

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1873 do 1 lipca 1873) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1873 r. rsr. 118 (z przesyłką).

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

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Klinika terapeutyczna. Wypadnięcie macicy i pochwy z przepukliną pęcherzo-pochwową; bezmocz, mocznica, śmierć przez zaduszenie. Podał Prof. Dr Lambl. Kronika zagraniczna. Zasady leczenia krupowego zapalenia płuc. Przez prof. Jürgensen'a z Wiednia. Podał w streszczeniu Dr A. Stockmann. (Dokończenie). Wiadomości bieżące. Parnia. Nowe środki lekarskie. Wiek podeszły. Do statystyki lekarzy. Przepis Kirchmann'a na pigułki żelazne. Collodium mercurialisatum. Dodatek. Patologii Ogólnej ark. 32 i 33. Pediatrii ark. 42. Medycyny Sądowej T. I ark. 8.

KLINIKA TERAPEUTYCZNA

Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego.

Wypadnięcie macicy i pochwy z przepukliną pęcherzo-pochwową; bezmocz, mocznica, śmierć przez zaduszenie (*Prolapsus uteri cum cystocele vaginali, anuria, uraemia, mors per asphyxiam*).

Podał Prof. Dr Lambl.

Józefa S., wyrobница, lat 61 wieku licząca, dnia 21 grudnia 1872 r. przybyła do kliniki terapeutycznej fak. Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, w stanie pół przytomnym. Tak z ust samej chorój, jako też z opowiadania jej krewnych, którzy ją do szpitala odwieźli, udało nam się zebrać następujące dane anamnestyczne: Chora odbyła cztery porody, wszystkie były prawidłowe. Wypadnięcie macicy trwa u niej od lat piętnastu, oddawna jednak nie sprawiało już chorój, która do niego przywykła, żadnych dolegliwości. Nie doświadczała ona nigdy żadnych zбоceń w oddawaniu moczu, ani żadnego zgoła, nieprawidłowego uczucia w okolicy nerek. Przed pięciu dniami chora po ciężkiej pracy przy myciu podłogi, nagle doznała mocnego bólu w krzyżu i częstych pozywów do oddawania moczu, która to wydzielina stała się nader skąpą i zawierała znaczną do-

mieszkę krwi. Stan taki trwał dzień jeden, poczem chora nie oddawała już wcale moczu tak, że w ciągu ostatnich dni trzech, nie odpłynęła ani jedna kropla takowego.

S t a n o b e c n y (*Status praesens*). Ogólny wygląd choréj zdradza wysoko posunięty wiađ starczy (*marasmus senilis*); skóra pomarszczona i sucha, mięśnie wiotkie. Ciepłota ciała bardzo niska, kończyny ziębną, ogólna sinica (*cyanosis*); obojętność (*apathia*), stan półprzytomny. Oddychanie nadzwyczaj powolne (12 *resp.* na minutę) i głębokie, strumień wydechanego powietrza daje uczucie chłodu. Tętno powolne, nitkowate, uderza 60 razy na minutę. Uderzenia serca niewyczuwalne, tony serca słabe ale czyste. Przy wysłuchiowaniu klatki piersiowéj, znajdujemy z obu stron zaostrenie oddechu i liczne rozproszone rżenia z charakterem wilgotnym (*rhonchi mucosi et subcrepitantes*), najobfitsze po stronie prawéj od tyłu, w témże miejscu, przy opukiwaniu, dostrzega się lekkie stępienie odgłosu. Skóra na brzuchu pomarszczona, powłoki brzuszne w ogóle wiotkie. Podbrzusze prawe (*regio hypogastrica dextra*) mocno wzniesione, przedstawia rodzaj guza, dość miękkiego, nieruchomego. Przy opukiwaniu wspomniany guz daje odgłos tępy, a tępość ta zlewa się ku górze z tępością wątroby. Wewnętrzna granica guza znajduje się na dwa palce od linii środkowéj brzucha; dolny jéj koniec zagłębia się w jamę miednicy wielkiéj, a brzeg tylny wystaje w okolicy lędźwiowéj prawéj (*in regione lumbali dextra*), w postaci płaskiéj wyniosłości. Przy obmacywaniu, guz ten nie okazuje zgoła śladów chębotania (*fluctuatio*), ugina się jednak łatwo a wywarty nań ucisk wywołuje uczucie mocnego bólu. Powłoki brzuszne po nad guzem zachowały swą prawidłową ruchomość; pomiędzy niemi a przednią powierzchnią guza można wymacać masę miękką, podłużną, ułożoną równolegle do osi ciała, w kierunku poprzecznym nieco ruchomą, a przy opukiwaniu wydającą słaby odgłos bębnowy (*colon ascendens*).

Lewa strona brzucha zapadła i niebolesna, w dolnéj części wydaje odgłos opukowy tępy.

Z pomiędzy warg sromnych wystaje guz podłużny, gruszkowatego kształtu, na 8 centymetrów długi. Powierzchnia jego nierówna, z poprzecznymi zmarszczkami, zabarwiona sino i pokryta płatkami zrogowaciałego nabłonka. W części dolnéj i tylnej guza znajduje się niewielkie, okrągławe zagłębienie, z umieszczonym pośrodku zamkniętym otworem (*orificium uteri externum*). Powierzchnią przednią guza, tworzy wynicowana ściana przednia pochwy. U podstawy zaś takowego, z obu stron, znajdują się wargi wielkie (*labia pudendi majora*).

Odszukanie wylotu cewki moczowéj, pomiędzy granicą górną guza a spojeniem łonowém, nie przedstawiało żadnéj trudności, podobnie jak i wprowadzenie węń moczociągu. Ten ostatni wprowadzony w kierunku poziomym, po przebyciu w tymże kierunku około czterech centymetrów przestrzeni, zwraca się nagle ku dołowi i zapada w worek ślepy tak, iż daléj wprowadzonym być nie może. Po wydobyciu moczociągu i ponowném wprowadzeniu takowego, z rękobjęścią zwróconą ku dołowi, koniec narzędzia znajduje inną drogę, którą postępuje ku górze i zagłębia się do ośmiu centymetrów, poczem napotyka przeszkodę którój ominąć niepodobna. Na drodze téj moczociąg nie napotyka żadnego ciała twar-

dego, a spotykane nierówności mają charakter miękkich zdwojeń błony śluzowej. Podczas całego badania, prócz kilku kropel śluzo-ropnego płynu, nie wyciekło nic z otworu moczociąga.

