

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . .	Rs. 5 kop. —	Na Stacjach pocztowych w Królestwie:	
„ półrocznie „	2 „ 50	„ „ rocznie . . .	Rs. 6.
„ kwartalnie „	1 „ 25	„ „ półrocznie „	3.
W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.			

TRZĘŚĆ: Zakrzep i zapalenie żyły wrotnej (pylephlebitis); obserwacya Prof. Roségo. — Najnowsze modyfikacye sztucznej błony bębenkowej. Br. Taczanowski. — Kroulka Zagraniczna. Leczenie ran odkrytych za pomocą szczelnego ich zamknięcia przed przystępem powietrza Dr. Wszebora. — O wpływie pokarmu na skład ilościowy mleka. Dra F. Nawrockiego, Ass. Inst. Fizyol. w Wroclawiu. — Przyczynek do nauki o samodzielném rozlaném zapaleniu szpika kostnego. Dra Witkowskiego. Część statystyczna. — Wiadomości bieżące.

## Zakrzep i zapalenie żyły wrotnej (Pylephlebitis).

Obserwacya Prof. Dra. Roségo.

Dnia 12 października 1864 r. wezwany zostałem do chorego 28-letniego mężczyzny, który przy badaniu przedstawił stan następujący: — Budowa ciała wątła i delikatna, mięśnie słabo rozwinięte, ciało wychudłe, skóra blado-żółta, temperatura bardzo podniesiona; twarz zapadła, oczy wklęsłe, białkówka oka i dziąsła wyraźnie żółto zabarwione. Oddech przyspieszony 36; kaszlu nie ma, w płucach żadnej zmiany anatomicznej.

Serce prawidłowych rozmiarów, głosy jego czyste, tętno 120, małe, tętnica dobrze kurcząca się. Brzuch nieco wzdęty, powyżej pępka więcej podniesiony, ściana brzuszna napięta i przy dotknięciu uczuwa chory ból lekki w całym żywocie, dotkliwszy nad kiszka ślepą, i w miejscu lewego płata wątroby. Odgłos przy pukaniu znajdujemy w całym żywocie bębenkowy, w okolicy pachwinowej bębenkowy stłumiony. Stłumienie odgłosu nad wątrobą rozpoczyna się w linii sutkowej, powyżej 5go, w linii pachowej powyżej 6go żebra, a kończy się ku dołowi na dwa palce poniżej brzegu żebrowego; w wymiarze poprzecznym, t. j. od prawego do lewego przechodzi stłumienie wątroby po za brzeg żebrowy lewy; ból najdotkliwszy zaczyna chory za dotknięciem wątroby w miejscu dołka podsercowego; brzeg wątroby gruby, tępy. Śledziona znacznie powiększona, nieboleśna. Język podsychnięty, biało obłożony, na brzegach jasno-czerwony: — apetytu chory nie ma najmniejszego, pragnienie ciągłe i silne; stolce bywają codzien, nawet dwa razy na dzień, łajny, zabarwione, rozrobione. Mocz oddawany bywa w małej ilości, ciemno-czerwony, wielką ilość barwików żółciowych zawierający, kwaśny, cięż. gatun. 1,026; stosunek soli prawidłowy, białka niema.

Stan ogólny wyraża bardzo znaczny upadek sił, niemoc; czynności zmysłów nienaruszone, lekki ból głowy, sen przerywany, niespokojny, umysł swobodny.

Z wywodu (*anamnesis*), dowiadujemy się, że chory K. B. . . od lat 10 już w biurze rządowym pracujący, był zawsze jak się pospolicie wyrażają słabowitego zdrowia, często na nieżyty oskrzelowe z kaszlem nawet w gorączkę zapadając; również często ulegał tak zwaną niestrawności z utratą apetytu, odbijaniem, gnieceniem w dołku, obłożeniem języka i niemal ciągłym zaparciem stolców, na co wszakże jako młody i czynnościom biórowym szczerze oddany, mało zważał, nigdy rady lekarskiej nie zasięgał i obowiązki swego powołania z całą gorliwością spełniał.

Dnia 4 października 1864 po kilku dniach ogólnego osłabienia i bólu głowy uczuł silne dreszcze, poczem nastąpiła mocna gorączka kilka godzin trwająca, w czasie której pojawiły się wymioty rzadkiego, ciągnącego się śluzu bladezielonawej barwy i małej ilości resztek spożytych przed parą godzinami pokarmów. Jednocześnie doznał chory dokuczliwego bólu w okolicy pachwinowej prawej, który w promieniach rozchodził się po całym żywocie; stolce były zaparte od 2ch dni. Wezwany do pomocy lekarz, zalecił ciepłe okłady na brzuch, lekarstwo orszadkowe i lewatywę.

Nazajutrz gorączka trwała silna, skóra była sucha, pałająca, język obłożony, ból żywota nie ustawał, pragnienie mocno dokuczalo, stolce zaparte.

Przepisano kalomel po 1 granie co godzina, przy dalszym użyciu orszadki i kataplazmów.

6go października stolce były obfite, lajniste, z początku twarde i zbite, następnie wolne, potem rzadkie, mocno cuchnące, poczem ból żywota zmniejszył się; wszakże w okolicy pachwinowej nie ustawał weale, szczególnie za głębszym pociśnieniem w tém miejscu, co wywoływało gwałtowny ból głęboko tkwiący; odgłos przy pukaniu wskazywał tu głos stłumiony bębnekowy, w innych miejscach brzucha bębnekowy jasny. W godzinach południowych ponowiły się dreszcze blisko godzinę trwające, po których nastąpiła znowu znaczna bardzo gorączka, i cały paroksyzm zakończył się obfitymi potami na całym ciele. Zapisano lekarstwo lekko kwaskowate.

Dnia 7 i 8 października ból prawie zupełnie ustąpił, stolce miewa chory wolne, brzuch nieco wzdęty z odgłosem jasnym, tylko nad jelitem ślepym nieco stłumionym; mocz ciemnego koloru, zawsze w małej ilości, okazuje ślady barwików żółciowych z pomniejszeniem ilości chlorków i podwyższeniem ciężaru gatunkowego; gorączka utrzymuje się ciągle, ból głowy, niespokojność, bezsenność, upadek i pragnienie, zaś w porze południowej, powtarzają się codziennie dreszcze z następującą po nich gorączką kilka - godzinną, i obfitymi potami. Perkussya śledziona wykazuje powiększenie objętości jęj, tak samo wątroby jednak w mniejszym stopniu.

Z powodu nadmienionych kilka razy o jednej porze występujących napadów dreszczu i gorączki, podano choremu siarczan chininy po trzy gran dwa razy dnia.

Dnia 9 października. Pomimo użytej chininy powtórzył się paroksyzm w dawniejszej sile, i gorączka trwa nieprzerwanie; powłoki powszechnie przedstawiają się żółtawo zabarwione, stolce wolne prawidłowej barwy, mocz jak wyżej, upadek sił coraz znaczniejszy.

Dnia 10 i 11 października. Stan chorego w niczym prawie niezmienny, tylko że żółtaczka na całym ciele jawnie wystąpiła, i napady gorączki południowej stale powtarzając się, wiele na swą gwałtowność utraciły; ból głowy ustąpił, gorączka trwa nieprzerwanie.

W dniu 12 października, po dokładnym zbadaniu stanu obecnego, (na początku opisu niniejszego szczegółowo skreślonego) i troskliwym zebraniu stosunków anamnestycznych, dopiero podanych, zrobiliśmy rozpoznanie na zapalenie żyły wrotnej w skutek zakrzepu (*thrombosis*) powstałe, opierając orzeczenie to na rozumowaniu i wykluczaniu następującem:

Główne na chorym dostrzeżone objawy chorobowe, mianowicie żółtaczka i obrzmienie wątroby obok zabarwienia prawidłowego odchodów stolcowych, nie mogły być następstwem nieżyty przewodów żółciowych, albowiem żółć wydzieloną była do jelita dwunastocalowego, czego dowodem było żółciowe zabarwienie stolców, i ponieważ przy tym sposobie tłumaczenia choroby nie mogłoby powstać obrzmienie śledziony, w ostatnich dniach świeżo dopiero stwierdzone. — Obrzmienie wątroby nie było tu następstwem nowotworów wątrobowych, któreby musiały być zmienić powierzchnię organu i przedstawić charakterystyczne guzowatości; gdy wreszcie wszystkie choroby śledziony powodujące obrzmienie jej i wątroby wykluczone być muszą — wynika stąd: że powiększenie wątroby i śledziony powstać mogło tylko przez upośledzenie krążenia. Ponieważ zaś z drugiej strony w całym ustroju chorego nie znajdujemy nigdzie żadnej zmiany organicznej wyjaśniającej źródło przeszkody krążenia, gdy nadto cierpienie ogranicza się widocznie na trzewiach brzusznych — wnosić musimy, że siedliskiem przeszkody krążenia jest żyła wrotna.

Przeszkodą zaś tą nie może być nic innego w naszym wypadku, jak zakrzep w tejże żyły, a całą chorobą zapalenie żyły wrotnej w skutek zakrzepu, *Pylephlebitis*. Inne choroby, których obraz kliniczny zbliża się niekiedy do obrazu naszej obserwacji, jak np. tyfus, wykluczaliśmy na zasadzie braku właściwych tamtej chorobie przypadłości.

Ponieważ doświadczenie innych lekarzy nauczyło, że chorzy cierpieniu temu ulegli zawsze dotychczas zakończyli śmiercią — widząc chorobę tak wyraźnie rozwiniętą, stawiliśmy także rokowanie niepomyślne, pokładając chyba nadzieję w młodości wieku chorego i w tej okoliczności, że w naszym wypadku choroba dosyć wczesnie jeszcze rozpoznana została; niemniej w tym, że pomimo starannego wypytywania się i śledzenia, nie byliśmy w stanie wyszukać prawdziwego źródła tej zabójczej choroby, i tylko przypuszczać mogliśmy, że punktem wyjścia zakrzepów jest choroba jelita ślepego, lub otaczającej ją tkanki łącznej.

Na zasadzie rozpoznania i przypuszczalnych zmian anatomicznych w okolicy kiszki ślepej — musieliśmy się ograniczyć na zastosowaniu leczenia symptomatycznego, nie chcąc poddawać chorego próbom próżnych teoretycznych wy-

mysłów terapeutycznych. Zaleciliśmy przeto: Inf. fol. Digitalis ex gr. X. par. unc. VI. Aquae laurocer. dr. 1 Syr. Rubi Jd. Unc. j. DS. Co 2 godziny łyżkę. Za napój podano wodę sodową; do pożywienia: rosół, klejok, mléko.

Dnia 13—14. Stan jednakowy. gorączka bardzo silna, tętno 110, pełne i miękkie, skóra sucha pałająca, język obłożony białym mułem, pragnienie znaczne, stolców wolnych dwa na dobę.

Dnia 15—16. Dreszcze codziennie powtarzają się w porze południowej, a po nich następuje nasilenie gorączki parę godzin trwające, kończące się obfitym potem. Noce niespokojne, sen przerywany, osłabienie ogólne wzrasta; żółtaczka utrzymuje się niemal na jednym stopniu, mocz i stolce jak wyżej.

Zalecono: chininę trzy razy dnia po 3 grana.

Dnia 17, 18, 19. Dreszcze południowe ustąpiły, gorączka jednostajnie trwa przez cały dzień, w nocy wszakże staje się silniejszą; puls dochodzi do 130, oddech do 36; wychudnienie szybko bardzo postępuje, a w ślad za nié m upadek sił; wątroba powiększyła się od kilku dni, tak samo śledziona; ból niezbyt dokuczliwy objawia chory za przyciskaniem lewego płata wątroby i w okolicy кишки ślepej; brzuch wzdęty z odgłosem bębenkowym. — Leczenie to samo.

Dnia 20, 21, 22. Wczoraj wieczorem wystąpiły znowu dreszcze, które po półgodzinném trwaniu przeszły w gorączkę i zakończyły się także potami; oprócz tego stan w ogólności ten sam; tętno 120, oddech 30, skóra gorąca, sucha, mniéj żółtaczkowo zabarwiona, stolce jak wyżej, mocz zawsze skąpy, ciemny, bez białka, w którym znaczna ilość barwików żółciowych się znajduje.

Zalecono obmywanie chorego ciepłym octem z wodą pomieszanym, i dalsze użycie chininy.

Dnia 23, 24. Dreszcze pojawiły się wczoraj przed południem o godzinie 10, dziś znowu o godzinie 3 z południa; napady ich co do czasu trwania są zresztą te same; od wczoraj chory kaszle, niebardzo często i sucho, przyczyną czego jest lekki nieżyt oskrzelowy, wyraźniejszy i rozleglejszy po stronie prawej, i z tyłu; inne przypadłości jak wyżej.

Zalecono: Inf. r. Cephaelidis ex gr. vj. par. unc. VI. Aquae Amygd. am. dr. semis. — Za napój wodę Seleerską z mlékem.

Dnia 25, 26, 27. Dreszcze powtarzają się codziennie, ale nieregularnie w rozmaitych porach dnia; kaszel trwa, choć mało dokucza choremu; — upadek sił wzrasta z każdym dniem; przytomność umysłu zupełna, chory bynajmniej nie czuje zbliżającego się końca choroby i życia; pragnienie znaczne, apetytu żadnego; oprócz rosółu i klejku chory żadnych nie przyjmuje pokarmów. Stolce bywają wolne i rzadkie, mocz jednakowy.

Dnia 28, 29. Wycieńczenie ogólne postępuje widocznie, gorączka bardzo silna trapi chorego; dreszcze były dziś w południe i kaszel nieznaczny.

Brzuch wzdęty, nie bolesny, odgłos przy pukaniu wszędzie jawny, bębenkowy; wymiarów wątroby i śledziona wybadać szczegółowo niemożna z powodu wzdęcia ściany brzusznej; nieżyt oskrzelowy zajmuje płuca po obu stronach, rzęzenia dosyć liczne słyszemy po stronie prawej—kaszel nie wielki, plwociny pienne, skąpe; tętno 124, odd. 32; *Dnia 30 października.* Dreszcze wystąpiły

wczoraj w nocy o godz. 10ej—i trwały dłużej jak zwykle—dziś były rano o godz. 10ej i po południu o godzinie 4ej. Kaszel nie znaczny—tętno 130 małe, nitkowa-  
te, oddech 36. Wychudnienie i wycieńczenie sił bardzo znaczne—lekkie obrzmie-  
nie nóg około kostek — żółtaczka zawsze w jednakowym stopniu — stolce wolne  
prawidłowo zabarwione — mocz mętny, ciemny; przytomność umysłu zupełna,  
chwilami tylko w nocy przerywana lekkim majaczeniem.

Śród takich przypadłości zapada śmierć dnia 31go października.

*Badanie pośmiertne* wykazało: mózg i osłony mózgowe prawidłowe; w płu-  
cach oprócz nieżyty oskrzelowego znaki ostrego obrzęku; wymiary serca i zasta-  
wki prawidłowe, w jamie brzusznej nieco żółtawego płynu. Śledziōna w dwój-  
nasób powiększona, mocno przekrwiona, twardawa; wątroba znacznie powięk szo-  
na, powierzchnia gładka, przy rozkroju liczne ropnie wielkości grochu, wypełnio-  
ne brudno-żółtawą cieczą; sam miąższ wątroby miękki, wyraźnie żółto zabarwiony.

W tkance komórkowatej przytwierdzającej tylną ścianę kiszki ślepej  
do kości biodrowej, zapalenie i ropienie na przestrzeni wielkości dwuzło-  
tówki.

Drobna gałązka żylna prowadząca do żyły *colica dextra* zatkana a  
skrzepem na szarą molekularną masę rozpadłym. Sama żyła *colica dextra*  
zatkana takimże samym skrzepem aż do ujścia jej w żyłę *mesenterica*  
*inferior*. Światło pnia żyły wrotnej i żyły śródjelitowej wyższej  
zatkanie do połowy skrzepem rozpadowym szarym; zaś lewa gałąź ży-  
ły wrotnej zatkana zupełnie skrzepem twardawym, brudnym,  
krwistym; błona wewnętrzna wymienionych tu żył mętna, rozpułchniona,  
zgrubiła, chropowata, w kilku miejscach ściśle do skrzepu przylegająca.

Choroba będąca przedmiotem niniejszego opisu należy do wypadków bardzo  
rzadkich tak klinicznie jako téż anatomicznie, a to do tego stopnia, że w całej  
literaturze lekarskiej począwszy od r. 1823 kiedy Balling pierwszy chorobę tę  
dokładnie określił, aż do naszych czasów, zaledwie kilkadziesiąt mamy przykła-  
dów za życia rozpoznanych. Znakomity professor Berliński Schönlein  
zaznajomił kliniki niemieckie z tą chorobą której wierny obraz skreślił następnie  
Waller na własnych oparty postrzeżeniach.