Rozpoznanie (*diagnosis*). Bezmocz, mocznica dusząca (*anuria, uraemia asphyctica*). Wypadnięcie macicy z przepukliną pęcherzowo-pochwową (*prolapsus uteri cum cystocelo vaginali*). Zwrodnienie, prawdopodobnie wodonercze nerki prawej; zatrzymanie moczu w moczowodzie lewym, przez zawadę mechaniczną, prawdopodobnie kamyk żółciowy (*degeneratio (hydronephrosis?) renis dextri;—retentio urinae per impedimentum mechanicum (calculum?) in uretere sinistro*).

W obec takiego rozpoznania, rokowanie (*prognosis*) było stanowczo niepomyślném; widocznie odesłano chorą do kliniki, jak to zwykle bywa, już w ostatniej chwili, wprost dla tego aby spokojnie umarła.

Odrowadzenie guza (*repositio*) do wnętrza miednicy, nie przedstawiało żadnych trudności, ale otwór sromny zewnętrzny okazał się tak przestronym, iż macica, jedynie za pomocą opaski nałożonej od zewnątrz, mogła być utrzymana w jamie miednicy.

Zalecono ogrzewanie kończyn chorąg za pomocą okładów z wody gorąg, enemy z wody ciepąg i *Mixt. oleosa cum camphora*. 22 grudnia, obniżenie ciepłoty ciała i sinica powiększyły się jeszcze, oddychanie nadzwyczaj gągłokie, powolne i przeciągłe; moczu niema. Wieczorem tegoż dnia chora umarła.

Określenie cierpienia nerek opieraliśmy na następującém rozumowaniu:

Objawy ogólne (*apathia*, tętno małe, ziębnięcie i sinica kończyn), przedstawiały taki obraz zaduszenia (*asphyxia*) jaki towarzyszy zwykle mocznicy (*uraemia*). W obec wypadnięcia macicy, łatwo było upatrywać przyczynę tego stanu, we współcierpieniu sąsiadujących z macicą części dróg moczowych, a zupełne wstrzymanie odpływu moczu, w ostatnich dniach kilku i obecność guza w podbrzuszu prawém, zdawały się potwierdzać to przypuszczenie. Wprowadzenie moczociągu, którego koniec bez przeszkody przechodził przez cewkę moczową, a następnie mógł być swobodnie poruszany w jamie pęcherza, przekonało nas, iż przeszkoda do odpływu moczu nie znajduje się w cewce i nagromadzenie się moczu w pęcherzu nie ma miejsca. Brak przeto moczu w tym wypadku nie mógł być uważany za jego zatrzymanie (*retentio urinae*), ale za właściwy bezmocz (*anuria*), którego przyczyny szukać należało w stanie moczowodów (*ureteres*) lub samych nerek.

Przy wprowadzaniu moczociągu w kierunku od przodu ku tyłowi, koniec takowego zatrzymywał się na poprzecznej miękkiej fałdzie, wystągającej w jamę pęcherza, od dolnąg i tylnąg jego ściany, w kierunku ku przodowi. Moczociąg zapadał w zagłębienie znajdujące się pod rzeczoną fałdą, przy ostrogнім jednak skierowaniu narzędzia ku górze, koniec jego prześlizgał się bez trudu przez brzeg fałdy i wstępował w przestrzeń, znajdującą się pomiędzy powierzchnią górną fałdy i dnem pęcherza. Wziąwszy pod uwagę skreślony powyżej stan pęcherza i współczesne z nim wypadnięcie macicy, oraz wynicowanie przednąg części

pochwy, przyszlśmy do wniosku, iż cały pęcherz moczowy opuścił się ku dołowi, a opisana powyżej fałda powstała w skutek pociągania trójkąta pęcherzowego (*trigonum Licutaudii*) ku przodowi i wtłoczeniu go do wnętrza pęcherza. Rozumie się, iż otwierające się po bokach tego trójkąta moczowody, uległy temuż samemu przemieszczeniu, w skutek czego powinny były uleść zagięciu i rozciągnięciu. Pod wpływem takiego rozciągnięcia i ucisku, bardzo łatwo przyjsć mogło do zupełnego zamknięcia ich światła (*occlusio*).

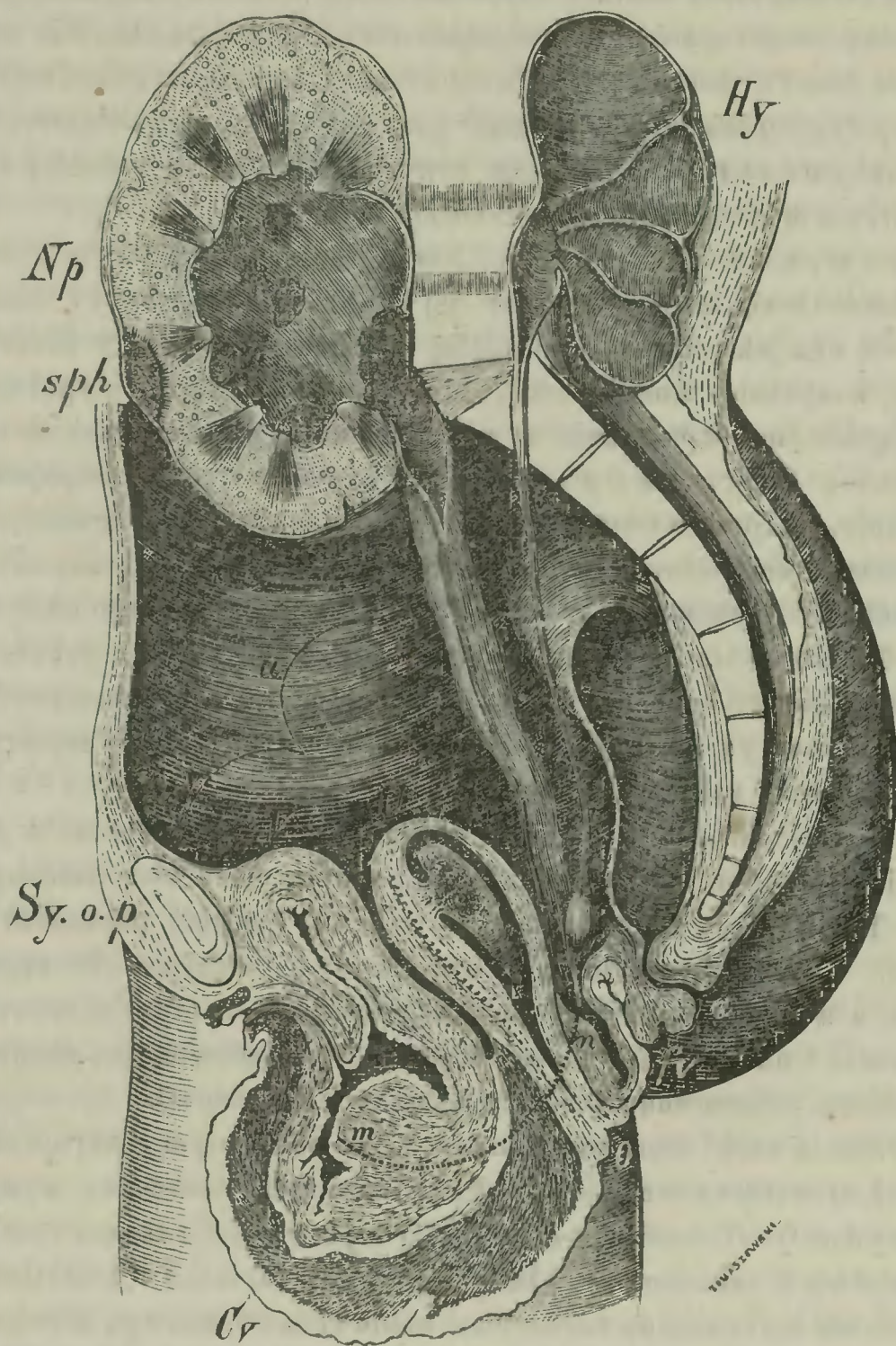
Odprowadzenie jednak macicy do jamy miedniczj nie usunęło bynajmniej bezmoczu; a zatęm zboczenie to nie mogło być uważanęm za bezpośrednie następstwo wypadnięcia macicy, ale raczej zdawało się być zależnęm od stanu nerek lub moczowodów w ich górnj części.