Chory nasz przedstawiał tak wyraźny obraz i tak jawne że tak powiem  
przypadłości, że rozpoznanie było łatwiejsze może od innych wypadków w któ-  
rych jak Oppolzer się wyraża, rozpoznanie tylko odgadywanem bywa. Niedo-  
stawało tu tylko do uzupełnienia obrazu, krwotoków kiszkowych, których brak  
atoli tłumaczy się bardzo dobrze tém, że światło żyły wrotnej do końca nie było  
zupełnie zatkanie i krążenie krwi w tém miejscu do ostatniej chwili choć  
upośledzone, było utrzymane.

Bardzo nauczającą w naszym przykładzie była ta okoliczność, mogąca za-  
razem służyć za niezmiernie ważną przestrożę dla chorych i lekarzy, że cała cho-  
roba powstała u naszego chorego z małego ropnia w tkance otaczającej kiszke  
ślepą znajdującego się. Oczywiście ropień ten był następstwem *Perityphlitis*,  
a ta najprawdopodobniej wywołana była długo poprzednio utrzymującym się za-  
wałem fekalnym w jelicie ślepém.

Gdyby nasz chory, często w życiu swém na zdrowiu zapadający, a mianowicie na dolegliwości brzuszne, poddał się był wcześniej dokładnemu zbadaniu lekarskiemu, wykryłoby niewątpliwie nagromadzenie zaległych ekskrementów w tém miejscu, a przy stosownych środkach lekarskich, zapobieżonoby wywiązaniu się *Perityphlitis* i następstwom jój t. j. *Pylephlebitidis*. Do stawienia tej ewentualności jesteśmy upoważnieni tém, że sekcyja oprócz owego ropnia do wywołania choroby wystarczającego, nie wykryła źródła powstania téj tak rzadkiéj słabości.

W przebiegu to tylko chyba zaznaczyć można, że był regularny, odpowiedni chorobie i jój objawom, i że w ciągu 27 dniowego trwania choroby nic się nie wydarzyło, coby obraz cierpienia zatrzeć i rozpoznanie nasze zachwiać było mogło.

Leczenie stosowaliśmy do objawów chorobowych trzymając w pamięci istotną naturę cierpienia i jesteśmy przekonani, że żadna inna metoda tarapeutyczna pomyślniejszych nie przyniosłaby korzyści.

---

#### Najnowsze modyfikacye sztucznej błony bębenkowej.

Przypadkowe obserwacye znacznej niekiedy poprawy słuchu, po wprowadzeniu kuleczki waty w ucho indywiduum dotkniętego przedziurawieniem błony bębenkowej, nasunęły pierwszą myśl przyrządu, który nazwano sztuczną błoną bębenkową:

Myśl ta nie jest nową, już w 1815 r. Autenrieth z Tübingen radził w podobnych wypadkach wprowadzać w ucho małą rurkę ołowianą opatrzoną na wewnętrznym końcu kawałkiem pęcherza. O ile się zdaje, propozycya ta nigdzie praktycznie zastosowaną nie została; dopiero prace angielskich lekarzy, PP. Jearsley (1851) i Toynbee zwróciły na ten przedmiot ogólną uwagę. Podana przez Toynbee sztuczna błona bębenkowa składa się z okrągłej blaszki kauczukowej, umocowanej pomiędzy dwoma małemi blaszkami srebrnemi i zatkniętej na końcu srebrnego drucika. Średnica blaszki wynosi od 6 do 8 linii, w miarę jednak potrzeby może być łatwo zmniejszoną przez obcięcie obwodu; drucik srebrny jest nieco dłuższy jak przewód słuchowy, a na zewnętrznym końcu zakręcony.

Obszerne zastosowanie, jakie przyrząd p. Toynbee znalazł w praktyce, skłoniło tego znakomitego lekarza do bliższego zastanowienia się nad rolą sztucznej błony bębenkowej. W poszukiwaniach swych Toynbee oparł się na ówczesnym pojęciu o funkcyach normalnej błony bębenkowej; zbieranie i przenoszenie fal dźwięcznych, nie tylko na kostki słuchowe, ale i na powietrze w jamie bębenkowej znajdujące się, stanowiło główne zadanie błony bębenkowej; jeżeli więc błona przedziurawioną zostanie, to fale dźwięczne nie dostaną się za pośrednictwem okienka okrągłego do błędnika, lecz odpłyną przez otwór na zewnątrz; to właśnie spowodzi przytępienie słuchu. Działanie sztucznej błony zasadza się więc na zamknięciu otworu, na skoncentrowaniu fal dźwięcznych w jamie bę-

benkowej; niektóre obserwacje znacznej poprawy słuchu, przy chwilowém zamknięciu otworu w błonie bębenkowej przez ropę lub téż roztwór gummy, zdawały się potwierdzać wyżej przytoczone zdanie; obserwacje p. Toynbee były prawdziwe, zostały jednak w inny sposób wytłumaczone, a teoria rozdźwięku utrzymać się nie mogła.

Niemieccy lekarze jak PP. Tröltzsch, Politzer, Lucae i Moos, żywo się zajęli rzucaną przez p. Toynbee kwestyą, a ściślejsze badania Politzera przekonały, że przy zalepieniu otworu w błonie bębenkowej, poprawa słuchu zależy od chwilowego uzupełnienia błony, przez co nieprawidłowe węzły powstające na każdej przedziurawionej błonie zniesione zostają. Dalsze badania uwydatniły sposób działania sztucznej błony bębenkowej; poprawa słuchu zależy od następujących momentów: - sztuczna błona działa jak każda błona łatwo drgająca, ułatwiając przenoszenie się fal na kostki słuchowe, co jednak mniejszej jest wagi, gdyż blaszka kauczukowa wprowadzona w ucho, musi przez zetknięcie z kostkami słuchowymi, ze wzgórkami, z resztkami naturalnej błony, stracić część swój zdolności do drgania; z drugiej strony liczne obserwacje uczą nas, że w wielu razach pomimo skreślenia blaszki, niedokładnego zakrycia otworu, następuje niemniej znaczne polepszenie słuchu. Głównym momentem jest tu nacisk, co tak na drodze klinicznej, jak i doświadczalnej stwierdzone zostało; w istocie wprowadziwszy sztuczną błonę bębenkową w ucho, chory, mianowicie w tych wypadkach gdzie znaczna nastąpi poprawa, skarży się na szum w uszach, który do tak wysokiego dochodzi stopnia, że chory tylko powoli do noszenia przyrządu namówiony być może. Niemniej pod tym względem przedstawiają ważności te wypadki, gdzie zupełnie zniesione, lub téż bardzo osłabione przewodnictwo kostne, po zastosowaniu błony znacznie się poprawia, i to nawet na niejaki czas i po wyjęciu błony.

Za tym poglądem przemawiają i te wypadki, gdzie przy nienaruszonej błonie bębenkowej nacisk na kostki słuchowe sprowadza znaczną poprawę. Menière, który kilka podobnych wypadków przytacza, odnosi poprawę słuchu do zwiększonego ciśnienia w błędniku. Oprócz tego Lucae stwierdził niewątpliwie na drodze doświadczalnej zwiększenie się śródusznego ciśnienia po zastosowaniu sztucznej błony bębenkowej; u indywiduum dotkniętego przedziurawieniem błony bębenkowej, po wprowadzeniu przyrządu Toynbee'ego znakomita nastąpiła poprawa; po przypadkowej śmierci tej samej osoby, można było jednocześnie z wprowadzeniem sztucznej błony do ucha odczytać powiększone ciśnienie na małym manometrze wprowadzonym w kanalik półkulisty górny. Zastanawiając się nad działaniem sztucznej błony bębenkowej, łatwo pojmujemy, że zastosowanie jej w tych wypadkach największe przyniesie korzyści, gdzie w skutek ropienia stawy kosteczek słuchowych, mniej lub więcej nadwreżone zostały; nacisk od zewnątrz zbliży części nieprawidłowo oddalone, a łańcuch kosteczek znów stanie się zdolny do przenoszenia fal dźwięcznych na przyrząd końcowy nerwu słuchowego, przy tém nie należy zapominać, że jednocześnie sztuczna błona, ważne wypełnia wskazanie, ochraniając jamę bębenkową od szkodliwych atmosferycznych wpływów.

Przed wprowadzeniem w przewód słuchowy sztucznej błony, oznacza się dokładnie stan słuchu, następnie oczyszcza się przewód słuchowy zewnętrzny i wprowadza sztuczną błonę przez zwykły lejek uszny. Wprowadzenie lejka oszczędza choremu przykrego wrażenia, jakiego doznaje w chwili przeprowadzania instrumentu przez najwęższą część przewodu słuchowego zewnętrznego. Po wprowadzeniu błony zwykle następuje mniejsze lub większe polepszenie; ujemny rezultat nie powinien nas zrażać, owszém powtarzając próby, obracając instrument na różne strony można w wielu razach do pomyślnego dojść rezultatu. Niekiedy po wprowadzeniu błony, następuje silny ból, lub też nadzwyczaj nieprzyjemne uczucie, powoli jednak chory się przyzwyczaja, i dla tego z początku instrument nigdy dłużej jak godzinę lub dwie w uchu pozostawać nie powinien.

Sztuczna błona *Toynbee'ego* jest dosyć drogą, zużywa się stosunkowo prędko, przy tém zdarza się nieraz, że blaszka kauczukowa odpada, zostaje w uchu, co zwykle chorego bardzo niepokoi i zmusza do szukania pomocy lekarskiej; niedogodności te skłoniły niemieckich lekarzy do różnych zmian pod względem technicznym. *Lucas* zmienił sztuczną błonę w ten sposób, że zaopatrzył blaszkę kauczukową w małą rurkę z tego samego materiału, a przed wprowadzeniem w ucho wkłada się w rurkę sztyft metalowy; instrument *Lucas'ego* jest tańszy, drażni daleko mniej, ale nie może być przez chorego tak łatwo wyjmowany.

Bardzo praktyczną modyfikacya sztucznej błony bębenkowej podaną została przez bawarskiego lekarza *Dr. Lochner*: blaszka kauczukowa jest o wiele grubsza i osadza się silnie między dwoma pierścieniami utworzonymi ze spiralnego srebrnego drutu. Przyrząd ten jest bardzo trwały, tańszy o połowę, a blaszka nie może odpaść w uchu.

Dla ubogich nie mogących i małego ponieść kosztu, wprowadził *Politzer* jeszcze jeden rodzaj sztucznej błony: z grubego mieszka kauczukowego wycina się kawałki długie na 4 do 5 linii, a na 2 linie grube, koniec dolny jest nieco szerszy i opatrzony dziurką, w którą wkłada się zwykły drut na końcu zakrzywiony; błonę wkłada się w ucho według zwykłych reguł, a zewnętrzny koniec druta zakrzywia się stosownie do potrzeby.

Widziałem u *Politzera* jeszcze bardzo dowcipną modyfikacyą sztucznej błony bębenkowej, w tych wypadkach, gdzie po zniszczeniu łuków strzemięcia pozostaje jeszcze podstawa: łączy się strzemię wyjęte z trupa ze sztuczną błoną i wprowadza w ucho w ten sposób, aby podstawa stykała się z resztkami pozostałej kości. Fale dźwięczne zostają przeniesione za pośrednictwem błony i strzemięcia do okienka owalnego, a polepszenie słuchu bywa bardzo znaczne.

*Br. Taczanowski.*

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

Leczenie ran odkrytych za pomocą szczelnego ich zamknięcia przed przystępem powietrza.

*(Traitement des plaies exposées par l'occlusion pneumatique).*  
przez *Dra. Wszebora.*

Pod tym tytułem, w miesiącu lutym r. b. pan *Juljusz Guérin* przedstawił Akademii lekarskiej w Paryżu świeżą swoją pracę obejmującą nowy sposób leczenia ran, oparty na 25



sposobach i doświadczeniach autora. Praca ta wywołała w łonie uczonego zgromadzenia żywe rozprawy, w których główny udział przyjmowali V el p e a u, B o u l e y, R o b i n, B o u i l l a u d, s a m P. I. G u e r i n, i inni. Sprawozdanie z tych rozpraw znajdzie zapewne pomieszczenie w Gazecie lekarskiej w właściwym czasie; obecnie zamierzamy tylko przedstawić czytelnikom na czém zależy metoda Pana J. Guérina; nie wdając się bynajmniej w rozbiór pojęć patologicznych które autor skuteczność swęj metody objaśnić usiłuje.

Główna zasada metody Pana Guérin jest następująca:

*Wszelka rana podkórna*, np. rana zadana podskórnie ręką chirurga, jeśli jest zabezpieczoną od przystępu powietrza i w tem zabezpieczeniu utrzymana, *nie ulega ani zapaleniu, ani ropieniu.*

Prawo to nie zna wyjątku bez względu na obszerność podskórnej rany, bez względu na tkanki do których się odnosi czy to będą ścięgna, mięśnie, naczynia, nerwy, tkanka łączna, gruczoły lub kości.

Ponieważ tak pomyslny przebieg w gojeniu ran podskórnych zależy musi właśnie od tęj okoliczności, że skóra nienaruszona która je pokrywa, w zupełności je zarazem zabezpiecza od przystępu powietrza, dla tego Pan Guérin postawił sobie pytanie: czy przez sztuczne odsabnianie ran odkrytych (*plaies exposées*) od otaczającego powietrza, nieudałoby się i tym ranom odkrytym zapewnić dobrodziejstwa bezpośredniego zrosnięcia (*organisation immédiate*) to jest zagojenia bez poprzedniego zapalenia i ropienia<sup>1)</sup>. Szczelne przykrycie ran odkrytych sztucznymi błonami, w ostatnich czasach w różnych krajach próbowane, nie doprowadzało do celu. Wydzieliny rany i skóry otaczającej gromadząc się pod sztuczną osłonką unosiły ją w górę torując drogę powietrzu z zewnątrz, a w zetknięciu z tem ostatniem rozkładając się, tworzyły na około rany atmosferę daleko niebezpieczniejszą aniżeli samo otaczające powietrze.

Dla uniknienia dopiero co przytoczonych niedogodności należało przeto aby opatrunek odpowiadał następującym warunkom:

1. Zamknięcie rany w przestrzeni dla powietrza zewnętrznego zupełnie niedostępnej;
2. przykrycie jęj powłoką sztuczną dokładnie i stale do powierzchni ciała przylegającą;
3. powłoka ta sztuczna nie powinna w niczem tamować fizyologicznych czynności skóry i innych części nią przykrytych (wydzielanie i przeziwanie);
4. Wydzielone gazy i płyny nie powinny się nagromadzać w przestrzeni zamkniętej po nad raną, ulegać rozkładowi i powrotnemu w tym stanie wessaniu.

Odpowiednio do tych wymagań pan Guérin wymyślił przyrząd składający się z następujących części:

1. Walec metalowy (*Réceptient pneumatique*) zewsząd zamknięty, różnej wielkości, z powietrza wewnątrz opróżniony i opatrzony dwoma rurkami i przyrządem służącym do oznaczenia na zewnątrz próżnej w nim przestrzeni (*indicateur de vide*).
2. Pewna liczba rękawków (*poches enveloppantes*) z kauczuku wulkanizowanego grubego na 2 millimetry, w obu końcach otwartych; końcowe otwory są różnych wymiarów dla objęcia dokładnego rozmaitych części ciała; każdy z rękawków opatrzony jest z boku rurką kauczukową o grubych ściankach zdolnych oprzeć się ciśnieniu atmosferycznemu.
3. Pewna liczba powłoczek czyli osłonek z tkaniny cienkiej, sprężystej, przenikliwej, łatwo do ciała przylegającej (*enveloppes intermédiaires*).

Chcąc przyrząd ten użyć w danym wypadku, przedewszystkiem pokrywa się członek osłonką przenikliwą a na wierzch rękawkim kauczukowym (3), którego utwory tak muszą być wybrane, by lekko naciskając doskonale obejmowały członek przez samą sprężystość kauczuku. Gdy w ten sposób członek zostanie objęty dwiema powłokami, z których zewnętrzna jest nieprzenikliwą a wewnętrzna jest przenikliwą, należy połączyć wnątrze rękawka kauczukowego z walcem metalowym, z którego powietrze zostało uprzednio wyciągniętem.

<sup>1)</sup> W pojęciu pana Guérin, *organisation immédiate* jest processem równoważnym powstawaniu tkanek u płodu, tak że na zasadzie tego procesu wszystkie tkanki w ranach podskórnych najzupełniej się odradzają.