Zważywszy, iż w danym wypadku niepodobna odszukać przyczyny, która mogłaby spowodować jednoczesne zamknięcie obu moczowodów; że wszelkie przewlekłe sprawy chorobne w nerkach, które mogłyby spowodować nagle wstrzymanie czynności tych ostatnich, nie zajmują nigdy obu nerek w jednym stopiu, tak, iż zwykle, gdy jedna nerka zniszczeniu ulegnie, druga zwiększając się stopniowo (*hypertrophia vicaria*), zastępuje ją nakoniec w czynności; wiawszy nareszcie pod uwagę wiek i wiad starczy (*marasmas senilis*) chorj i rodzaj zboczenia macicy, dowodzący przewlekłego cierpienia narzędzi rodnych:—przyszlśmy do przekonania, iż zmiany zaszły w jednj z nerek, koniecznie należeć muszą do przewlekłych i kończyć się zupełnęm zniszczeniem mięszu narzędzia (*atrophia? hydronephrosis? carcinoma?*).

Ważna okoliczność przemawiała na korzyść tego przypuszczenia. Wspominalśmy już powyżj, że badanie zewnętrzne wykazało z n a c z n e p o w i ę k s z e n i e nerki prawj i wrażliwość tēj ostatniěj na ucisk, który wywoływał w niěj uczucie mocnego bólu; gdy tymczasem nerka lewa nie była ani powiększoną, ani bolesną. Całą więc sprawę objaśniliśmy sobie w ten sposób, że jedna z nerek nie wydzielala moczu wcale i od dawna, w skutek zwyrodnienia jēj mięszu (*hydro-vel cysto-nephrosis?*), druga zaś, aż do ostatnich czasów zdolna do pełnienia swj funkcji, utracila ją nagle, w skutek niespodzianie występującj przeszkody w moczowodzie, która wstrzymała odpływ moczu z nerki do pęcherza. O naturze tēj przeszkody, prócz ogólnych przypuszczeń, (*lithiasis?, nephropylitis?, carcinoma?*) nie można było wywnioskować nic pewnego. Moczenie krwią (*haematuria*) i ból w nerce prawj, jakie wystąpiły na kilka dni przed śmiercią, przemawiały za każdęm z powyższych przypuszczeń zarówno, a w obec braku tak drobnowidzowego jak i chemicznego badania moczu, którego ani jednj kropli nie udało nam się zebrać, ostateczne rozpoznanie natury cierpienia było zgoła niemożliwęm.

Dnia 23 grudnia, przystąpiliśmy do rozcłonkowania (*autopsia*) ciała zmarłj, które dokonanęm zostało w obecności prof. Dra N e u g e b a u r a i Dra N o w a k o w s k i e g o. W płucach znaleźliśmy ślady przewlekłego nieżyty oskrzeli (*bronchitis diffusa chronica*), rozednę płuc i obrzęk ostry (*oedema acutum*) a oprócz tego, w zrazie dolnym prawego płuca, przekrwienie opadowe (*hypostasis*). Przy rozcłonkowaniu brzucha, przedewszystkięm zbadanemi zostały w ja-

mie jego zawarte narzędzia, mianowicie zaś przyrząd moczopłciowy, we właściwym położeniu (*in situ*), następnie zaś, dla dokładniejszego zbadania stosunków topograficznych pojedynczych części, dokonaniem zostało przecięcie w kierunku



Objaśnienie rysunku: *Hy*, hydronephrosis; *Np*, Nephropylitis calculosa; *sph*, sphacelus; *Sy. o. p.* symphysis oss. pubis; *V*, vesica urinaria; *U*; uterus; *Cv*, Cystocele vaginalis; *m.....n*, linia directionis ureterum; *R*, rectum; *a*, anus; *fv*, fornix vaginae postic.; *o*, orificium uteri externum.

płaszczyzny pośrodkowej ciała, przez spojenie łonowe i środek kości krzyżowej; badanie dokonaniem zostało współcześnie na obu powierzchniach przekroju. Znalezione przez nas w narzędziach tych zmiany, które przedstawiamy graficznie w dołączonym tu półszematycznym rysunku, były następujące: Przepuklina-pęcherzo-

pochwowa (*cystocele vaginalis*); wodonercze i zamknięcie moczowodu lewego przez uwięziony w takowym kamyk nerkowy (*hydronephrosis sinistra et obliteratio ureteris sinistri per calculum renalem*); przerost zastępczy nerki prawej (*hypertrophia vicaria renis dextri*); zapalenie około nerkowe i zapalenie miedniczki z prawej strony (*nephropylitis et perinephritis dextra*); zamknięcie moczowodu prawego przez kamyk nerkowy (*occlusio ureteris dextri per calculum*). Wypadnięcie macicy (*prolapsus uteri*), mięsak przenaczyniony jej wnętrza (*sarcoma teleangiectodes cavi uteri*), zarośnięcie otworu zewnętrznego macicy i krwistek maciczny (*atresia orificii uteri externi, haematometra*).