Jak skoro połączenie to uskuteczniom zostanie, natychmiast gazy i płyny z pod rękawka kauczukowego zostają wessane do walca metalowego a sam rękawek ulegając ciśnieniu powietrza jak najdokładniej przyklada się do członka nim objętego.

Działanie walca metalowego jest dwojakie: mechaniczne i fizjologiczne. Mechanicznie wsysa w siebie gazy i płyny zbierające się pod rękawkim kauczukowym, a tém samém utrzymuje tenże rękaw w stałym przyleganiu do powierzchni członka przykrytego bezpośrednio osłonką przenikliwą.

Fizjologicznie ułatwia przeziw i wydzielanie skórne niedozwalając jednocześnie produktom tych czynności nagromadzać się lub powtórnie zostać wessanemi do tkanek ustroju; przestrzenie zaś próżne w skutek przzerwania ciepłosci tkanek powstałe, nadzwyczaj prędko wypełniają się wydzielinami plastycznemi (?).

Osłonka przenikliwa (*enveloppe intermédiaire ou en tissu perméable*) ułatwia ruch gazów i płynów pod rękawkim kauczukowym tworzących się i zapewnia stałą komunikację pomiędzy wszystkimi punktami przykrytej nim powierzchni ciała a wnętrzem walca metalowego. Oprócz tego przez swoją przenikliwość pobudza czynności wydzielnicze skóry, wstrzymuje działanie naciągające (*action résistante*) mogących potworzyć się fałdów rękawka kauczukowego, któreby inaczej działały jak bańka naciągająca skórę przez próżnię w niej wywołaną. Wreszcie zapewnia przepływ i ciągłe odnawianie płynów wprowadzanych w celach leczniczych.

Rękawek kauczukowy zwierzchni (*la poche enveloppante*) przystając do powierzchni ciała wywiera na nią nacisk jednostajny i nie dozwala przystępu powietrza do rany, przez co wszelki ból w tej ostatniej ustaje, płyny wydzielone nie rozkładają się. — Nacisk przezeń wywierany ułatwia oddzielenie się części mających być oddalonymi, zbliża części mające się zrosnąć, zapobiega ropieniu, jednym słowem podaje warunki potrzebne do bezpośredniego połączenia (*organisation immédiate*).

Rany świeże które do zastosowania przyrządu pana Guérin powól dać mogą, dzieli sam autor na cztery kategoryi.

1. Proste cięcia chirurgiczne, odnoszące się do skóry i tkanki łącznej podskórnej; tu należą także: wycięcie blizn, wyluszczenie guzów podskórnych, podwiązanie naczyń.

2. Operacye ważniejsze jak odjęcie członków i wypilowania kości.

3. Złamania pojedyncze, powikłane, t. j. takie, gdzie przy ranie skórnej kość tylko w jednym miejscu jest przzerwana.

4. Rany postrzałowe, z rozerwaniem i zniszczeniem tkanek; złamania wielokrotne powikłane, stanowiące najcięższe wypadki traumatyczne.

Z każdój kategoryi, P. Guérin przedstawia po jednej obserwacyi z praktyki swojej wziętą; obserwacye te są następujące:

a. (Z kategoryi 1éj). Pewna dama miała po za kostką wewnętrzną prawą (*malleolus internus*) tumor fibrosus, na który leczyła się długi czas u pp. V el p e a u i N é l a t o n. Guz ten usadowiony na przebiegu nervi tibialis sprawiał bardzo silne bóle. Po oddaleniu guza przez nacięcie krzyżowe wraz z tkanką łączną pod spodem leżącą, powstała rana głęboka powoli i niezupełnie wypełniająca się, — Guérin po przykryciu rany bezpośrednio Emplastro diachylon a zwierzchu kawalkim ceraty jedwabnej, całą nogę wziął w swój przyrząd. Następnego już dnia, zagłębienie podskórne (*l'anfractuosité souscutanée*) wypełniło się skrzepem twardym (*par un caillot résistant*), do skóry silnie przylegającym. Po 4ch dniach przyrząd został odjęty i rana nie przeszedłszy przez zapalenie i ropienie, przedstawiała równą powierzchnię, na której w kształcie płytkich bruzd rysowały się liczne nacięcia. Prosty opatrunek nagumowanym plasterkiem wystarczył do osiągnięcia zupełnego zabliznienia rany w ciągu następnych dni 8iu.

b. (Z kategoryi 2éj). 9-letni chłopczyk w skutek padnięcia na ziemię złamał sobie był obie kości przedramienia z przzerwaniem skóry, przez które górny odłamek sprychy (*radius*) na zewnątrz wystawał. Po nastawieniu złamanych kości, przykryciu rany plasterkiem gumowym, cały członek, po uprzednim obandażowaniu zwykłą opaską płócienną, został wzięty w przyrząd Guérin'a w 3 godziny po nastąpiionym wypadku; — czwartego dnia, rana skórna zupeł-

nie była zagojona, bez zapalenia i bez żadnych objawów ogólnego odczynu. Nałożono wówczas opatrunek krochmalny, pod którym w ciągu 35 dni nastąpiło zupełne zrosnięcie złamanych kości bez żadnego powikłania.

c. (Z kategorii 3ej). Przedmiotem tej obserwacji jest chory, któremu pan Demarquay odjął udo z powodu *tumor albus genu dextri* od dwóch lat trwającego i o którym tenże Pan Demarquay w dziele swoim „*Traité de pneumatologie medicale*“ wspomina w tych słowach: Byłem świadkiem wypadku, w którym metoda Guérin'a odniosła skutek fizjologiczny jaki sobie zamierzyła. — Guérin zaś dla objaśnienia bliższego dodaje: celem tym, jak wiadomo z poprzedniego, jest bezpośrednio połączenie (*l'organisation immédiate*) ran choćby najobszerniejszych i najcięższych, przez usunięcie zupełne przystępu powietrza (*sous le bénéfice de l'occlusion pneumatique*).

d. (Z kategorii 4ej) Wypadek rany postrzałowej ze zmiążdżeniem kości, rozerwaniem i zniszczeniem miękkich części całą skuteczność nowej metody wykazać jest w stanie.

28 sierpnia 1865 roku, Guérin został telegraficznie zawezwany do Reims do kupca u którego w skutek wybuchu ładunku, cała dłoń rozerwaną została. Balamie wykryło rozerwanie mięśni, przecięcie tętnic, przerwanie nerwów i ścięgien i zmiążdżenie 4-tej kości śródreęcznej, (os metacarpi). Przez poćwiertowaną skórę wyglądały obnażone wszystkie stawy śródreęcznopalcowe i cała ręka przedstawiała przerażający widok bezkształtnej masy, w której rozróżnić się dawały okropnie obrzmiałe i porozrywane palce. Przed przybyciem Guérin'a w 16 godzin po wypadku, chory leczony był przez panów Gailliet i Strapart chirurgów i profesorów miejscowej szkoły lekarskiej. Tętnica łokciowa (*art. ulnaris*) była przez nich podwiązana a ręka poddana ciągłej irrygacji.

Gdy o północy Guérin przybył (rozerwanie ręki miało być miejsce o 8mej godzinie rano), nałożył 15cie szwów dla zbliżenia do siebie, o ile to było możebnem, rozmaitych płatów po uprzedniem oddaleniu lub odcięciu zmiążdżonych części i oczyszczeniu rany ze krwi i skrępków.

Następnie dwa kawałki wygotowanej skóry lakierowanej, przyłożył na grzbiet ręki i samą dłoń, by przeszkodzić zakłesaniu się rękawka kauczukowego do rany i dla ułatwienia wytworzenia się wysięku plastycznego mającego próżnią jej zapelnic. Poczem ręka okręconą została opaską i owinięta bardzo cienkim kawałkiem tkaniny guttaperehowej znaczanemi w rozcieńczonym roztworze nadmanganianu potażu (*permanganas lixiviae*), i umieszczona w przyrządzie. Cała ta manipulacja trwała do godziny 3-iej rano, irrygację zalecono dalej stosować. Chory bez doznania żadnego bólu spał bez przerwy do 7-jej godziny rano. Obudził się zupełnie spokojnym, bez gorączki, z lekkim bólem w rękę.

Wtedy Guérin odjechał, a panowie Gailliet i Strapart z największą umiejętnością i starannością dalej metodę jego stosowali. Po 8-miu dniach Guérin odwiedził chorego.

Przez ten czas nie było żadnego śladu gorączki, puls nie podniósł się wyżej 84 uderzeń na minutę, żadnego dreszczyku ani ogólnego rozgrzania nie było; cokolwiek obrzmienia podwyższone ciepło w zranionej części ciała i nie więcej. Powierzchnia rany pokryta była pięknymi brodawkami (*granulationes*). Po 4-eh tygodniach rana się zagoiła, po 35 dniach była zupełnie zabliźniona, blizny odpowiadały nałożonym szwom. Podczas 4-eh tygodni przebieg był następujący: rozerwane i ugniecione części oddzielały się wydając woń zgorzelową. Części te wciągane do pneumatycznego odbieralnika zatrzymywały się jedne w misce kauczukowej, drugie dostawały się do samego odbieralnika, i chory słyszał jak doń wpadały. Ropienie było nader szczupłe, Gailliet zmuszony był wyciąć jeszcze niektóre kawałki ścięgien. Zresztą żadne powikłanie nie zamięciło leczenia, nie było ani zapalenia, ani dreszczu, ani gorączki, braku apetytu lub snu.

Raniony jadł, pił i spał jak za zupełnego zdrowia, bóle zawsze były umiarkowane. Po 5-ciu miesiącach ręka wróciła w zupełności do swego kształtu i czynności.

Dr. Subotin. O wpływie pokarmu na skład ilościowy mléka.

(*Virchowa Archiv* XXXVI pg. 561-570).

Wedle Vernois i Becquerela u kobiet li ilość a nie jakość pokarmu na skład mléka wpływ wywiera; nadmiar pokarmu zwiększa nie tylko ilość dziennie wydzielonego mléka, lecz zarazem i ilość zawartego w niem masła i kazeiny. Bousingault i la Bel, którzy na krowach swe doświadczenia robili, toż samo utrzymują.

Thomson twierdzi, że im więcej azotu w pokarmie się znajduje, tém więcej masła wykazuje mléko; Playfair zaś podaje, że właśnie, gdy pokarm mało azotu zawiera, ilość masła w mléku się powiększa.

Bensch, który na psach robił doświadczenia, podaje, że przy żywieniu tychże samém mięsem, ilość kazeiny w mléku przybiera, przy żywieniu zaś substancjami roślinnemi się zmniejsza, lecz natomiast w ostatnim razie mléko zawiera więcej masła i cukru.

Autor robił swe doświadczenia na sukach, które jako zwierzęta do rozmaitej przyzwyczajone strawy, uważa za odpowiednie dla rozwiązania wymienionej kwestyi. (To samo zdanie już dawno objawił Scherer. cf. R. Wagner. Handwörterbuch der Physiologie II. pg. 469. Ref.)

Suki do doświadczeń użyte, były karmione o jednej godzinie; mléko do analizy zbierał autor o godzinie 11, odstawwszy na kilka godzin wypierw szezenięta.

Kazeinę oznaczał autor wedle metody, dokładnie opisanéj w Hoppe. Handbuch der ph. ch. Analyse pg. 356; — białko przez zagotowanie (od strąconéj kazeiny) pozostałéj cieczy; w płynie, z którego albuminę wydzielono, ilość cukru wedle przepisu Fehlinga oznaczył, do oznaczenia całej ilości części stałych jakoteż masła użył autor metodę Haidle na (cf. Wagner l. c. pg. 463 i Hoppe l. c. pg. 360). Mléko suk wraz po porodzie jest kleiste, podobne do śluzu, barwy biało-żółtawéj; po tygodniu traci swą kleistość i staje się normalném. We wszystkich doświadczeniach autora mléko oddziaływało kwaśno.

*Doświadczenie I.* Wielka suka w trzecim tygodniu po porodzie. 1000 części mléka zawierało:

	I.	II.	III.	IV.	V.
	Wraz po przy-	Przez 8 dni	Przez 4 dni	Gdy jeszcze	Przez dwa dni
	prowadzeniu	otrzymywała	dostawała	2 dni otrzy-	otrzymywała
	suki, która	dziennie 3-4	mieszanie	mywała stra-	mieszanie
	dotąd mięsza-	funtów nie	z gotowanych	wę w III wy-	mięsa i tłuszczu
	ną strawę o-	tlustego mię-	kartofli i skro-	mienioną, by-	po 1 1/2 funtów
	trzymywała.	sa kobskiego.	bi, tyle ile	ła potém	każdego. Po-
			jesó chciała.	przez 3 dni	nieważ li 8 gr.
				mięsem kar-	mléka otrzymał
				mioną.	autor, ta anali-
					za mniej jest
					dokładną.
Stałych części . . . . .	173, 75.	222, 10.	157, 51.	211, 82.	210, 99 + sole
Wody . . . . .	826, 25.	777, 90.	842, 49.	788, 18.	789, 01 — sole.
Kazeiny i tłuszczu . . . . .	„	160, 45.	87, 27.	145, 84.	148, 97.
Kazeiny . . . . .	51, 43.	40, 41.	52, 28.	49, 76.	56, 82.
Tłuszczu . . . . .	50, 51.	120, 04.	34, 99.	96, 08.	92, 15.
Albuminy . . . . .	39, 02.	32, 11.	32, 86.	37, 02.	40, 01.
Cukru mlecznego . . . . .	27, 72.	25, 29.	33, 08.	25, 76.	22, 01.
Soli i substan. wyciągo. . . . .	5, 07.	4, 25.	4, 36.	3, 20.	

Przy II gruczoły mleczone były nabrzmiące i wydzielaly wiele, autor otrzymał z łatwością 60 cent. mléka, podczas gdy przy I zaledwie 15 centm. wydostał, chociaż w obydwóch razach suka 10 godzin bez szezenięta była. Przy III gruczoły były skurczone i daleko mniej, jak przy II wydzielaly mléka. Po 6 dniówem karmieniu mléko prawie zupełnie znikło, autor zaledwie 16 gr. wydostał, choć szezenięta na 18 godzin odstawił. Analizę tę mniej ważną

opuszcilem (Ref.). Gdy (cf. IV) suka przez 3 dni mięsem znów była karmiona, ilość mléka znacznie przybrała. Przez 3 następane dni dostawała dziennie 2 1/2 funt. sadła; w skutek tego ilość mléka o tyle się zmniejszyla, że autor nawet w 18 godzin po odsadzeniu szezeniąt dostatecznej do analizy ilości otrzymać nie mógł. Po 2 dniach następnego karmienia mięsem na nowo ilość mléka przybrała. Gdy suka wreszcie przez 2 dni (cf. V) otrzymywała mieszaninę z 1 1/2 funta mięsa i 1 1/2 funta tłuszczu, autor zaledwie 8 gr. mléka wydosłał.

*Doświadczenie II.* Suka w pierwszym tygodniu po porodzie dawała mało kleistego mléka, po 7 dniach karmienia mięsem zawierało 1000 części mléka 89,71 tłuszczu; po 3ch dniach karmienia mieszaniną kartofli i skrobi zmniejszona ilość mléka wykazała tylko 52,67 części tłuszczu; po 7 dniach powtórnego mięsem karmienia zwiększona ilość mléka zawierała 170,49 części tłuszczu. Gdy suka przez 2 dni sadło tylko dostawała, mléko prawie zupełnie znikło, choć i w tém jak w pierwszym doświadczeniu żadna anomalia w trawieniu nie była widoczną.

*Doświadczenie III.* Suka z rodzaju pudli w 3im tygodniu po porodzie. Gruczoly były bardzo wielkie i obficie mléka dawały; dla tego autor tym razem szezenięta li na 3 odstawił godziny. Po 1 dniu, w którym suka 2 funty mięsa otrzymała, znalazł autor w 1,000 częściach mléka 70,83 cz. tłuszczu; po 2 dniach karmienia sadłem (1 1/2 funta dziennie), które suka niechętnie jadła, ilość mléka bardzo się zmniejszyla, zaledwie 25 gr. można było wydosłać (choć pierwotnie z łatwością 75 gr. wydojono), tłuszczu było 110,10 części; gdy suka przez 2 następane dni mięso otrzymywała, ilość mléka na nowo znacznie przybrała, tłuszczu było 91,19 części; po 1 dniu głodu było w gruczolach daleko więcej mléka, jak podczas karmienia sadłem, mléko wykazało 98,18 części tłuszczu.

Te piękne doświadczenia wykazują nam, że rodzaj pokarmu znacznie wpływa na skład ilościowy mléka. Przy karmieniu mięsem zwiększa się ilość części stałych a głównie tłuszczu; przecięciowo zauważał autor, że 1000 części mléka zawiera przy karmieniu.