1) P r z y r z ą d m o c z o w y: Nerka lewa dolnym swym końcem sięga grzebienia kości bezimiennój; wymiar jej podłużny wynosi 11 centymetrów. Przedstawia się ona jako torba zamknięta, podzielona na cztery wielkie komory i jedną małą, wszystkie mniej więcej klinowatego kształtu, wypełnione cieczą wodnistą i łączące się bezpośrednio z miedniczką za pomocą wązkich otworków. Tak ściany samej torby, jak i przegrody oddzielające od siebie pojedyncze komory są gładkie, półprzezroczyste, bezbarwne, od jednego do trzech milimetrów grube i nie okazujące żadnych śladów tkanki nerkowej. Miedniczka lewa lejkowata, przechodzi w cienki, powrózkowaty moczowód, którego długość wynosi 20 centim. Nie dochodząc do części bocznej szyjki macicy, dokoła której się okręca, w odległości 13 centim. od jej otworu zewnętrznego, moczowód ten zawiera w sobie kamyk nerkowy wielkości grochu, całkowicie zapierający jego światło, na przekroju zabarwiony ciemno-brunatno.

Nerka prawa, swą jedną trzecią częścią dolną zagłębia się w jamę miednicy wielkiej, przednią jej powierzchnia pokryta okrężnicą wstępującą (*colon ascendens*). Podłużny wymiar nerki wynosi 15 centim., poprzeczny zaś od 8 do 10 centim. Tkanka tłuszczowa, narzędzie to otaczająca, w stanie silnego przekrwienia, a w okolicy samej miedniczki przesiąknięta płynem ropnym. Zmiany te przechodzą i na najbliższej leżące narządzie, a mianowicie na okrężnicę wstępującą i najniższą, poprzeczną część dwunastnicy (*duodenum*).

Powierzchnia nerki nierówna, guzowata, na podłużnym rozkroju znajdujemy obszerną jamę, utworzoną z miedniczki i rozszerzonych kielichów, wymiar podłużny której wynosi 5—7 centim. Z jamy tej wylewa się znaczna ilość płynu ropnego. Warstwa tkanki nerkowej jamę tę otaczająca, ma 3—4 centim. grubości. Warstwa korowa nerki mocno rozwinięta, blado-różowej barwy, krucha i miękka, usiana jest licznymi żółtawymi plamkami i drobnymi ropniami, wielkości ziarnka prosa. Pośrodku przedniej i zewnętrznej powierzchni, tuż pod torebką nerkową znajduje się okrągławy ropień, półtora centimetra w średnicy mający, wypełniony brudno-szarawą posoką. Ściany tego ropnia nierówne i postrzępione, otaczająca tkanka nerkowa w stanie mocnego przekrwienia (*sphacelus*). Substancja rdzeniowa, na pograniczu z korową mocno przekrwiona, na przekroju piramid, tu i owdzie żółtawe plamki, podobnie jak w warstwie korowej.

Błona śluzowa miedniczki, na jeden do dwóch milimetrów gruba, przedstawia się w części rozpulchnioną, w części zaś przekrwioną, lub zabarwioną szarzielonawo. W kielichach kilka małych kamyków, jeden zaś znacznie większy,

bo równający się wielkością laskowemu orzechowi, znajduje się u wejścia do moczowodu, który szczelnie zamyka. Kamyeczki te, rozebrane chemicznie, okazały się być złożonemi przeważnie z fosforanów ziemnych. Wszystkie one wrosły w błonę śluzową, a największy z nich okazuje się mocno obciśniętym ściankami moczowodu. Po jego oddaleniu, pozostało powierzchowne obnażenie błony śluzowej, z mocno przekrwionemi brzegami. Kamyki są nierówne, z powierzchnią chropowatą i szorstką, są dość miękkie i zabarwione na ciemno-zielono.

Pęcherz moczowy próżny i ściągnięty, większą swą częścią mieści się w woreczku utworzonym przez wypadłą ściankę przednią pochwy. Dolna i tylna część pęcherza, wystaje do jego jamy w postaci zaokrąglonej poprzecznej fałdy. W skutek tego światło pęcherza dzieli się na trzy części: przednio-górną równoległą do płaszczyzny spojenia łonowego i kierunku macicy; dolno-tylną skierowaną ku szyjce macicy i nakoniec przednio-dolną, rozgałęziającą się w przednim odcinku guza, od wolnej powierzchni którego odległą jest zaledwie na półtora do dwóch centim. W tej to przednio-dolnej przestrzeni, znajdują się fałdy boczne trójkąta Lieutauda z wylotami moczowodów, które leżą około 15 milim. poniżej otworu wewnętrznego cewki moczowej. Zresztą cała błona śluzowa pęcherza tworzy liczne fałdy, warstwa mięśniowa blada, otrzewna pokrywająca pęcherz gładka i bez zrostów. Cewka moczowa skrzywiona, zwraca się wypukłością ku górze i do tyłu, jej błona śluzowa gładka, blado-różowej barwy.

2) Części płciowe zewnętrzne. Wargi większe rozciągnięte i zcieńczone, wargi mniejsze skurczone do wielkości małych fałdek. Pokrywająca takowe błona śluzowa, podobnie jak i w okolicy lechtaczki (*clitoris*), gładka, sucha, sino-czerwonej barwy.

Ściana przednia pochwy wycięwana, tworzy rodzaj worka, którego ściany na rozkroju mają od 1½ do 3 centymetrów grubości. Błona śluzowa tworzy liczne zmarszczki poprzeczne, a jej warstwa zwierzchnia, nie licząc nabłonka który odłuszcza się grubemi płatkami i przedstawia się wszędzie mniej lub więcej zrogowaciałym, posiada 3 do 5 milimetrów grubości; na dolnej zaś i tylnej powierzchni guza, nawet do ośmiu. Warstwa podśluzowa zgrubiała i zabarwiona ciemno-czerwono; grubość jej w części przedniej wynosi od 0,5 do 1 centymetrów, w tylnej zaś i dolnej 1,5 do 2 centim. Warstwę tę zbitęj tkanki, obejmującą dolną część pęcherza moczowego, oddziela od tego ostatniego pokład luźny tkanki łącznej, gruby na 2—3 mm.