	I. mięsem.	II. kartoflami.	III. tłuszczem.
Części stałych	227,39	170,47	226,26.
Tłuszczu	106,39	49,82	101,13.

Ilość kazeiny nie wiele przybiera podczas diety mięsnej; te dwie części składowe zwiększają się nie tylko względnie, lecz i bezwzględnie, ponieważ zwierzę karmione mięsem dziennie wiele więcej mléka wydziela. Ilość albuminy i soli mało się zmienia przy odmiennój dyecie. Cukier znajduje się w mléku psim aż do 3 1/2% podczas strawy roślinnej; gdy zaś pies mięsem jest karmiony, ilość tegoż zniża się aż do 2,4% ale nie znika prawie, jak Bensch mylnie utrzymuje; cała więc różnica tylko 1% wynosi.

Przy przejściu od strawy zwierzęcej do roślinnej zmniejsza się ilość części stałych, głównie tłuszcz i kazeina, podczas gdy cukru cokolwiek przybywa.

Podczas żywienia tłuszczem zwiększają się li względnie części stałe, i to głównie tłuszczu, gdy równocześnie cukru ubywa.

Przy dyecie mięsnej gruczoly nabrzmiate wiele mléka dawały; przy strawie zaś roślinnej skurezone były i zaledwie 1/2—1/3 część poprzedniej ilości wydoić z nich można było. Na bliższą uwagę zasługuje ta okoliczność, że przy karmieniu tłuszczem albo nawpół tłuszczem, nawpół mięsem, psy w krótkim czasie wszystko mléko tracily, chociaż go przedtem wiele dawały.

Doświadczenia autora, stwierdzające pomnożenie znaczne tłuszczów w mléku przy dyecie mięsnej, pozwalają wnosić, że przynajmniej większa część tłuszczów w mléku z albuminy (istot białkowatych) się tworzy; twierdzenie Bousingaulta, że jeśli pokarm mało tłuszczu zawiera, wtedy masło kosztem tłuszczów ciała się wytwarza, jest mylném, albowiem psy, choć pierwotnie chude, znacznie się wypasaly przy wyłącznej strawie mięsnej, tłuszczu wiele się osadziło w tkance podskórnej, w siatce brzusznej, powłoce nérek i między mięśniami.

Hoppe (cf. Virchowa Archiv XVII pg. 440 sq.) zauważał, że jeśli mléko przez czas niejaki na działanie powietrza wystawimy, ilość tłuszczu w niem się zwiększa. Autor podobne robił doświadczenia; zgodnie z Hoppe m znalazł, że w mléku do którego 24—96 godzin

powietrze wolny przystęp miało, ilość tłuszczów w porównaniu do świeżego mléka tegoż samego doju 00,1—0,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> masła (odnośnie do 100 części mléka) przybrała. Jakkolwiek małem jest wśród wymienionych okoliczności zwiększenie tłuszczu, wszakże zgodność analiz Hoppego i Subotina przemawia za tém, że ta przewyżka tłuszczu z kazeiny pod wpływem kwasorodu powstała.

Doświadczenia te Hoppego i Subotina tém więcej zdaniem naszym zyskają na wartości w kwestyi powstawania tłuszczów z istot białkowatych, jeżeli je porównamy z piękniemi doświadczeniami Ch. Blondeau robionemi na serze w Roquefort (cf. Annales de chimie et de physique 1864; 4me série Tome I pg. 208 sq.). Ponieważ, o ile nam wiadomo, z wyjątkiem G. Piotrowskiego (cf. Fiziologia ludzka. Kraków 1865 pg. 365 na dole) nikt nie zwrócił uwagi na ważną poniekąd dla fizjologii pracę Ch. Blondeau, dla tego choć w kilku słowach główne jej rezultaty podajemy. Blondeau rozdzielił 4 kilomy sera z Roquefort na 4 części; jedną wraz analizował, następne zaś trzy, gdy przez pewien czas w piwnicach, celem tak zwanego dojrzewania sera, pozostawały. 100 części sera tego wykazały:

	I.	II.	III.	IV.
	świeży.	po 1 miesiącu.	po 2 miesiąc.	po roku.
Kazeiny	85,43 cz.	61,33	43,28	40,23.
Tłuszczu	1,85	16,12	32,31	39,65.

Widzimy, jak w miarę ubywania kazeiny, ilość tłuszczów się powiększa. Blondeau prócz tego starał się oznaczyć ilościowo części składowe powstałego tłuszczu; znalazł w nim Margarinę, (Wedle Heintza, Margarina jest prawdopodobnie mieszaniną Stearyny i Palmityny Ref.) Oleinę, Masłan, Kapronan (C<sub>6</sub>), Kaprylan (C<sub>8</sub>) i Kaprynan (C<sub>10</sub>) ammonowy; wiele innych ciekawych szczegółów znajdzie czytelnik w oryginale. F. N.

### Przyczynek do nauki o samodzielném rozlaném zapaleniu szpiku kostnego.

(*Osteomyelitis spontanea diffusa*).

przez Dra Hermana Demme.

(Ciąg dalszy).

Gdy skutkiem zakrzepu w żyłach szpiku, rozwinię się zapalenie tychże żył i tkanki je otaczającej (phlebitis et periphlebitis), wtedy występuje cały szereg zmian, które opisane były przy prostém zapaleniu rozlaném szpiku (*Osteomyelitis diffusa simplex*) z tą różnicą, że w miejscu prostego nasięku wodnistej tkanek mamy tu rozlane ropnie. Zniszczenie w kanale szpikowym, zapalenie okostnej, zgorzel kości, odzielenie epiphysów, zajęcie stawów, phlegmone, występują w wyżej opisany sposób, z tą różnicą, że produkta zapalne przybierają charakter posokowaty w skutek rozpadu ognisk krwotokowych i zakrzepów, i że destrukcyjny charakter ma przewagę nad operacyjną czynnością. Te wypadki najczęściej kończą się pyemią lub septicemią.

Co do zmian w innych organach, te stosownie do trwania i charakteru processu oraz przyczyny śmierci, są rozmaite. Przy chronicznym przebiegu i śmierci z wycieńczenia, mamy anemię, wiotkość tkanek, suchość skóry, odleżyny, marantyczne zakrzepy, puchliny, hypostaticzne przekrwienia i zapalenia, krochmalikową degeneracyę w różnych organach. W razie pyemii znajdujemy zakrzepy, embolie, infarkta krwotokowe, ropnie w stawach, płucach, wątrobie, śledzionie i nerkach; ropnie gruczołów limfatycznych zwłaszcza udowych i pachwinowych, tam nawet gdzie żadnych innych metastaz niema. Przy septycemii: hemoragiczne i rozpadowe matestazy w różnych gruczołowych organach, septyczno wysiękowe zapalenie w jamach surowicznych, obrzmienia śledziony, odleżyny, dyfterytyczne processa na błonach śluzowych.

*Przyczyny.* Zapalenie rozlane szpiku nie jest chorobą częstą. Co do ważności wpływów traumatycznych jako przyczyny, nie stanowczego niemożna powiedzieć, zdaje się że pod tym względem ma pewne znaczenie indywidualne lub endemieczne usposobienie do reumatycznego zapalenia stawów. Obserwowano też że występowanie choroby po natężonej pracy i utrudzeniu, połączone być może z jakimś małym obrażeniem niepozostawiającem zewnątrz żadnych śladów, które jednak może wywołać ugniecenie lub wstrząśnienie kości z wylewaniem krwi do kanału szpikowego i częściowém oddzieleniem szpiku, co wszystko w związku z istniejącém usposobieniem może wywołać chorobę. Zwykle występuje u osób z najbiedniej-

szej klasy, młodych od 13 do 25 lat, osłabionych. Jednym z ważniejszych usposabiających momentów, jest silne odżywianie i kongestia kości na granicy epiphysów, która przez silne rośnięcie w pewnym danym czasie jeszcze może być podwyższona. Częściej bywa u mężczyzn niż u kobiet. Szczególniej usposobione są do choroby kości ulowe, a z tych więcej lewa.

*Objawy i przebieg.* Najstałym i najpierwszym objawem choroby jest silny i głęboki ból w okolicy chorój, ograniczony, albo rozpromieniający się do najbliższego stawu. Czasami jednak ból występuje naprzód w odleglejszym miejscu *np.* w stopie, a potem dopiero umiejscawia się w ognisku choroby. Charakter bólu może być cisnący, pulsujący, kłujący, szarpiący. Powiększa się zawsze przy naciskaniu. Przy poczynającym się bólu żadnych jeszcze w kończynie zmian nie można dostrzedz, poprzęła je zwykle na kilka, nawet do ośmiu dni.

Wkrótce potem występują zaburzenia w funkcji kończyny, chory nie może jej unieść, gdyż ból znacznie przytem się wzmacnia; skarży się na uczucie ciężenia w kończynie, i zdaje mu się jakby przy unoszeniu kość się złamała. Położenie kończyny z początku jest wyprostowane, później prawie zawsze zgięte.

Pomiędzy trzecim a 8-ym dniem rzadko wcześniej, występuje rozlane obrzmienie w okolicy chorój, najczęściej w dolnej części uda lewego. Skóra i tkanka łączna są nasiąknięte, ciastowate, obrzmienie przedstawia się w postaci ograniczonego guza, na granicach którego, ból przy naciskaniu ustaje, podwyższenia temperatury ani czerwonoci niema, w skórze widać ślady żył rozszerzonych. Później gdy zapalenie rozszerzy się na części miękkie, temperatura skóry podwyższa się, lecz zabarwienie blade pozostaje. W końcu 1go a najdalej w przebiegu 2 tygodnia, wytwarza się rozległy ropień na zewnętrznej lub wewnętrznej powierzchni uda w dolnej jego części, otworzenie dobrowolne którego nawet po kilku tygodniach trwania choroby nie było obserwowane.

Zajęcie stawu czasem tak wcześnie występuje, iż można je wziąć za główną chorobę. Zwykle jednak objawy cierpienia stawu występują dopiero w 2-im lub 3-im tygodniu choroby, i wtedy wykształca się wysięk surowiczy w stawie lub Arthropoyosis z gwałtownym bolem i puchliną stawu, i podniesieniem rzepki. Przedziurawieniu chrząstki i wylewowi tędy posoki do stawu towarzyszą dreszcze, oraz wzmożenie gorączki i bólu.

Zaraz od początku choroby występuje silna gorączka z powtarzającymi się dreszczami, ciągła, z exacerbacjami wieczornymi, czasem z charakterem tyfoidalnym. Bezsenność, ból głowy, deliria występują już w pierwszym albo w drugim lub trzecim tygodniu choroby. Do tego dołącza się brak apetytu, czerwonosc i suchosc języka, okład czarniawy, zaparcie stolców, wymioty, czasem dyarya, która występuje dopiero pod koniec. Dyfterytyczne zajęcie jamy ustnej w jednym wypadku było obserwowane. Dreszcze występują w różnych okresach choroby, towarzysząc embolicznemu zatkaniu naczyń, nagłym zmianom produktów zapalnych, przedziurawieniu stawu, następczym ropniom, oraz następczym processom zapalnym jak Pneumonia i Nephritis. Nadto będące w zarodku choroby zakaźne (wyrażenie autora) jak Tuberculosis, podczas Osteomyelitis diffusa mogą się rozwinąć i śmierć spowodzić. O dobrym okresie choroby wnosić możemy z ustępowania objawów gorączkowych, zmniejszenia częstości pulsu i wieczornych exacerbacji przy obfitych potach.

Co do wejżenia chorego od samego początku widać w nim wyraz cierpienia, cera staje się brudno biała, brak sił, skóra sucha, żółto zabarwiona, policzki zaczerwienione.

W lżejszych formach objawy ogólne są mniej silne. Gorączka mniejsza, prostracyi i deliriów niema. Resorbeyka kości charakteryzuje się czasem przez obecność soli wapiennych w urynie. Przy polepszeniu się, ogólne objawy cofają się powoli i chory przechodzi do siebie po długiej konwalescencji. W innych wypadkach wykształcają się objawy pyemii lub septycemii i chory umiera, albo też śmierć następuje z wycieńczenia przy objawach gorączki trwającej.

(D. n.).

## Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Komisji Balneologicznej w c. k. Towarzystwie Naukowym Krakowskim. d. 22 stycznia b. r. odbytém, następującemi zajmowano się przedmiotami: I. Przewodniczący Dr. Dietl zawiadomił zgromadzonych, iż różnemi czasy złożono na jego ręce fundusz, tak z darów pojedynczych dobroczyńców, jako i ze składek ubierany, wynoszący obecnie: w obligacjach indemnizacyjnych zł. reń. 1,500, w kuponach od tychże zł. reń. 45, w gotówce zł. reń. 32, który to fundusz przeznaczonym jest na szpital w zdrojowisku krynickim. Zarazem przewodniczący wnosi, iż dopóki nadmieniony fundusz na opatrzenie potrzeb szpitala odpowiednio nie wzrośnie, radzi, aby coroczne odsetki z kapitału pochodzące, częścią między ubogich leczenia zdrojowego w Krynicy potrzebujących na przedstawienie pojedynczych Członków Komisji Balneologicznej przez Doktora Dietla corocznie rozdzielane, częścią zaś dla powiększania funduszu kapitalizowane były. II. Następnie przewodniczący Dr. Dietl zwiedziwszy w r. z. podczas pory zdrojowej Krynicę, Żegestów, Szczawnicę i Rabkę, udzielił zgromadzeniu swoich spostrzeżeń i uwag, dotyczących wewnętrznego urządzenia nadmienionych zakładów zdrojowych. III. Następnie Komisya Baln. zajmowała się oznaczeniem kształtu i wielkości flaszek, tudzież podaniem najodpowiedniejszej metody napełniania woły szczawnickiej zdroju Szymona, po raz pierwszy w handel bieżącego roku rozsyłać się mającej, do czego przez obecnych właścicieli tegoż zdroju pp. Baranowskiego i Dąbskiego Komisya Bal. zaproszoną została. IV. Nareszcie poruczono Dr. Doskowskemu wypracowanie ogólnego poglądu na ruch i postęp zdrojowisk krajowych w r. 1866 dostrzegany, jaki komisya Bal. corocznie drukiem ogłaszać zwykła, do czego za materiał posłużą referentowi doroczne sprawozdania pojedynczych zakładów zdrojowych na użytek Komisji Baln. nadesłane.

— Deutsche Klinik N. 1 i 2 podaje artykuł Dra. Debeys z Akwizgranu o organizmach mikroskopowych znajdujących w massach stołcowych choleryków. Takowe w 1-ym okresie wydzielone zawierają mają owalne, okrągłe, pół eliptyczne lub półkoliste kształty ciałek  $\frac{1}{20}$  do  $\frac{1}{30}$  m. średnicy mających z rozmaitym odcieniem barwy od żółto-zielonej, do czerwono-brunatnej, nawet czarnej. Ciałka te z jednej strony mają być płaskie, jakby kręte lub nieco zakłęsłe, z drugiej zaś wypukłe, pokryte u młodych organizmów prążkowato, u starszych w całości galaretowatemi wyniosłościami rozmaitego kształtu, które tę powierzchnię ozdabiają. Dr. Debeys uważa ich za rodzaj wodorostów (Algi) i nadaje rodzajową nazwę „Cholero-phytum.”

*Sprostowanie.* W poprzedzającym numerze Gaz. Lek. na str. 516 mylnie podano, jakoby na 34 posiedzeniu oddziału anatomii, fizyologii i nauk przyrodzonych, okazując złożoną torbiel klejowatą jajnika, utrzymywał, że punktem jej wyjścia był pęcherzyk Graafa i że dopiero w dalszym ciągu rozwoju torbiel stała się złożoną. Nowotworem okazywanym na wzmiankowanym posiedzeniu był wyluszczonej przez prof. Girsztowta torbielak klejowaty, którego opis umieszczony został w tymże samym N. Gaz. na str. 505—507. W opisie tym, nadmieniając o powstawaniu tego nowotworu, powtórzyłem właśnie to samo com powiedział w tym względzie na posiedzeniu.

Co się zaś tyczy płodu, o którym jest mowa w tém samym sprawozdaniu (str. 515), to o tym utrzymywałem, że prawdopodobnie zamarł w końcu trzeciego miesiąca rozwoju swego zamacicznego; był on nie *niewielki*, lecz najzupełniej zmumifikowanym i znajdował się w lewej połowie *dółki pęcherzo-macicznego* (*excavatio vesico-uterin*). Dr. Br.