Ściana tylna pochwy w małej tylko części wystąpiła na zewnątrz, tworząc rodzaj wałka, na 1,5 centim. grubego, który odpowiada sklepieniu pochwy tylnemu. Pozostała część tej ściany, zagięta ku górze, mieści się w jamie miednicznej, pomiędzy ciałem macicy a odbytnicą. Błona śluzowa zgrubiała, tak jak i na ścianie przedniej, w części tylko zagiętej, warstwa nabłonkowa pozostała wilgotną i wolną od zrogowacenia. Międzykrocze silnie odepchnięte ku tyłowi, fałdki dokoła odbytu (*anus*) przekrwione, a żyły mocno wypełnione krwią.

3) Macica posiada 8 centymetrów długości, jest lekko zgiętą, a dno jej zwrócone ku przodowi. Ciało jej dość duże, ściana przednia 15 mm. gruba,

grubość zaś tylniej tylko 10 mm. wynosi; przeciwnie za to dno i ściana tylnogórna ścięzione do 3—4 mm. Grubość tak przedniej jak i tylniej ścianki szyjki macicy, wynosi 4—5 mm. na rozkroju. Jama macicy powiększona i wypełniona warstwą grzybkowatą, o budowie gąbczastej, obficie w krew zaopatrzoną. Narośl ta wyrasta z przedniej ścianki macicy, z którą łączy się za pośrednictwem krótkiej szypuły, grubiej na 8 milim. Powierzchnia guza jest gładką i zabarwioną na sino-czerwono, na powierzchni rozkroju, z przeciętych licznych naczyń krwionośnych krew obficie się sączy. Prócz tego cały guz dookoła oblany jest krwią, wypełniającą jamę macicy i jej szyjki. W dolnej swjej części jama macicy ulega znacznemu zwężeniu, kanał zaś szyjki macicy, w odległości czterech milimetrów od otworu ust macicznych, okazuje się zamkniętym w skutek zrośnięcia się ze sobą ścian tego kanału, w części pochwowój. W skutek tego usta maciczne przedstawiają się jako niewielkie, ślepo kończące się zagłębienie, z gładkimi brzegami. Cała błona śluzowa jamy macicy przekrwiona; część mięśniowa wiotka i podatna, powłoka surowicza na części przedniej gładka i bez zrostów. Na powierzchni tylniej macicy dostrzegamy delikatne brodaweczki i strzępki nitkowate z tkanki łącznej, najgęściej usiane w okolicy fałdy D o u g l a s'a (*plica Douglassi*) a także w niektórych miejscach na tylniej powierzchni więzów szerokich.

Jajowody zachowują kierunek prostoliniowy, długość każdego z nich wynosi 10—11 centim.

Jajniki dość twarde, na powierzchni pokryte bliznami, powierzchnia przekroju zabarwiona ciemno-czerwono. Jajnik prawy na 2,5 centim. długi, długość lewego wynosi 4 centim.

Więzy szerokie i obłe rozciągnięte, ścięzione, bez zrostów.

Otrzewna w ogólności odznacza się swą wiotkością i rozciągliwością, przestrzenie okołomacicze są bardzo głębokie. Zagłębienie pęcherzomacicze (*excavatio vesico uterina*) 6 centimetrów długie; zagłębienie odbytniczo-pochwowe (*excavatio recto vaginalis*) znajduje się na zewnątrz miednicy, w tylnym odcinku guza, tak, iż otrzewna znajduje się w odległości jednego centimetra od granicy zewnętrznej guza. Powierzchnia błony surowiczej tu i owdzie pomarszczona, w dole po za macicznym jak gdyby aksamitna, z przyczyny obecności nowotworu strzępkowatego, jednakże jest ona wolną od wszelkich zrostów i zmian powodowanych stanami zapalnymi.

Badanie drobnowidzowe narośli znalezionej w jamie macicy, wykazuje obecność w niej tkanki komórkowej gąbczastej i posiadającej wielką obfitość naczyń krwionośnych. Krokiewki (*trabeculae*) składają się przeważnie z komórek wrzecionowatych, z wielkimi owalnymi jądrami. Przerwy pomiędzy krokiewkami, wypełnione obszernymi naczyniami krwionośnymi, zawierającymi krew; tkanka w okolicy szypuły nowotworu, wyglądem swym zbliża się bardzo do budowy tkanki jamistej:—mięsak przenaczyniony (*sarcoma teleangiectodes*).

E p i c r i s i s.

Wodonercze (*hydronephrosis*) z lewej strony, wraz z zarośnięciem (*obliteratio*) moczowodu lewego, przedstawiają się jako sprawa chorobna od

dawna już wygasła. Prawdopodobnie, zmiany chorobne jakie w nerce lewej znajdujemy, skutecznily się już w wieku zupełnej dojrzałości chorój; za dowód tego służyć może wielkość i kształt guza, odpowiadające zupełnie rozmiarom prawidłowo rozwiniętej nerki. Przeciąg lat piętnastu, jaki upłynął od pierwszego wypadnięcia macicy aż do obecnej chwili, można uważać za zupełnie dostateczny do całkowitego ukończenia zaniku odśrodkowego substancji nerkowej, w skutek zatrzymania moczu. Kamyk nerkowy uwięziony niedaleko ujścia moczowodu do pęcherza i zanik tegoż moczowodu, jest dowodem anatomicznym, że zwyrodnienie nerki powstało w samej rzeczy w następstwie zatrzymania odpływu moczu z nerki do pęcherza. Zasługuje na uwagę, że w anamnezie nie znajdujemy żadnych wskazówek, które pozwalałyby przypuścić istnienie dawnego cierpienia nerki lewej. Tak ważne zatem zboczenie patologiczne, jak zupełny zanik jednej nerki, przyszło do skutku bez żadnych wybitnych objawów, które zwróciłyby uwagę chorój na obecność cierpienia. Następstwem zaniku nerki lewej był przerost zastępczy prawej, która uległa powiększeniu do rozmiarów dwa razy przenoszących prawidłowe. Czy nizkie umieszczenie nerek było pierwotnym, stanowczo orzec niepodobna; wypada raczej przypuścić, iż narządza te uległy następczemu obniżeniu, w skutek długotrwałego naciągnięcia moczowodów, spowodowanego wypadnięciem macicy i opuszczeniem się pęcherza moczowego. Powstawanie kamieni nerkowych przed niedawnym czasem stało się przyczyną cierpienia nerki prawej, w podobny sposób jak przed kilku laty spowodowało zwyrodnienie lewej nerki. Nowy ten wybuch cierpienia tém różni się od pierwszego, iż sprawa chorobna w nerce prawej przybrała charakter gwałtowny i niszczący, czego dowodzi zropienie miedniczki, zapalenie ogniskowe mięszu samej nerki i nareszcie zapalenie ropne otaczającej nerkę torebki tłuszczowej i przyległych oddziałów przewodu kiszkiowego.