---

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

*Gazeta Lekarska* wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedycya i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

---

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

---



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACJI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . .	Rs. 5 kop. —	Na Stacjach pocztowych w Królestwie:	
„ półrocznie „	2 „ 50	„ „ rocznie . . .	Rs. 6.
„ kwartalnie „	1 „ 25	„ „ półrocznie „	3.
W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.			

TRZĘŚC: Zakrzep i zapalenie żyły wrotnej (pylephlebitis); obserwacya Prof. Roségo. — Najnowsze modyfikacye sztucznej błony bębenkowej. Br. Taczanowski. — Kroulka Zagraniczna. Leczenie ran odkrytych za pomocą szczelnego ich zamknięcia przed przystępem powietrza Dr. Wszebora. — O wpływie pokarmu na skład ilościowy mleka. Dra F. Nawrockiego, Ass. Inst. Fizyol. w Wroclawiu. — Przyczynek do nauki o samodzielném rozlaném zapaleniu szpika kostnego. Dra Witkowskiego. Część statystyczna. — Wiadomości bieżące.

## Zakrzep i zapalenie żyły wrotnej (*Pylephlebitis*).

Obserwacya Prof. Dra. Roségo.

Dnia 12 października 1864 r. wezwany zostałem do chorego 28-letniego mężczyzny, który przy badaniu przedstawił stan następujący: — Budowa ciała wata i delikatna, mięśnie słabo rozwinięte, ciało wychudłe, skóra blado-żółta, temperatura bardzo podniesiona; twarz zapadła, oczy wklęsłe, białkówka oka i dziąsła wyraźnie żółto zabarwione. Oddech przyspieszony 36; kaszlu nie ma, w płucach żadnej zmiany anatomicznej.

Serce prawidłowych rozmiarów, głosy jego czyste, tętno 120, małe, tętnica dobrze kurcząca się. Brzuch nieco wzdęty, powyżej pępka więcej podniesiony, ściana brzuszna napięta i przy dotknięciu uczuwa chory ból lekki w całym żywocie, dotkliwszy nad kiszka ślepą, i w miejscu lewego płata wątroby. Odgłos przy pukaniu znajdujemy w całym żywocie bębenkowy, w okolicy pachwinowej bębenkowy stłumiony. Stłumienie odgłosu nad wątrobą rozpoczyna się w linii sutkowej, powyżej 5go, w linii pachowej powyżej 6go żebra, a kończy się ku dołowi na dwa palce poniżej brzegu żebrowego; w wymiarze poprzecznym, t. j. od prawego do lewego przechodzi stłumienie wątroby po za brzeg żebrowy lewy; ból najdotkliwszy nacza chory za dotknięciem wątroby w miejscu dołka podsercowego; brzeg wątroby gruby, tępy. Śledziona znacznie powiększona, nieboleśna. Język podsychnięty, biało obłożony, na brzegach jasno-czerwony: — apetytu chory nie ma najmniejszego, pragnienie ciągłe i silne; stolce bywają codzien, nawet dwa razy na dzień, łajny, zabarwione, rozrobione. Mocz oddawany bywa w małej ilości, ciemno-czerwony, wielką ilość barwików żółciowych zawierający, kwaśny, cięż. gatun. 1,026; stosunek soli prawidłowy, białka niema.

Stan ogólny wyraża bardzo znaczny upadek sił, niemoc; czynności zmysłów nienaruszone, lekki ból głowy, sen przerywany, niespokojny, umysł swobodny.

Z wyvodu (*anamnesis*), dowiadujemy się, że chory K. B. . . od lat 10 już w biurze rządowym pracujący, był zawsze jak się pospolicie wyrażają słabowitego zdrowia, często na nieżyty oskrzelowe z kaszlem nawet w gorączkę zapadając; również często ulegał tak zwaną niestrawności z utratą apetytu, odbijaniem, gnieceniem w dołku, obłożeniem języka i niemal ciągłym zaparciem stolców, na co wszakże jako młody i czynnościom biórowym szczerze oddany, mało zważał, nigdy rady lekarskiej nie zasięgał i obowiązki swego powołania z całą gorliwością spełniał.

Dnia 4 października 1864 po kilku dniach ogólnego osłabienia i bólu głowy uczuł silne dreszcze, poczem nastąpiła mocna gorączka kilka godzin trwająca, w czasie której pojawiły się wymioty rzadkiego, ciągnącego się śluzu bladezielonawej barwy i małej ilości resztek spożytych przed parą godzinami pokarmów. Jednocześnie doznał chory dokuczliwego bólu w okolicy pachwinowej prawej, który w promieniach rozchodził się po całym żywocie; stolce były zaparte od 2ch dni. Wezwany do pomocy lekarz, zalecił ciepłe okłady na brzuch, lekarstwo orszadkowe i lewatywę.

Nazajutrz gorączka trwała silna, skóra była sucha, pałająca, język obłożony, ból żywota nie ustawał, pragnienie mocno dokuczalo, stolce zaparte.

Przepisano kalomel po 1 granie co godzina, przy dalszym użyciu orszadki i kataplazmów.

6go października stolce były obfite, lajniste, z początku twarde i zbite, następnie wolne, potem rzadkie, mocno cuchnące, poczem ból żywota zmniejszył się; wszakże w okolicy pachwinowej nie ustawał weale, szczególnie za głębszym pociśnieniem w tém miejscu, co wywoływało gwałtowny ból głęboko tkwiący; odgłos przy pukaniu wskazywał tu głos stłumiony bębnekowy, w innych miejscach brzucha bębnekowy jasny. W godzinach południowych ponowiły się dreszcze blisko godzinę trwające, po których nastąpiła znowu znaczna bardzo gorączka, i cały paroksyzm zakończył się obfitami potami na całym ciele. Zapisano lekarstwo lekko kwaskowate.

Dnia 7 i 8 października ból prawie zupełnie ustąpił, stolce miewa chory wolne, brzuch nieco wzdęty z odgłosem jasnym, tylko nad jelitem ślepym nieco stłumionym; mocz ciemnego koloru, zawsze w małej ilości, okazuje ślady barwików żółciowych z pomniejszeniem ilości chlorków i podwyższeniem ciężaru gatunkowego; gorączka utrzymuje się ciągle, ból głowy, niespokojność, bezsenność, upadek i pragnienie, zaś w porze południowej, powtarzają się codziennie dreszcze z następującą po nich gorączką kilka - godzinną, i obfitami potami. Perkussya śledziona wykazuje powiększenie objętości jęj, tak samo wątroby jednak w mniejszym stopniu.

Z powodu nadmienionych kilka razy o jednej porze występujących napadów dreszczu i gorączki, podano choremu siarczan chininy po trzy gran dwa razy dnia.

Dnia 9 października. Pomimo użytej chininy powtórzył się paroksyzm w dawniejszej sile, i gorączka trwa nieprzerwanie; powłoki powszechnie przedstawiają się żółtawo zabarwione, stolce wolne prawidłowej barwy, mocz jak wyżej, upadek sił coraz znaczniejszy.

Dnia 10 i 11 października. Stan chorego w niczym prawie niezmienny, tylko że żółtaczka na całym ciele jawnie wystąpiła, i napady gorączki południowej stale powtarzając się, wiele na swą gwałtowność utraciły; ból głowy ustąpił, gorączka trwa nieprzerwanie.

W dniu 12 października, po dokładnym zbadaniu stanu obecnego, (na początku opisu niniejszego szczegółowo skreślonego) i troskliwym zebraniu stosunków anamnestycznych, dopiero podanych, zrobiliśmy rozpoznanie na zapalenie żyły wrotnej w skutek zakrzepu (*thrombosis*) powstałe, opierając orzeczenie to na rozumowaniu i wykluczaniu następującem:

Główne na chorym dostrzeżone objawy chorobowe, mianowicie żółtaczka i obrzmienie wątroby obok zabarwienia prawidłowego odchodów stolcowych, nie mogły być następstwem nieżyty przewodów żółciowych, albowiem żółć wydzieloną była do jelita dwunastocalowego, czego dowodem było żółciowe zabarwienie stolców, i ponieważ przy tym sposobie tłumaczenia choroby nie mogłoby powstać obrzmienie śledziony, w ostatnich dniach świeżo dopiero stwierdzone. — Obrzmienie wątroby nie było tu następstwem nowotworów wątrobowych, któreby musiały być zmienić powierzchnię organu i przedstawić charakterystyczne guzowatości; gdy wreszcie wszystkie choroby śledziony powodujące obrzmienie jej i wątroby wykluczone być muszą — wynika stąd: że powiększenie wątroby i śledziony powstać mogło tylko przez upośledzenie krążenia. Ponieważ zaś z drugiej strony w całym ustroju chorego nie znajdujemy nigdzie żadnej zmiany organicznej wyjaśniającej źródło przeszkody krążenia, gdy nadto cierpienie ogranicza się widocznie na trzewiach brzusznych — wnosić musimy, że siedliskiem przeszkody krążenia jest żyła wrotna.

Przeszkodą zaś tą nie może być nic innego w naszym wypadku, jak zakrzep w tejże żyły, a całą chorobą zapalenie żyły wrotnej w skutek zakrzepu, *Pylephlebitis*. Inne choroby, których obraz kliniczny zbliża się niekiedy do obrazu naszej obserwacji, jak np. tyfus, wykluczaliśmy na zasadzie braku właściwych tamtej chorobie przypadłości.

Ponieważ doświadczenie innych lekarzy nauczyło, że chorzy cierpieniu temu ulegli zawsze dotychczas zakończyli śmiercią — widząc chorobę tak wyraźnie rozwiniętą, stawiliśmy także rokowanie niepomyślne, pokładając chyba nadzieję w młodości wieku chorego i w tej okoliczności, że w naszym wypadku choroba dosyć wczesnie jeszcze rozpoznana została; niemniej w tym, że pomimo starannego wypytywania się i śledzenia, nie byliśmy w stanie wyszukać prawdziwego źródła tej zabójczej choroby, i tylko przypuszczać mogliśmy, że punktem wyjścia zakrzepów jest choroba jelita ślepego, lub otaczającej ją tkanki łącznej.

Na zasadzie rozpoznania i przypuszczalnych zmian anatomicznych w okolicy kiszki ślepej — musieliśmy się ograniczyć na zastosowaniu leczenia symptomatycznego, nie chcąc poddawać chorego próbom próżnych teoretycznych wy-

mysłów terapeutycznych. Zaleciliśmy przeto: Inf. fol. Digitalis ex gr. X. par. unc VI. Aquae laurocer. dr. 1 Syr. Rubi Jd. Unc. j. DS. Co 2 godziny łyżkę. Za napój podano wodę sodową; do pożywienia: rosół, klejki, mleko.

Dnia 13—14. Stan jednakowy. gorączka bardzo silna, tętno 110, pełne i miękkie, skóra sucha pałająca, język obłożony białym mułem, pragnienie znaczne, stolców wolnych dwa na dobę.

Dnia 15—16. Dreszcze codziennie powtarzają się w porze południowej, a po nich następuje nasilenie gorączki parę godzin trwające, kończące się obfitym potem. Noce niespokojne, sen przerywany, osłabienie ogólne wzrasta; żółtaczka utrzymuje się niemal na jednym stopniu, mocz i stolce jak wyżej.

Zalecono: chininę trzy razy dnia po 3 grana.

Dnia 17, 18, 19. Dreszcze południowe ustąpiły, gorączka jednostajnie trwa przez cały dzień, w nocy wszakże staje się silniejszą; puls dochodzi do 130, oddech do 36; wychudnienie szybko bardzo postępuje, a w ślad za niemi upadek sił; wątroba powiększyła się od kilku dni, tak samo śledziona; ból niezbyt dokuczliwy objawia chory za przyciskaniem lewego płata wątroby i w okolicy кишки ślepej; brzuch wzdęty z odgłosem bębenkowym. — Leczenie to samo.

Dnia 20, 21, 22. Wczoraj wieczorem wystąpiły znowu dreszcze, które po półgodzinnem trwaniu przeszły w gorączkę i zakończyły się także potami; oprócz tego stan w ogólności ten sam; tętno 120, oddech 30, skóra gorąca, sucha, mniej żółtaczkowo zabarwiona, stolce jak wyżej, mocz zawsze skąpy, ciemny, bez białka, w którym znaczna ilość barwików żółciowych się znajduje.

Zalecono obmywanie chorego ciepłym octem z wodą pomieszanym, i dalsze użycie chininy.

Dnia 23, 24. Dreszcze pojawiły się wczoraj przed południem o godzinie 10, dziś znowu o godzinie 3 z południa; napady ich co do czasu trwania są zresztą te same; od wczoraj chory kaszle, niebardzo często i sucho, przyczyną czego jest lekki nieżyt oskrzelowy, wyraźniejszy i rozleglejszy po stronie prawej, i z tyłu; inne przypadłości jak wyżej.

Zalecono: Inf. r. Cephaelidis ex gr. vj. par. unc. VI. Aquae Amygd. am. dr. semis. — Za napój wodę Seleerską z mlekiem.

Dnia 25, 26, 27. Dreszcze powtarzają się codziennie, ale nieregularnie w rozmaitych porach dnia; kaszel trwa, choć mało dokucza choremu; — upadek sił wzrasta z każdym dniem; przytomność umysłu zupełna, chory bynajmniej nie czuje zbliżającego się końca choroby i życia; pragnienie znaczne, apetytu żadnego; oprócz rosółu i klejki chory żadnych nie przyjmuje pokarmów. Stolce bywają wolne i rzadkie, mocz jednakowy.

Dnia 28, 29. Wycieńczenie ogólne postępuje widocznie, gorączka bardzo silna trapi chorego; dreszcze były dziś w południe i kaszel nieznaczny.

Brzuch wzdęty, nie bolesny, odgłos przy pukaniu wszędzie jawny, bębenkowy; wymiarów wątroby i śledziona wy badać szczegółowo niemożna z powodu wzdęcia ściany brzusznej; nieżyt oskrzelowy zajmuje płuca po obu stronach, rzęzenia dosyć liczne słyszemy po stronie prawej—kaszel nie wielki, plwociny pienne, skąpe; tętno 124, odd. 32; *Dnia 30 października.* Dreszcze wystąpiły

wczoraj w nocy o godz. 10ej—i trwały dłużej jak zwykle—dziś były rano o godz. 10ej i po południu o godzinie 4ej. Kaszel nie znaczny—tętno 130 małe, nitkowa-  
te, oddech 36. Wychudnienie i wycieńczenie sił bardzo znaczne—lekkie obrzmie-  
nie nóg około kostek — żółtaczka zawsze w jednakowym stopniu — stolce wolne  
prawidłowo zabarwione — mocz mętny, ciemny; przytomność umysłu zupełna,  
chwilami tylko w nocy przerywana lekkim majaczeniem.

Śród takich przypadłości zapada śmierć dnia 31go października.

*Badanie pośmiertne* wykazało: mózg i osłony mózgowe prawidłowe; w płu-  
cach oprócz nieżyty oskrzelowego znaki ostrego obrzęku; wymiary serca i zasta-  
wki prawidłowe, w jamie brzusznej nieco żółtawego płynu. Śledziōna w dwój-  
nasób powiększona, mocno przekrwiona, twardawa; wątroba znacznie powięk szo-  
na, powierzchnia gładka, przy rozkroju liczne ropnie wielkości grochu, wypełnio-  
ne brudno-żółtawą cieczą; sam miąższ wątroby miękki, wyraźnie żółto zabarwiony.

W tkance komórkowatej przytwierdzającej tylną ścianę kiszki ślepej  
do kości biodrowej, zapalenie i ropienie na przestrzeni wielkości dwuzło-  
tówki.

Drobna gałązka żylna prowadząca do żyły *colica dextra* zatkana a  
skrzepem na szarą molekularną masę rozpadłym. Sama żyła *colica dextra*  
zatkana takimże samym skrzepem aż do ujścia jej w żyłę *mesenterica*  
*inferior*. Światło pnia żyły wrotnej i żyły śródjelitowej wyższej  
zatkanie do połowy skrzepem rozpadowym szarym; zaś lewa gałąź ży-  
ły wrotnej zatkana zupełnie skrzepem twardawym, brudnym,  
krwistym; błona wewnętrzna wymienionych tu żył mętna, rozpułchniona,  
zgrubiła, chropowata, w kilku miejscach ściśle do skrzepu przylegająca.

Choroba będąca przedmiotem niniejszego opisu należy do wypadków bardzo  
rzadkich tak klinicznie jako téż anatomicznie, a to do tego stopnia, że w całej  
literaturze lekarskiej począwszy od r. 1823 kiedy Balling pierwszy chorobę tę  
dokładnie określił, aż do naszych czasów, zaledwie kilkadziesiąt mamy przykła-  
dów za życia rozpoznanych. Znakomity professor Berliński Schönlein  
zaznajomił kliniki niemieckie z tą chorobą której wierny obraz skreślił następnie  
Waller na własnych oparty postrzeżeniach.