Taki stan nerek objaśnia nam dostatecznie spostrzeżone za życia objawy mocznicy (*uraemia*), które w obec zupełnego braku moczu, dały nam powód do wypowiedzenia najsmutniejszego rokowania. Nie ulega wątpliwości, iż w tym razie za pierwotną przyczynę groźnego cierpienia, nie tyle uważanym być powinno powstawanie kamieni nerkowych, ile zboczenie w położeniu organów miednicy małej. Wypadnięcie przedniej ścianki pochwy i pęcherza moczowego, już samo przez się dostarcza warunków mechanicznych do zgubnego cierpienia nerek. Co się tyczy etiologii tego przemieszczenia, przedewszystkiem zwrócić należy uwagę na następujące dane: *a*) przebyte porody, *b*) wiotkość tkanek w całym ustroju, *c*) wåtłość i rozciągliwość otrzewnej powlekającej narządza miednicze, *d*) nowotwór w macicy i nakoniec *e*) nagromadzenie się krwi w tej ostatniej w skutek zarośnięcia jej otworu zewnętrznego. Do wymienionych powyżej momentów, prawdopodobnie przyłączyły się jeszcze uparte i długotrwałe zaparcie stolców (*stypsis*), jak to przynajmniej można wnosić ze stanu kiszki prostej i odbytu.

Oczewistą jest rzeczą, iż pomienione zboczenie rozwijało się już od bardzo dawna. Dowodzi tego już sam brak świeżych uszkodzeń otrzewnej, wysięków zapalnych lub jakichkolwiek tym podobnych zmian, towarzyszących stale

nagłemu wypadnięciu macicy. Przerost strzępiasty powłoki surowiczéj w jamie po zamacicznój, nie stanowiłby żadnój przeszkody przy odprowadzeniu (*repositio*) macicy, gdyby rękoczyn ten przedsięwzięto we właściwej ku temu porze, to jest wkrótce po porodzie, gdy wypadnięcie było jeszcze świeżém.

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

Zasady leczenia krupowego zapalenia płuc.

Przez prof. J ü r g e n s e n z Wiednia.

Podał w streszczeniu Dr Stockmann.

(Dokończenie *).

W obec dzisiejszego stanu nauki, leczenie uprzednie (*prophylaxis*) osłabienia serca ograniczać się musi na zwalczaniu gorączki. Przy tyfusie powiadamy: „*sine thermometro nulla therapia*”, gdyż w tym razie najlepszą wskazówką postępowania lekarskiego jest wysokość ciepłoty ciała chorego, przy krupowém zapaleniu płuc dewizą lekarza będzie: „*sine pulsu nulla therapia*.”

Dokładne ocenienie zmian tętna nie jest rzeczą zbyt łatwą i wymaga pewnej wprawy, którą tylko lekarz posiadać może. Sphygmograf jest nieocenionym instrumentem przy obserwowaniu tętna, ale możliwém jest jego zastosowanie li tylko w klinice. Jeżeli tętno czemkolwiek dowodzi, że sercu nie nie zagraża, nie potrzebujemy się obawiać o chorego, chociażby ciepłota jego ciała przewyższała nawet 40° C. W niektórych znowu razach niezbyt wysoka ciepłota w obec wątpliwego stanu serca wymaga energicznego postępowania ze strony lekarza.

Najodpowiedniejszą, wedle autora, metodą zwalczania gorączki jest zastosowanie zimnych kąpiel. W pierwszej chwili, gdy chorego pomieszczono w zimnej kąpiel, naczynia skórne się kurczą, krew bardziej jeszcze wypełnia przyrządy wewnętrzne, a więc i serce, ciepłota chwilowo się wznosi. Są to czynniki zdolne wywołać zupełne porażenie serca. mimo to autor doświadczalnie przekonał się, że wątpliwość w tym względzie praktycznie nie jest usprawiedliwioną. Nie zaprzecza bynajmniej, że mogą być wypadki, w których podczas kąpeli następuje zupełny upadek sił i to bezpośrednio skutkiem samej kąpeli. Można jednakże uniknąć podobnego zejścia, jeżeli zachowamy tę ostrożność, iż przygotujemy serce do chwilowo zwiększonéj pracy, co jest rzeczą dość łatwą zresztą. Kąpiel wtedy tylko stanie się szkodliwą bezwarunkowo, jeżeli ją zastosujemy u chorych, u których porażenie serca jest i tak nieuniknioném, t. j. u prawie już konających.

Miarą odciągnięcia ciepła służy dla autora zasada, że зниżenie ciepłoty powinno mieć znaczenie leczenia uprzedniego dla serca, którego najniebezpieczniejszym wrogiem jest gorączka.

U osób silnych, w wypadkach zapalenia ze średniém natężeniem, bez powikłań. zaleca autor postępowanie zupełnie też same, co przy leczeniu tyfusu. Wiele tylko razy ciepłota w kiszce prostéj dosięgnie 40°, należy dać kąpiel ze zwyczajnéj wody studziennéj. Czas trwania kąpeli zależy od jéj działania i może wynosić od 7—25 minut. Zależy to od wielkości ciała, grubości pokładu tłuszczowego, natężenia gorączki, ciepłoty samej kąpeli i t. d. Należy jednakże przy pneumonii uwzględnić inne jeszcze warunki. Zdarza się często u osób starych, osłabionych lub bardzo otyłych, że ciepłota rzadko dosięga 40°, ale waha się pomiędzy 38,5° i 39,5°. Wypadki tego rodzaju wymagają szczególniejszego starania. W podobnych razach autor radzi pilnować się peryodycznych wahań ciepłoty, następujących w ciągu 24 godzin. Stosuje letnie kąpiele (20—24° R.) w godzinach rannych (4—7 godz. rano) i to trwające 20—30 minut. Tego rodzaju kąpiele zniżają ciepłotę ciała na czas dość długi. Popiera ich działanie podana jednocześnie dawka chininy. Po zniżeniu ciepłoty serce może przez czas jakiś wypocząć.

*) Patrz Nr 5 Gaz. Lek.