Chory nasz przedstawiał tak wyraźny obraz i tak jawne że tak powiem  
przypadłości, że rozpoznanie było łatwiejsze może od innych wypadków w któ-  
rych jak Oppolzer się wyraża, rozpoznanie tylko odgadywanem bywa. Niedo-  
stawało tu tylko do uzupełnienia obrazu, krwotoków kiszkowych, których brak  
atoli tłumaczy się bardzo dobrze tém, że światło żyły wrotnej do końca nie było  
zupełnie zatkanie i krążenie krwi w tém miejscu do ostatniej chwili choć  
upośledzone, było utrzymane.

Bardzo nauczającą w naszym przykładzie była ta okoliczność, mogąca za-  
razem służyć za niezmiernie ważną przestrożę dla chorych i lekarzy, że cała cho-  
roba powstała u naszego chorego z małego ropnia w tkance otaczającej kiszke  
ślepa znajdujacego się. Oczywiście ropień ten był następstwem *Perityphlitis*,  
a ta najprawdopodobniej wywołana była długo poprzednio utrzymującym się za-  
wałem fekalnym w jelicie ślepym.

Gdyby nasz chory, często w życiu swém na zdrowiu zapadający, a mianowicie na dolegliwości brzuszne, poddał się był wcześniej dokładnemu zbadaniu lekarskiemu, wykrytoby niewątpliwie nagromadzenie zaległych ekskrementów w tém miejscu, a przy stosownych środkach lekarskich, zapobieżonoby wywiązaniu się *Perityphlitis* i następstwom jój t. j. *Pylephlebitidis*. Do stawienia tej ewentualności jesteśmy upoważnieni tém, że sekcyja oprócz owego ropnia do wywołania choroby wystarczającego, nie wykryła źródła powstania téj tak rzadkiéj słabości.

W przebiegu to tylko chyba zaznaczyć można, że był regularny, odpowiedni chorobie i jój objawom, i że w ciągu 27 dniowego trwania choroby nic się nie wydarzyło, coby obraz cierpienia zatrzeć i rozpoznanie nasze zachwiać było mogło.

Leczenie stosowaliśmy do objawów chorobowych trzymając w pamięci istotną naturę cierpienia i jesteśmy przekonani, że żadna inna metoda tarapeutyczna pomyślniejszych nie przyniosłaby korzyści.

---

#### Najnowsze modyfikacye sztucznej błony bębenkowej.

Przypadkowe obserwacye znacznej niekiedy poprawy słuchu, po wprowadzeniu kuleczki waty w ucho indywiduum dotkniętego przedziurawieniem błony bębenkowej, nasunęły pierwszą myśl przyrządu, który nazwano sztuczną błoną bębenkową.

Myśl ta nie jest nową, już w 1815 r. Autenrieth z Tübingen radził w podobnych wypadkach wprowadzać w ucho małą rurkę ołowianą opatrzoną na wewnętrznym końcu kawałkiem pęcherza. O ile się zdaje, propozycya ta nigdzie praktycznie zastosowaną nie została; dopiero prace angielskich lekarzy, PP. Jearsley (1851) i Toynbee zwróciły na ten przedmiot ogólną uwagę. Podana przez Toynbee sztuczna błona bębenkowa składa się z okrągłej blaszki kauczukowej, umocowanej pomiędzy dwoma małemi blaszkami srebrnemi i zatkniętej na końcu srebrnego drucika. Średnica blaszki wynosi od 6 do 8 linii, w miarę jednak potrzeby może być łatwo zmniejszoną przez obcięcie obwodu; drucik srebrny jest nieco dłuższy jak przewód słuchowy, a na zewnętrznym końcu zakręcony.

Obszerne zastosowanie, jakie przyrząd p. Toynbee znalazł w praktyce, skłoniło tego znakomitego lekarza do bliższego zastanowienia się nad rolą sztucznej błony bębenkowej. W poszukiwaniach swych Toynbee oparł się na ówczesnym pojęciu o funkcyach normalnej błony bębenkowej; zbieranie i przenoszenie fal dźwięcznych, nie tylko na kostki słuchowe, ale i na powietrze w jamie bębenkowej znajdujące się, stanowiło główne zadanie błony bębenkowej; jeżeli więc błona przedziurawioną zostanie, to fale dźwięczne nie dostaną się za pośrednictwem okienka okrągłego do błędnika, lecz odpłyną przez otwór na zewnątrz; to właśnie sprowadzi przytępienie słuchu. Działanie sztucznej błony zasadza się więc na zamknięciu otworu, na skoncentrowaniu fal dźwięcznych w jamie bę-

benkowej; niektóre obserwacje znacznej poprawy słuchu, przy chwilowém zamknięciu otworu w błonie bębenkowej przez ropę lub téż roztwór gummy, zdawały się potwierdzać wyżej przytoczone zdanie; obserwacje p. Toynbee były prawdziwe, zostały jednak w inny sposób wytłumaczone, a teoria rozdźwięku utrzymać się nie mogła.

Niemieccy lekarze jak PP. Tröltzsch, Politzer, Lucae i Moos, żywo się zajęli rzucaną przez p. Toynbee kwestyą, a ściślej badania Politzera przekonały, że przy zalepieniu otworu w błonie bębenkowej, poprawa słuchu zależy od chwilowego uzupełnienia błony, przez co nieprawidłowe węzły powstające na każdej przedziurawionej błonie zniesione zostają. Dalsze badania uwydatniły sposób działania sztucznej błony bębenkowej; poprawa słuchu zależy od następujących momentów: - sztuczna błona działa jak każda błona łatwo drgająca, ułatwiając przenoszenie się fal na kostki słuchowe, co jednak mniejszej jest wagi, gdyż blaszka kauczukowa wprowadzona w ucho, musi przez zetknięcie z kostkami słuchowymi, ze wzgórkami, z resztkami naturalnej błony, stracić część swój zdolności do drgania; z drugiej strony liczne obserwacje uczą nas, że w wielu razach pomimo skreślenia blaszki, niedokładnego zakrycia otworu, następuje niemniej znaczne polepszenie słuchu. Głównym momentem jest tu nacisk, co tak na drodze klinicznej, jak i doświadczalnej stwierdzone zostało; w istocie wprowadziwszy sztuczną błonę bębenkową w ucho, chory, mianowicie w tych wypadkach gdzie znaczna nastąpi poprawa, skarży się na szum w uszach, który do tak wysokiego dochodzi stopnia, że chory tylko powoli do noszenia przyrządu namówiony być może. Niemniej pod tym względem przedstawiają ważności te wypadki, gdzie zupełnie zniesione, lub téż bardzo osłabione przewodnictwo kostne, po zastosowaniu błony znacznie się poprawia, i to nawet na niejaki czas i po wyjęciu błony.

Za tym poglądem przemawiają i te wypadki, gdzie przy nienaruszonej błonie bębenkowej nacisk na kostki słuchowe sprowadza znaczną poprawę. Menière, który kilka podobnych wypadków przytacza, odnosi poprawę słuchu do zwiększonego ciśnienia w błędniku. Oprócz tego Lucae stwierdził niewątpliwie na drodze doświadczalnej zwiększenie się śródusznego ciśnienia po zastosowaniu sztucznej błony bębenkowej; u indywiduum dotkniętego przedziurawieniem błony bębenkowej, po wprowadzeniu przyrządu Toynbee'ego znakomita nastąpiła poprawa; po przypadkowej śmierci tej samej osoby, można było jednocześnie z wprowadzeniem sztucznej błony do ucha odczytać powiększone ciśnienie na małym manometrze wprowadzonym w kanalik półkulisty górny. Zastanawiając się nad działaniem sztucznej błony bębenkowej, łatwo pojmujemy, że zastosowanie jej w tych wypadkach największe przyniesie korzyści, gdzie w skutek ropienia stawy kosteczek słuchowych, mniej lub więcej nadwreżone zostały; nacisk od zewnątrz zbliży części nieprawidłowo oddalone, a łańcuch kosteczek znów stanie się zdolny do przenoszenia fal dźwięcznych na przyrząd końcowy nerwu słuchowego, przy tém nie należy zapominać, że jednocześnie sztuczna błona, ważne wypełnia wskazanie, ochraniając jamę bębenkową od szkodliwych atmosferycznych wpływów.

Przed wprowadzeniem w przewód słuchowy sztucznej błony, oznacza się dokładnie stan słuchu, następnie oczyszcza się przewód słuchowy zewnętrzny i wprowadza sztuczną błonę przez zwykły lejek uszny. Wprowadzenie lejka oszczędza choremu przykrego wrażenia, jakiego doznaje w chwili przeprowadzania instrumentu przez najwęższą część przewodu słuchowego zewnętrznego. Po wprowadzeniu błony zwykle następuje mniejsze lub większe polepszenie; ujemny rezultat nie powinien nas zrażać, owszém powtarzając próby, obracając instrument na różne strony można w wielu razach do pomyślnego dojść rezultatu. Niekiedy po wprowadzeniu błony, następuje silny ból, lub też nadzwyczaj nieprzyjemne uczucie, powoli jednak chory się przyzwyczaja, i dla tego z początku instrument nigdy dłużej jak godzinę lub dwie w uchu pozostawać nie powinien.

Sztuczna błona *Toynbee'ego* jest dosyć drogą, zużywa się stosunkowo prędko, przy tém zdarza się nieraz, że blaszka kauczukowa odpada, zostaje w uchu, co zwykle chorego bardzo niepokoi i zmusza do szukania pomocy lekarskiej; niedogodności te skłoniły niemieckich lekarzy do różnych zmian pod względem technicznym. *Lucas* zmienił sztuczną błonę w ten sposób, że zaopatrzył blaszkę kauczukową w małą rurkę z tego samego materiału, a przed wprowadzeniem w ucho wkłada się w rurkę sztyft metalowy; instrument *Lucas'ego* jest tańszy, drażni daleko mniej, ale nie może być przez chorego tak łatwo wyjmowany.

Bardzo praktyczną modyfikacya sztucznej błony bębenkowej podaną została przez bawarskiego lekarza *Dr. Lochner*: blaszka kauczukowa jest o wiele grubsza i osadza się silnie między dwoma pierścieniami utworzonymi ze spiralnego srebrnego drutu. Przyrząd ten jest bardzo trwały, tańszy o połowę, a blaszka nie może odpaść w uchu.

Dla ubogich nie mogących i małego ponieść kosztu, wprowadził *Politzer* jeszcze jeden rodzaj sztucznej błony: z grubego mieszkka kauczukowego wycina się kawałki długie na 4 do 5 linii, a na 2 linie grube, koniec dolny jest nieco szerszy i opatrzony dziurką, w którą wkłada się zwykły drut na końcu zakrzywiony; błonę wkłada się w ucho według zwykłych reguł, a zewnętrzny koniec druta zakrzywia się stosownie do potrzeby.

Widziałem u *Politzera* jeszcze bardzo dowcipną modyfikacyą sztucznej błony bębenkowej, w tych wypadkach, gdzie po zniszczeniu łuków strzemięcia pozostaje jeszcze podstawa: łączy się strzemię wyjęte z trupa ze sztuczną błoną i wprowadza w ucho w ten sposób, aby podstawa stykała się z resztkami pozostałej kości. Fale dźwięczne zostają przeniesione za pośrednictwem błony i strzemięcia do okienka owalnego, a polepszenie słuchu bywa bardzo znaczne.

*Br. Taczanowski.*

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

Leczenie ran odkrytych za pomocą szczelnego ich zamknięcia przed przystępem powietrza.

*(Traitement des plaies exposées par l'occlusion pneumatique).*  
przez *Dra. Waszeborę.*

Pod tym tytułem, w miesiącu lutym r. b. pan *Juljusz Guérin* przedstawił Akademii lekarskiej w Paryżu świeżą swoją pracę obejmującą nowy sposób leczenia ran, oparty na 25



sposobach i doświadczeniach autora. Praca ta wywołała w łonie uczonego zgromadzenia żywe rozprawy, w których główny udział przyjmowali V el p e a u, B o u l e y, R o b i n, B o u i l l a u d, s a m P. I. G u e r i n, i inni. Sprawozdanie z tych rozpraw znajdzie zapewne pomieszczenie w Gazecie lekarskiej w właściwym czasie; obecnie zamierzamy tylko przedstawić czytelnikom na czém zależy metoda Pana J. Guérina; nie wdając się bynajmniej w rozbiór pojęć patologicznych które autor skuteczność swęj metody objaśnić usiłuje.

Główna zasada metody Pana Guérin jest następująca:

*Wszelka rana podkórna*, np. rana zadana podskórnie ręką chirurga, jeśli jest zabezpieczoną od przystępu powietrza i w tem zabezpieczeniu utrzymana, *nie ulega ani zapaleniu, ani ropieniu.*

Prawo to nie zna wyjątku bez względu na obszerność podskórnej rany, bez względu na tkanki do których się odnosi czy to będą ścięgna, mięśnie, naczynia, nerwy, tkanka łączna, gruczoły lub kości.

Ponieważ tak pomyślny przebieg w gojeniu ran podskórnych zależy musi właśnie od tęj okoliczności, że skóra nienaruszona która je pokrywa, w zupełności je zarazem zabezpiecza od przystępu powietrza, dla tego Pan Guérin postawił sobie pytanie: czy przez sztuczne odsabnianie ran odkrytych (*plaies exposées*) od otaczającego powietrza, nieudałoby się i tym ranom odkrytym zapewnić dobrodziejstwa bezpośredniego zrosnięcia (*organisation immédiate*) to jest zagojenia bez poprzedniego zapalenia i ropienia<sup>1)</sup>. Szczelne przykrycie ran odkrytych sztucznymi błonami, w ostatnich czasach w różnych krajach próbowane, nie doprowadzało do celu. Wydzieliny rany i skóry otaczającej gromadząc się pod sztuczną osłonką unosiły ją w górę torując drogę powietrzu z zewnątrz, a w zetknięciu z tem ostatniem rozkładając się, tworzyły na około rany atmosferę daleko niebezpieczniejszą aniżeli samo otaczające powietrze.

Dla uniknięcia dopiero co przytoczonych niedogodności należało przeto aby opatrunek odpowiadał następującym warunkom:

1. Zamknięcie rany w przestrzeni dla powietrza zewnętrznego zupełnie niedostępnej;
2. przykrycie jęj powłoką sztuczną dokładnie i stale do powierzchni ciała przylegającą;
3. powłoka ta sztuczna nie powinna w niczem tamować fizyologicznych czynności skóry i innych części nią przykrytych (wydzielanie i przeziwanie);
4. Wydzielone gazy i płyny nie powinny się nagromadzać w przestrzeni zamkniętej po nad raną, ulegać rozkładowi i powrotnemu w tym stanie wessaniu.

Odpowiednio do tych wymagań pan Guérin wymyślił przyrząd składający się z następujących części:

1. Walec metalowy (*Réceptient pneumatique*) zewsząd zamknięty, różnej wielkości, z powietrza wewnątrz opróżniony i opatrzony dwoma rurkami i przyrządem służącym do oznaczenia na zewnątrz próżnej w nim przestrzeni (*indicateur de vide*).
2. Pewna liczba rękawków (*poches enveloppantes*) z kauczuku wulkanizowanego grubego na 2 millimetry, w obu końcach otwartych; końcowe otwory są różnych wymiarów dla objęcia dokładnego rozmaitych części ciała; każdy z rękawków opatrzony jest z boku rurką kauczukową o grubych ściankach zdolnych oprzeć się ciśnieniu atmosferycznemu.
3. Pewna liczba powłoczek czyli osłonek z tkaniny cienkiej, sprężystej, przenikliwej, łatwo do ciała przylegającej (*enveloppes intermédiaires*).

Chcąc przyrząd ten użyć w danym wypadku, przedewszystkiem pokrywa się członek osłonką przenikliwą a na wierzch rękawkim kauczukowym (3), którego utwory tak muszą być wybrane, by lekko naciskając doskonale obejmowały członek przez samą sprężystość kauczuku. Gdy w ten sposób członek zostanie objęty dwiema powłokami, z których zewnętrzna jest nieprzenikliwą a wewnętrzna jest przenikliwą, należy połączyć wnętrze rękawka kauczukowego z walcem metalowym, z którego powietrze zostało uprzednio wyciągniętem.

<sup>1)</sup> W pojęciu pana Guérin, *organisation immédiate* jest processem równoważnym powstawaniu tkanek u płodu, tak że na zasadzie tego procesu wszystkie tkanki w ranach podskórnych najzupełniej się odradzają.

Jak skoro połączenie to uskuteczniomem zostanie, natychmiast gazy i płyny z pod rękawka kauczukowego zostają wessane do walca metalowego a sam rękawek ulegając ciśnieniu powietrza jak najdokładniej przyklada się do członka nim objętego.

Działanie walca metalowego jest dwojakie: mechaniczne i fizjologiczne. Mechanicznie wsysa w siebie gazy i płyny zbierające się pod rękawkim kauczukowym, a tém samém utrzymuje tenże rękaw w stałym przyleganiu do powierzchni członka przykrytego bezpośrednio osłonką przenikliwą.

Fyzyologicznie ułatwia przeziw i wydzielanie skórne niedozwalając jednocześnie produktom tych czynności nagromadzać się lub powtórnie zostać wessanemi do tkanek ustroju; przestrzenie zaś próżne w skutek przerwania ciepłosci tkanek powstałe, nadzwyczaj prędko wypełniają się wydzielinami plastycznemi (?).

Osłonka przenikliwa (*enveloppe intermédiaire ou en tissu perméable*) ułatwia ruch gazów i płynów pod rękawkim kauczukowym tworzących się i zapewnia stałą komunikację pomiędzy wszystkimi punktami przykrytej nim powierzchni ciała a wnętrzem walca metalowego. Oprócz tego przez swoją przenikliwość pobudza czynności wydzielnicze skóry, wstrzymuje działanie naciągające (*action résistante*) mogących potworzyć się fałdów rękawka kauczukowego, któreby inaczej działały jak bańka naciągająca skórę przez próżnię w niej wywołaną. Wreszcie zapewnia przepływ i ciągłe odnawianie płynów wprowadzanych w celach leczniczych.

Rękawek kauczukowy zwierzchni (*la poche enveloppante*) przystając do powierzchni ciała wywiera na nią nacisk jednorodny i nie dozwala przystępu powietrza do rany, przez co wszelki ból w tej ostatniej ustaje, płyny wydzielone nie rozkładają się. — Nacisk przezeń wywierany ułatwia oddzielenie się części mających być oddalonymi, zbliża części mające się zrosnąć, zapobiega ropieniu, jednym słowem podaje warunki potrzebne do bezpośredniego połączenia (*organisation immédiate*).

Rany świeże które do zastosowania przyrządu pana Guérin powól dać mogą, dzieli sam autor na cztery kategorie.

1. Proste cięcia chirurgiczne, odnoszące się do skóry i tkanki łącznej podskórnej; tu należą także: wycięcie blizn, wyluszczenie guzów podskórnych, podwiązanie naczyń.

2. Operacye ważniejsze jak odjęcie członków i wypilowania kości.

3. Złamania pojedyncze, powikłane, t. j. takie, gdzie przy ranie skórnej kość tylko w jednym miejscu jest przerwana.

4. Rany postrzałowe, z rozerwaniem i zniszczeniem tkanek; złamania wielokrotne powikłane, stanowiące najcięższe wypadki traumatyczne.

Z każdej kategorii, P. Guérin przedstawia po jednej obserwacyi z praktyki swojej wziętą; obserwacye te są następujące:

a. (Z kategorii 1ej). Pewna dama miała po za kostką wewnętrzną prawą (*malleolus internus*) tumor fibrosus, na który leczyła się długi czas u pp. V el p e a u i N é l a t o n. Guz ten usadowiony na przebiegu nervi tibialis sprawiał bardzo silne bóle. Po oddaleniu guza przez nacięcie krzyżowe wraz z tkanką łączną pod spodem leżącą, powstała rana głęboka powoli i niezupełnie wypełniająca się, — Guérin po przykryciu rany bezpośrednio Emplastro diachylon a zwierzchu kawalkim ceraty jedwabnej, całą nogę wziął w swój przyrząd. Następnego już dnia, zagłębienie podskórne (*l'anfractuosité souscutanée*) wypełniło się skrzepem twardym (*par un caillot résistant*), do skóry silnie przylegającym. Po 4ch dniach przyrząd został odjęty i rana nie przeszedłszy przez zapalenie i ropienie, przedstawiała równą powierzchnię, na której w kształcie płytkich bruzd rysowały się liczne nacięcia. Prosty opatrunek nagumowanym plasterkiem wystarczył do osiągnięcia zupełnego zabliznienia rany w ciągu następnych dni 8iu.

b. (Z kategorii 2ej). 9-letni chłopczyk w skutek padnięcia na ziemię złamał sobie był obie kości przedramienia z przerwaniem skóry, przez które górny odłamek sprychy (*radius*) na zewnątrz wystawał. Po nastawieniu złamanych kości, przykryciu rany plasterkiem gumowym, cały członek, po uprzednim obandażowaniu zwykłą opaską płócienną, został wzięty w przyrząd Guérin'a w 3 godziny po nastąpiionym wypadku; — czwartego dnia, rana skórna zupeł-

nie była zagojona, bez zapalenia i bez żadnych objawów ogólnego odczynu. Nałożono wówczas opatrunek krochmalny, pod którym w ciągu 35 dni nastąpiło zupełne zrosnięcie złamanych kości bez żadnego powikłania.

c. (Z kategorii 3-jej). Przedmiotem tej obserwacji jest chory, któremu pan Demarquay odjął udo z powodu *tumor albus genu dextri* od dwóch lat trwającego i o którym tenże Pan Demarquay w dziele swoim „*Traité de pneumatologie medicale*“ wspomina w tych słowach: Byłem świadkiem wypadku, w którym metoda Guérin'a odniosła skutek fizjologiczny jaki sobie zamierzyła. — Guérin zaś dla objaśnienia bliższego dodaje: celem tym, jak wiadomo z poprzedniego, jest bezpośrednio połączenie (*l'organisation immédiate*) ran choćby najobszerniejszych i najcięższych, przez usunięcie zupełne przystępu powietrza (*sous le bénéfice de l'occlusion pneumatique*).

d. (Z kategorii 4-jej) Wypadek rany postrzałowej ze zmiżdżeniem kości, rozerwaniem i zniszczeniem miękkich części całą skuteczność nowej metody wykazać jest w stanie.

28 sierpnia 1865 roku, Guérin został telegraficznie zawezwany do Reims do kupca u którego w skutek wybuchu ładunku, cała dłoń rozerwaną została. Balamie wykryło rozerwanie mięśni, przecięcie tętnic, przerwanie nerwów i ścięgien i zmiżdżenie 4-tój kości śródreęcznej, (os metacarpi). Przez poćwiertowaną skórę wyglądały obnażone wszystkie stawy śródreęcznopalcowe i cała ręka przedstawiała przerażający widok bezkształtnej masy, w której rozróżnić się dawały okropnie obrzmiałe i porozrywane palce. Przed przybyciem Guérin'a w 16 godzin po wypadku, chory leczony był przez panów Gailliet i Strapart chirurgów i profesorów miejscowej szkoły lekarskiej. Tętnica łokciowa (*art. ulnaris*) była przez nich podwiązana a ręka poddana ciągłej irrygacji.

Gdy o północy Guérin przybył (rozerwanie ręki miało być miejsce o 8-miej godzinie rano), nałożył 15-cie szwów dla zbliżenia do siebie, o ile to było możebnem, rozmaitych płatów po uprzedniem oddaleniu lub odcięciu zmiżdżonych części i oczyszczeniu rany ze krwi i skrępków.

Następnie dwa kawałki wygotowanej skóry lakierowanej, przyłożył na grzbiet ręki i samą dłoń, by przeszkodzić zakłesaniu się rękawka kauczukowego do rany i dla ułatwienia wytworzenia się wysięku plastycznego mającego próżnią jej zapelnic. Poczem ręka okręconą została opaską i owinięta bardzo cienkim kawałkiem tkaniny guttaperehowej znaczaniami w rozcieńczonym roztworze nadmanganianu potażu (*permanganas lixiviae*), i umieszczona w przyrządzie. Cała ta manipulacja trwała do godziny 3-iej rano, irrygację zalecono dalej stosować. Chory bez doznania żadnego bólu spał bez przerwy do 7-jej godziny rano. Obudził się zupełnie spokojnym, bez gorączki, z lekkim bólem w rękę.

Wtedy Guérin odjechał, a panowie Gailliet i Strapart z największą umiejętnością i starannością dalej metodę jego stosowali. Po 8-miu dniach Guérin odwiedził chorego.

Przez ten czas nie było żadnego śladu gorączki, puls nie podniósł się wyżej 84 uderzeń na minutę, żadnego dreszczyku ani ogólnego rozgrzania nie było; cokolwiek obrzmienia podwyższone ciepło w zranionej części ciała i nie więcej. Powierzchnia rany pokryta była pięknymi brodawkami (*granulationes*). Po 4-ech tygodniach rana się zagoiła, po 35 dniach była zupełnie zabliźniona, blizny odpowiadały nałożonym szwom. Podczas 4-ech tygodni przebieg był następujący: rozerwane i ugniecione części oddzielały się wydając woń zgorzelową. Części te wciągane do pneumatycznego odbieralnika zatrzymywały się jedne w misce kauczukowej, drugie dostawały się do samego odbieralnika, i chory słyszał jak doń wpadały. Ropienie było nader szczupłe, Gailliet zmuszony był wyciąć jeszcze niektóre kawałki ścięgien. Zresztą żadne powikłanie nie zamięciło leczenia, nie było ani zapalenia, ani dreszczu, ani gorączki, braku apetytu lub snu.

Raniony jadł, pił i spał jak za zupełnego zdrowia, bóle zawsze były umiarkowane. Po 5-ciu miesiącach ręka wróciła w zupełności do swego kształtu i czynności.

Dr. Subotin. O wpływie pokarmu na skład ilościowy mléka.

(Virchowa Archiv XXXVI pg. 561-570).

Wedle Vernois i Becquerela u kobiet li ilość a nie jakość pokarmu na skład mléka wpływ wywiera; nadmiar pokarmu zwiększa nie tylko ilość dziennie wydzielonego mléka, lecz zarazem i ilość zawartego w niem masła i kazeiny. Bousingault i la Bel, którzy na krowach swe doświadczenia robili, toż samo utrzymują.

Thomson twierdzi, że im więcej azotu w pokarmie się znajduje, tém więcej masła wykazuje mléko; Playfair zaś podaje, że właśnie, gdy pokarm mało azotu zawiera, ilość masła w mléku się powiększa.

Bensch, który na psach robił doświadczenia, podaje, że przy żywieniu tychże samém mięsem, ilość kazeiny w mléku przybiera, przy żywieniu zaś substancjami roślinnemi się zmniejsza, lecz natomiast w ostatnim razie mléko zawiera więcej masła i cukru.

Autor robił swe doświadczenia na sukach, które jako zwierzęta do rozmaitej przyzwyczajone strawy, uważa za odpowiednie dla rozwiązania wymienionej kwestyi. (To samo zdanie już dawno objawił Scherer. cf. R. Wagner. Handwörterbuch der Physiologie II. pg. 469. Ref.)

Suki do doświadczeń użyte, były karmione o jednej godzinie; mléko do analizy zbierał autor o godzinie 11, odstawwszy na kilka godzin wypierw szeznięta.

Kazeinę oznaczał autor wedle metody, dokładnie opisanéj w Hoppe. Handbuch der ph. ch. Analyse pg. 356; — białko przez zagotowanie (od straconéj kazeiny) pozostałéj cieczy; w płynie, z którego albuminę wydzielono, ilość cukru wedle przepisu Fehlinga oznaczył, do oznaczenia całej ilości części stałych jakoteż masła użył autor metodę Haidena (cf. Wagner l. c. pg. 463 i Hoppe l. c. pg. 360). Mléko suk wraz po porodzie jest kleiste, podobne do śluzu, barwy biało-żółtawéj; po tygodniu traci swą kleistość i staje się normalném. We wszystkich doświadczeniach autora mléko oddziaływało kwaśno.

Doświadczenie I. Wielka suka w trzecim tygodniu po porodzie. 1000 części mléka zawierało:

	I.	II.	III.	IV.	V.
	Wraz po przy-	Przez 8 dni	Przez 4 dni	Gdy jeszcze	Przez dwa dni
	prowadzeniu	otrzymywała	dostawała	2 dni otrzy-	otrzymywała
	suki, która	dziennie 3-4	mieszanie	mywała stra-	mieszanie
	dotąd mięsza-	funtów nie	z gotowanych	wę w III wy-	mięsa i tłuszczu
	ną strawę o-	tlustego mię-	kartofli i skro-	mienioną, by-	po 1 1/2 funtów
	trzymywała.	sa kobskiego.	bi, tyle ile	ła potém	każdego. Po-
			jesó chciała.	przez 3 dni	nieważ li 8 gr.
				mięsem kar-	mléka otrzymał
				mioną.	autor, ta anali-
					za mniej jest
					dokładną.
Stałych części . . . . .	173, 75.	222, 10.	157, 51.	211, 82.	210, 99 + sole
Wody . . . . .	826, 25.	777, 90.	842, 49.	788, 18.	789, 01 — sole.
Kazeiny i tłuszczu . . . . .	„	160, 45.	87, 27.	145, 84.	148, 97.
Kazeiny . . . . .	51, 43.	40, 41.	52, 28.	49, 76.	56, 82.
Tłuszczu . . . . .	50, 51.	120, 04.	34, 99.	96, 08.	92, 15.
Albuminy . . . . .	39, 02.	32, 11.	32, 86.	37, 02.	40, 01.
Cukru mlecznego . . . . .	27, 72.	25, 29.	33, 08.	25, 76.	22, 01.
Soli i substan. wyciągo. . . . .	5, 07.	4, 25.	4, 36.	3, 20.	

Przy II gruczoły mleczone były nabrzmiące i wydzielaly wiele, autor otrzymał z łatwością 60 cent. mléka, podczas gdy przy I zaledwie 15 centm. wydostał, chociaż w obydwóch razach suka 10 godzin bez szeznięt była. Przy III gruczoły były skurczone i daleko mniej, jak przy II wydzielaly mléka. Po 6 dniówem karmieniu mléko prawie zupełnie znikło, autor zaledwie 16 gr. wydostał, choć szeznięta na 18 godzin odstawił. Analizę tę mniej ważną

opuściłem (Ref.). Gdy (cf. IV) suka przez 3 dni mięsem znów była karmiona, ilość mléka znacznie przybrała. Przez 3 następne dni dostawała dziennie 2 1/2 funt. sadła; w skutek tego ilość mléka o tyle się zmniejszyła, że autor nawet w 18 godzin po odsadzeniu szezeniąt dostatecznej do analizy ilości otrzymać nie mógł. Po 2 dniach następnego karmienia mięsem na nowo ilość mléka przybrała. Gdy suka wreszcie przez 2 dni (cf. V) otrzymywała mieszaninę z 1 1/2 funta mięsa i 1 1/2 funta tłuszczu, autor zaledwie 8 gr. mléka wy dostał.

*Doświadczenie II.* Suka w pierwszym tygodniu po porodzie dawała mało kleistego mléka, po 7 dniach karmienia mięsem zawierało 1000 części mléka 89,71 tłuszczu; po 3ch dniach karmienia mieszaniną kartofli i skrobi zmniejszona ilość mléka wykazała tylko 52,67 części tłuszczu; po 7 dniach powtórnego mięsem karmienia zwiększona ilość mléka zawierała 170,49 części tłuszczu. Gdy suka przez 2 dni sadło tylko dostawała, mléko prawie zupełnie znikło, choć i w tém jak w pierwszym doświadczeniu żadna anomalia w trawieniu nie była widoczną.

*Doświadczenie III.* Suka z rodzaju pudli w 3im tygodniu po porodzie. Gruczoły były bardzo wielkie i obficie mléka dawały; dla tego autor tym razem szezenięta li na 3 odstawił godziny. Po 1 dniu, w którym suka 2 funty mięsa otrzymała, znalazł autor w 1,000 częściach mléka 70,83 cz. tłuszczu; po 2 dniach karmienia sadłem (1 1/2 funta dziennie), które suka niechętnie jadła, ilość mléka bardzo się zmniejszyła, zaledwie 25 gr. można było wy dostać (choć pierwotnie z łatwością 75 gr. wydojono), tłuszczu było 110,10 części; gdy suka przez 2 następne dni mięso otrzymywała, ilość mléka na nowo znacznie przybrała, tłuszczu było 91,19 części; po 1 dniu głodu było w gruczołach daleko więcej mléka, jak podczas karmienia sadłem, mléko wykazało 98,18 części tłuszczu.

Te piękne doświadczenia wykazują nam, że rodzaj pokarmu znacznie wpływa na skład ilościowy mléka. Przy karmieniu mięsem zwiększa się ilość części stałych a głównie tłuszczu; przecięciowo zauważał autor, że 1000 części mléka zawiera przy karmieniu.