Podobne postępowanie nie wyklucza bynajmniej kąpieli w innej porze dnia. U małych dzieci zamiast kąpieli może być stosować zimne obwijania. Należy wtedy zawijać całe ciało w wilgotne prześcieradło. W ogóle jednakże przy podobnym postępowaniu ciepłota ciała nie ulega znacznemu obniżeniu. Są jednak i takie zapalenia płuc, przy których tylko najenergiczniejsze postępowanie może uratować chorego. Odciąganie ciepła należy powtarzać wtedy raz za razem, gdyż choremu zagraża śmierć nieochybna, jeżeli nie przelamiemy natężenia gorączki. Autor na własnej swej córeczce przekonał się o skuteczności podobnego postępowania. Ciepłota ciągle przewyższała 41° C. i wznosiła się prawie natychmiastowo po przerwaniu kąpieli zimnej (16° C.); wtedy niżono ciepłotę kąpieli na $5-6^{\circ}$ i pozostawiano w niej chorą przez 10 minut. Ostatecznie dziecko wyzdrowiało, a przy żadnej z kąpieli nie występowały objawy porażenia.

Autor wielokrotnie sprawdził skuteczność tej metody, zaleca jednakże stanowczo, aby nie dawać nigdy zimnej kąpieli nie podawszy przed nią i zaraz po niej środka pobudzającego, którego siłę należy zmieniać odnośnie do ciepłoty i czasu trwania kąpieli. Pobudzenie czynności serca w tym razie jest rzeczą konieczną, jeżeli uniknąć chcemy zupełnego upadku. Sądzi także, że przy podobnej metodzie prędzej następuje ujednostajnienie ciepłoty całego ciała.

W wypadkach średniego natężenia podawać radzi przed i po kąpieli 1—2 łyżek czerwonego wina. Jeżeli jednak najmniejszy objaw zdradza upadek siły sercowej, daje zamiast wina czerwonego portwein, maderę, albo też wino szampańskie. Przy zimnych zupełnie kąpieli dawkę powiększa do 3 łyżek stołowych i to wina mocnego. U dzieci rozumie się znacznie mniej ($\frac{1}{3}$); w ciężkich jednakże wypadkach daje dzieciom stosunkowo więcej aniżeli dorosłym. Nie ma zresztą w tych razach stałego prawidła, stan tętna rozstrzyga tu ostatecznie.

Ktokolwiek, są słowa autora, chce bez smutnych następstw poddawać w podobnych wypadkach chorych zimnej kąpieli, ten nie powinien postępować trwożliwie z podawaniem środków pobudzających. Podobnie postępować wypada nawet wtedy, gdy dajemy kąpiele cieplejsze. W wypadkach tego rodzaju serce i tak już jest osłabionem, mniej zdolnem do pracy, a zawsze przewidzieć można dłuższy przebieg samej choroby. Byłoby błędem uciekać się od razu do silnie pobudzających środków, konieczność tylko skłonić może do zastosowania zupełnie zimnych kąpieli. Trochę doświadczenia wystarczy, aby należycie ocenić w danym wypadku, jakie kąpiele i jakie środki pobudzające zastosować wypada.

Oprócz zmniejszenia ciepłoty za pomocą chłodnych kąpieli, autor używać radzi chininę, która jest nieocenioną z tego względu, że niża ciepłotę ciała, nieuszkadzając bynajmniej czynności samego serca. Emetyk i weratryna osłabiają czynność serca i dlatego łatwo mogą wywołać zupełny upadek siły sercowej. Naparstnica potrzebuje dłuższego czasu zanim działanie jej wystąpić może. Niepodobna zatem za pomocą tego środka od razu w danej chwili wpłynąć na serce. Osoby silne znoszą działanie powyższych środków, które mogą wpłynąć zbawiennie na przebieg choroby, niżając ciepłotę ciała. Wpływ przeciwożarączkowy upustu krwi jest niepewny i nieznaczny. W znaczeniu więc przeciwożarączkowym nigdy nie należy używać wenesekcyi.

Chinina stosownie użyta niża na 12 godzin ciepłotę. W 5—7 godzin po zażyciu środka zjawia się minimum ciepłoty, która zmniejsza się o $1,5-2,5^{\circ}$ aniżeli była przedtem. Sposób dawania środka wiele wpływa na rezultat, mający być tym sposobem osiągnięty. Dla osób dorosłych przy średnim natężeniu zapalenia autor zwykle przypisuje: *Rp. Chinin. sulphurici* 2 gramm (32 grana), *Acid. hydrochloric. q. s. ad solution. cum Aq. destil.* 10 gram. (unc. jj i scr. jj). *D. S.* Wziąć na raz, około godziny 6 wieczorem. Dzieciom do piątego roku dawać należy po 10 centigrammów, po pięciu latach pół do 1 gramma. Dawki te można jeszcze bez szkody powiększać w razie potrzeby. Osobom dorosłym dawano po 5 grammów a dziecku jednorocznemu po 1 grammie na raz, w wypadkach cięższych. Metodę powyższą autor wielokrotnie stosował z najlepszym pożytkiem. W każdym jednak razie ostrzega autor, aby w razie wysokiego natężenia gorączki, gdy ciepłota dochodzi stale 41° i na czas krótki się niża, nie dawać raz za razem dawki 5-grammowej. Do podobnego postępowania wtedy tylko mamy prawo, gdy działanie kąpieli chłodnych szybko minęło, a mniejsze dawki chininy nie przynoszą pożądanego skutku.

I w tych jeszcze razach wystarcza 3—4 grammów. Nie widział autor przytęm szkodliwego wpływu na serce. Niżenie ciepłoty zwalnia tętno, które jednakże pozostaje pełnem i silnem, a nawet poprawia się widocznie. Duże dawki chininy nie sprowadzają przykrzejszych objawów subiektywnych od dawek niewielkich. Niekiedy zaraz po przyjęciu