	I. mięsem.	II. kartoflami.	III. tłuszczem.
Części stałych	227,39	170,47	226,26.
Tłuszczu	106,39	49,82	101,13.

Ilość kazeiny nie wiele przybiera podczas diety mięsnej; te dwie części składowe zwiększają się nie tylko względnie, lecz i bezwzględnie, ponieważ zwierzę karmione mięsem dziennie wiele więcej mléka wydziela. Ilość albuminy i soli mało się zmienia przy odmiennój dyecie. Cukier znajduje się w mléku psim aż do 3 1/2% podczas strawy roślinnej; gdy zaś pies mięsem jest karmiony, ilość tegoż zniża się aż do 2,4% ale nie znika prawie, jak Bensch mylnie utrzymuje; cała więc różnica tylko 1% wynosi.

Przy przejściu od strawy zwierzęcej do roślinnej zmniejsza się ilość części stałych, głównie tłuszcz i kazeina, podczas gdy cukru cokolwiek przybywa.

Podczas żywienia tłuszczem zwiększają się li względnie części stałe, i to głównie tłuszczu, gdy równocześnie cukru ubywa.

Przy dyecie mięsnej gruczoły nabrzmiące wiele mléka dawały; przy strawie zaś roślinnej skurezone były i zaledwie 1/2—1/3 część poprzedniej ilości wydoić z nich można było. Na bliższą uwagę zasługuje ta okoliczność, że przy karmieniu tłuszczem albo nawpół tłuszczem, nawpół mięsem, psy w krótkim czasie wszystko mléko tracily, chociaż go przedtem wiele dawały.

Doświadczenia autora, stwierdzające pomnożenie znaczne tłuszczów w mléku przy dyecie mięsnej, pozwalają wnosić, że przynajmniej większa część tłuszczów w mléku z albuminy (istot białkowatych) się tworzy; twierdzenie Bousingaulta, że jeśli pokarm mało tłuszczu zawiera, wtedy masło kosztem tłuszczów ciała się wytwarza, jest mylném, albowiem psy, choć pierwotnie chude, znacznie się wypasały przy wyłącznej strawie mięsnej, tłuszczu wiele się osadziło w tkance podskórnej, w siatce brzusznej, powłoce nérek i między mięśniami.

Hoppe (cf. Virchowa Archiv XVII pg. 440 sq.) zauważał, że jeśli mléko przez czas niejaki na działanie powietrza wystawimy, ilość tłuszczu w niem się zwiększa. Autor podobne robił doświadczenia; zgodnie z Hoppe m znalazł, że w mléku do którego 24—96 godzin

powietrze wolny przystęp miało, ilość tłuszczów w porównaniu do świeżego mléka tegoż samego doju 00,1—0,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> masła (odnośnie do 100 części mléka) przybrała. Jakkolwiek małem jest wśród wymienionych okoliczności zwiększenie tłuszczu, wszakże zgodność analiz Hoppego i Subotina przemawia za tém, że ta przewyżka tłuszczu z kazeiny pod wpływem kwasorodu powstała.

Doświadczenia te Hoppego i Subotina tém więcej zdaniem naszym zyskają na wartości w kwestyi powstawania tłuszczów z istot białkowatych, jeżeli je porównamy z piękniemi doświadczeniami Ch. Blondeau robionemi na serze w Roquefort (cf. Annales de chimie et de physique 1864; 4me série Tome I pg. 208 sq.). Ponieważ, o ile nam wiadomo, z wyjątkiem G. Piotrowskiego (cf. Fiziologia ludzka. Kraków 1865 pg. 365 na dole) nikt nie zwrócił uwagi na ważną poniekąd dla fizjologii pracę Ch. Blondeau, dla tego choć w kilku słowach główne jej rezultaty podajemy. Blondeau rozdzielił 4 kilomy sera z Roquefort na 4 części; jedną wraz analizował, następne zaś trzy, gdy przez pewien czas w piwnicach, celem tak zwanego dojrzewania sera, pozostawały. 100 części sera tego wykazały:

	I.	II.	III.	IV.
	świeży.	po 1 miesiącu.	po 2 miesiąc.	po roku.
Kazeiny	85,43 cz.	61,33	43,28	40,23.
Tłuszczu	1,85	16,12	32,31	39,65.

Widzimy, jak w miarę ubywania kazeiny, ilość tłuszczów się powiększa. Blondeau prócz tego starał się oznaczyć ilościowo części składowe powstałego tłuszczu; znalazł w nim Margarinę, (Wedle Heintza, Margarina jest prawdopodobnie mieszaniną Stearyny i Palmityny Ref.) Oleinę, Masłan, Kapronan (C<sub>6</sub>), Kaprylan (C<sub>8</sub>) i Kaprynan (C<sub>10</sub>) ammonowy; wiele innych ciekawych szczegółów znajdzie czytelnik w oryginale. F. N.

### Przyczynek do nauki o samodzielném rozlaném zapaleniu szpiku kostnego.

(*Osteomyelitis spontanea diffusa*).

przez Dra Hermana Demme.

(Ciąg dalszy).

Gdy skutkiem zakrzepu w żyłach szpiku, rozwinię się zapalenie tychże żył i tkanki je otaczającej (phlebitis et periphlebitis), wtedy występuje cały szereg zmian, które opisane były przy prostém zapaleniu rozlaném szpiku (*Osteomyelitis diffusa simplex*) z tą różnicą, że w miejscu prostego nasięku wodnistej tkanek mamy tu rozlane ropnie. Zniszczenie w kanale szpikowym, zapalenie okostnej, zgorzel kości, odzielenie epiphysów, zajęcie stawów, phlegmone, występują w wyżej opisany sposób, z tą różnicą, że produkta zapalne przybierają charakter posokowaty w skutek rozpadu ognisk krwotokowych i zakrzepów, i że destrukcyjny charakter ma przewagę nad operacyjną czynnością. Te wypadki najczęściej kończą się pyemią lub septicemią.

Co do zmian w innych organach, te stosownie do trwania i charakteru processu oraz przyczyny śmierci, są rozmaite. Przy chronicznym przebiegu i śmierci z wycieńczenia, mamy anemię, wiotkość tkanek, suchość skóry, odleżyny, marantyczne zakrzepy, puchliny, hypostaticzne przekrwienia i zapalenia, krochmalikową degeneracyę w różnych organach. W razie pyemii znajdujemy zakrzepy, embolie, infarkta krwotokowe, ropnie w stawach, płucach, wątrobie, śledzionie i nerkach; ropnie gruczołów limfatycznych zwłaszcza udowych i pachwinowych, tam nawet gdzie żadnych innych metastaz niema. Przy septycemii: hemoragiczne i rozpadowe metastazy w różnych gruczołowych organach, septyczno wysiękowe zapalenie w jamach surowicznych, obrzmienia śledziony, odleżyny, dyfterytyczne processa na błonach śluzowych.

*Przyczyny.* Zapalenie rozlane szpiku nie jest chorobą częstą. Co do ważności wpływów traumatycznych jako przyczyny, nie stanowczego niemożna powiedzieć, zdaje się że pod tym względem ma pewne znaczenie indywidualne lub endemieczne usposobienie do reumatycznego zapalenia stawów. Obserwowano też że występowanie choroby po natężonej pracy i utrudzeniu, połączone być może z jakimś małym obrażeniem niepozostawiającem zewnątrz żadnych śladów, które jednak może wywołać ugniecenie lub wstrząśnienie kości z wylewaniem krwi do kanału szpikowego i częściowém oddzieleniem szpiku, co wszystko w związku z istniejącém usposobieniem może wywołać chorobę. Zwykle występuje u osób z najbiedniej-

szej klasy, młodych od 13 do 25 lat, osłabionych. Jednym z ważniejszych usposabiających momentów, jest silne odżywianie i kongestia kości na granicy epiphysów, która przez silne rośnięcie w pewnym danym czasie jeszcze może być podwyższona. Częściej bywa u mężczyzn niż u kobiet. Szczególniej usposobione są do choroby kości ulowe, a z tych więcej lewa.

*Objawy i przebieg.* Najstałym i najpierwszym objawem choroby jest silny i głęboki ból w okolicy chorój, ograniczony, albo rozpromieniający się do najbliższego stawu. Czasami jednak ból występuje naprzód w odleglejszym miejscu *np.* w stopie, a potem dopiero umiejscawia się w ognisku choroby. Charakter bólu może być cisnący, pulsujący, kłujący, szarpiący. Powiększa się zawsze przy naciskaniu. Przy poczynającym się bólu żadnych jeszcze w kończynie zmian nie można dostrzedz, poprzęła je zwykle na kilka, nawet do ośmiu dni.

Wkrótce potem występują zaburzenia w funkcji kończyny, chory nie może jej unieść, gdyż ból znacznie przytem się wzmacnia; skarży się na uczucie ciężenia w kończynie, i zdaje mu się jakby przy unoszeniu kość się złamała. Położenie kończyny z początku jest wyprostowane, później prawie zawsze zgięte.

Pomiędzy trzecim a 8-ym dniem rzadko wcześniej, występuje rozlane obrzmienie w okolicy chorój, najczęściej w dolnej części uda lewego. Skóra i tkanka łączna są nasiąknięte, ciastowate, obrzmienie przedstawia się w postaci ograniczonego guza, na granicach którego, ból przy naciskaniu ustaje, podwyższenia temperatury ani czerwonoci niema, w skórze widać ślady żył rozszerzonych. Później gdy zapalenie rozszerzy się na części miękkie, temperatura skóry podwyższa się, lecz zabarwienie blade pozostaje. W końcu 1go a najdalej w przebiegu 2 tygodnia, wytwarza się rozległy ropień na zewnętrznej lub wewnętrznej powierzchni uda w dolnej jego części, otworzenie dobrowolne którego nawet po kilku tygodniach trwania choroby nie było obserwowane.

Zajęcie stawu czasem tak wcześnie występuje, iż można je wziąć za główną chorobę. Zwykle jednak objawy cierpienia stawu występują dopiero w 2-im lub 3-im tygodniu choroby, i wtedy wykształca się wysięk surowiczy w stawie lub Arthropoyosis z gwałtownym bolem i puchliną stawu, i podniesieniem rzepki. Przedziurawieniu chrząstki i wylewowi tędy posoki do stawu towarzyszą dreszcze, oraz wzmożenie gorączki i bólu.

Zaraz od początku choroby występuje silna gorączka z powtarzającymi się dreszczami, ciągła, z exacerbacjami wieczornymi, czasem z charakterem tyfoidalnym. Bezsenność, ból głowy, deliria występują już w pierwszym albo w drugim lub trzecim tygodniu choroby. Do tego dołącza się brak apetytu, czerwonosc i suchosc języka, okład czarniawy, zaparcie stolców, wymioty, czasem dyarya, która występuje dopiero pod koniec. Dyfterytyczne zajęcie jamy ustnej w jednym wypadku było obserwowane. Dreszcze występują w różnych okresach choroby, towarzysząc embolicznemu zatkaniu naczyń, nagłym zmianom produktów zapalnych, przedziurawieniu stawu, następczym ropniom, oraz następczym processom zapalnym jak Pneumonia i Nephritis. Nadto będące w zarodku choroby zakaźne (wyrażenie autora) jak Tuberculosis, podczas Osteomyelitis diffusa mogą się rozwinąć i śmierć spowodować. O dobrym okresie choroby wnosić możemy z ustępowania objawów gorączkowych, zmniejszenia częstości pulsu i wieczornych exacerbacji przy obfitych potach.

Co do wejżenia chorego od samego początku widać w nim wyraz cierpienia, cera staje się brudno biała, brak sił, skóra sucha, żółto zabarwiona, policzki zaczerwienione.

W lżejszych formach objawy ogólne są mniej silne. Gorączka mniejsza, prostracyi i deliriów niema. Resorbeyka kości charakteryzuje się czasem przez obecność soli wapiennych w urynie. Przy polepszeniu się, ogólne objawy cofają się powoli i chory przechodzi do siebie po długiej konwalescencji. W innych wypadkach wykształcają się objawy pyemii lub septycemii i chory umiera, albo też śmierć następuje z wycieńczenia przy objawach gorączki trwającej.

(D. n.).

## Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Komisji Balneologicznej w c. k. Towarzystwie Naukowym Krakowskim. d. 22 stycznia b. r. odbytém, następującemi zajmowano się przedmiotami: I. Przewodniczący Dr. Dietl zawiadomił zgromadzonych, iż różnemi czasy złożono na jego ręce fundusz, tak z darów pojedynczych dobroczyńców, jako i ze składek ubierany, wynoszący obecnie: w obligacyach indemnizacyjnych zł. reń. 1,500, w kuponach od tychże zł. reń. 45, w gotówce zł. reń. 32, który to fundusz przeznaczonym jest na szpital w zdrojowisku krynickim. Zarazem przewodniczący wnosi, iż dopóki nadmieniony fundusz na opatrzenie potrzeb szpitala odpowiednio nie wzrośnie, radzi, aby coroczne odsetki z kapitału pochodzące, częścią między ubogich leczenia zdrojowego w Krynicy potrzebujących na przedstawienie pojedynczych Członków Komisji Balneologicznej przez Doktora Dietla corocznie rozdzielane, częścią zaś dla powiększania funduszu kapitalizowane były. II. Następnie przewodniczący Dr. Dietl zwiedziwszy w r. z. podczas pory zdrojowej Krynicę, Żegestów, Szczawnicę i Rabkę, udzielił zgromadzeniu swoich spostrzeżeń i uwag, dotyczących wewnętrznego urządzenia nadmienionych zakładów zdrojowych. III. Następnie Komisya Baln. zajmowała się oznaczeniem kształtu i wielkości flaszek, tudzież podaniem najodpowiedniejszej metody napełniania woły szczawnickiej zdroju Szymona, po raz pierwszy w handel bieżącego roku rozsyłać się mającej, do czego przez obecnych właścicieli tegoż zdroju pp. Baranowskiego i Dąbskiego Komisya Bal. zaproszoną została. IV. Nareszcie poruczono Dr. Doskowskemu wypracowanie ogólnego poglądu na ruch i postęp zdrojowisk krajowych w r. 1866 dostrzegany, jaki komisya Bal. corocznie drukiem ogłaszać zwykła, do czego za materiał posłużą referentowi doroczne sprawozdania pojedynczych zakładów zdrojowych na użytek Komisji Baln. nadesłane.

— Deutsche Klinik N. 1 i 2 podaje artykuł Dra. Debeys z Akwizgranu o organizmach mikroskopowych znajdujących w massach stołcowych choleryków. Takowe w 1-ym okresie wydzielone zawierają mają owalne, okrągłe, pół eliptyczne lub półkoliste kształty ciałek  $\frac{1}{20}$  do  $\frac{1}{30}$  m. średnicy mających z rozmaitym odcieniem barwy od żółto-zielonej, do czerwono-brunatnej, nawet czarnej. Ciałka te z jednej strony mają być płaskie, jakby kręte lub nieco zakłęsłe, z drugiej zaś wypukłe, pokryte u młodych organizmów prążkowato, u starszych w całości galaretowatemi wyniosłościami rozmaitego kształtu, które tę powierzchnię ozdabiają. Dr. Debeys uważa ich za rodzaj wodorostów (Algi) i nadaje rodzajową nazwę „Cholero-phytum.”

*Sprostowanie.* W poprzedzającym numerze Gaz. Lek. na str. 516 mylnie podano, jakoby na 34 posiedzeniu oddziału anatomii, fizyologii i nauk przyrodzonych, okazując złożoną torbiel klejowatą jajnika, utrzymywał, że punktem jej wyjścia był pęcherzyk Graafa i że dopiero w dalszym ciągu rozwoju torbiel stała się złożoną. Nowotworem okazywanym na wzmiankowanym posiedzeniu był wyluszczonej przez prof. Girsztowta torbielak klejowaty, którego opis umieszczony został w tymże samym N. Gaz. na str. 505—507. W opisie tym, nadmieniając o powstawaniu tego nowotworu, powtórzyłem właśnie to samo com powiedział w tym względzie na posiedzeniu.

Co się zaś tyczy płodu, o którym jest mowa w tém samym sprawozdaniu (str. 515), to o tym utrzymywałem, że prawdopodobnie zamarł w końcu trzeciego miesiąca rozwoju swego zamacicznego; był on nie *niewielki*, lecz najzupełniej zmumifikowanym i znajdował się w lewej połowie *dółki pęcherzo-macicznego* (*excavatio vesico-uterin*). Dr. Br.

---

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

---

*Gazeta Lekarska* wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

---

Expedycya i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

---

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

---