chininy następują wymioty. Jeżeli coś podobnego następuje w pół godziny do trzech kwadransy po przyjęciu środka, dawki nie trzeba powtarzać, gdyż chinina szybko zostaje wessaną w żołądku. W razach jednak nie cierpiących zwłoki, nie należy się wahać z powtórzeniem dawki. Często jednak wymioty następują w kilka minut po zażyciu chininy. Możemy temu zapobiedz sadzając chorego i pochylając ku przodowi, przyczem chory winien otworzyć usta, aby wydzielająca się bardzo obficie ślina swobodnie odpłynąć mogła. Niekiedy stanowczo zapobiegają wymiotom małe kawałeczki lodu polykane przez chorego. Jeżeli mimo wszelkich ostrożności wymioty nastąpią, autor radzi w kwadrans lub najdalej w pół godziny podać drugą dawkę, a nawet trzecią z kolei. W razie niemożebności użycia chininy przez usta, uciekamy się do lawatyw. Chłonicie w kiszce grubiej następuje równie szybko jak w żołądku. Roztwór używany do lawatywy nie powinien silnie być zakwaszonym i zawierać 3—4 razy więcej wody, aniżeli roztwór przeznaczony do przyjmowania przez usta. Silnie zakwaszony roztwór drażni kiszki i wywołuje szybkie wypróżnienie. W razie czułości zbytniej błony śluzowej kiszki, dajemy lawatywę z roztworu klejkiego z dodatkiem kilku kropel nalewki makowca. Pomiedzy jedną i drugą dawką chininy powinno ubiedz 48 godzin, czyli, że należy podawać środek co drugi dzień. Silne dawki już w ciągu 24 godzin zniżają ciepłotę, nigdy jednakże tak wyraźnie, jak po upływie dłuższego czasu.

Jeżeli przez czas dłuższy podajemy choremu duże dawki siarczanu chininy w proszku, nie zalecając przytém użycia kwaskowatej lemoniady, wtedy działanie nie występuje czasami, a częściej zjawiają się objawy dyspepsy. Dzieje się to jeszcze częściej, jeżeli podajemy alkaloid pod formą pigulek. Wstrzykiwanie podskórne z chininy autor zarzucił z tego powodu, że często wywołuje zapalenie i wytwarzanie ropnia.

Przepisanie diety dla chorych zależy od tego, jakie stanowisko zajmuje lekarz w obec kwestyi, czy chorym gorączkowym można pozwalać na jedzenie. Autor potępia w zupełności twierdzenie, jakoby podanie posiłku chorym miało zwiększać stopień ciepłoty ich ciała, gdyż nie zostało jeszcze przez nikogo dowiedzionem. Substancje pożywne chronią organizm od wielkich strat, i wynagradzają straty już poniesione. Gdyby w samej rzeczy ciepłota znacznie się podwyższała, skutkiem utleniania się w organizmie substancji pożywnych, to mamy przecie środek zniżenia jej za pomocą chłodnej kąpieli. Stwierdzono jednakże, że chorzy gorączkujący, którym dawano posiłek, daleko prędzej przychodzą do siebie, aniżeli chorzy głodzeni.

Najważniejszém będzie oznaczenie, co dawać należy za posiłek chorym. Utrzymując ciepłotę na niższym stopniu, możemy także spodziewać się ze strony żołądka energiczniejszej pracy, kilkakrotnie dziennie powtórzone wymycie ust i zębów, usuwa zupełny brak apetytu u chorych gorączkujących. Radzi także autor dosyć silnie solić potrawy, gdyż sól już sama przez się pobudza apetyt. Daje zatém nieco mięsa lekko upieczonego z bulką, radząc to powtarzać 3 do 4 razy dziennie, w godzinę po kąpieli. W wypadkach cięższych zaleca dawać chorym dwa razy dziennie bulion z jajkami, a oprócz tego pewną ilość mleka. Przy dyspepsy należy rozcieńczać mleko pół napół z wodą i dodawać nieco soli.

Za konieczny warunek stawia autor, aby chorym stosownie do wieku i przyzwyczajenia podawać codziennie odpowiednią ilość wina Bordeaux. Dorosłym daje pół do 1 butelki dziennie. Głównie należy dawać wino przed i po kąpieli, a oprócz tego w ciągu dnia z wodą jako napój. Niekiedy dozwolonem jest podawanie dobrego piwa. Nie ulega żadnej wątpliwości, że napoje alkoholowe zniżają ciepłotę ciała i chronią tkanki ob zbytecznego zużycia. Wszelkie dawniejsze poglądy przeciwne zostały usunięte przez dokładne i ważne spostrzenia B o u v i e r'a i B i n z'a.

Ważném także zadaniem dla lekarza jest usunięcie bólu i bezsenności trapiących chorego. Silny ból, długotrwały, wyczerpuje siły chorego, a przytém ogranicza znacznie sprawę oddechania. Najlepiej działają w tym razie podskórne zastrzykiwania morfiny. Dawka wystarczająca będzie 1—1 i pół centigramma. Z tego samego punktu zpatruje się autor na dokuczliwy kaszel. Gdy bóle są bardzo znaczne, chorego zwykle trapi i bezsenność, w tym razie wskazania postępowania będą zupełnie zgodne. Należy koniecznie wywołać sen, bezsenności nie wolno cierpieć u pneumoników. Niekiedy bezsenność znika już przy użyciu środków przeciwgorączkowych. Gdy to nie pomaga należy podawać środki nasenne w dawkach, które koniecznie sen wywołać muszą. U dzieci zawsze wystarczają w tym celu środki przeciwgorączkowe, co jest rzeczą bardzo pomyślną. Niekiedy całe usiłowanie terapii skierowanem być musi do wywołania snu. Mówimy tutaj o wypadkach, w których absolutna bezsenność jest połączoną z bredzeniem i przypadłościami maniakal-

nemi. I tutaj czasami wystarcza pewna dawka chininy. Szczególniej można to powiedzieć o zapaleniach u pijaków, u których bredzenie jest prawie zwykłym objawem, mimo to, że nie mamy do czynienia z prawdziwym opilezym obłędem. Niekiedy towarzyszy pneumonii u pijaków istotny obłęd opilecy. W każdym razie drgawki i kurcze mięśniowe bardziej jeszcze osłabiają czynność sercową. Tętno maleje coraz bardziej i stan staje się bardzo groźnym. Jedynym wtedy środkiem jest sprowadzenie snu. Autor używa zwykle w tych razach woda chloralu po 5—8 grammów na raz, mniejsze dawki zwykle zawodzą. Nigdy przytém nie należy zapomnieć podać chorym przedtém lub nieco później roztworu odpowiedniego kwasu solnego, aby tym sposobem zapobiegnać rozkładowi w żołądku woda chloralu. Oprócz tego nie należy zaniedbywać środków pobudzających. Przy ich użyciu, możemy śmiało uciekać się do wielkich dawek środków nasennych bez obawy o niemile dla chorego następstwa.

Jeżeli osłabienie serca już nastąpiło, pamiętać wypada, że tém łatwiej je usunąć, im wcześniej je zauważymy i podamy środek zaradczy. Osłabienie siły sercowej pociąga za sobą zwolnienia krążenia, a w następstwie wadliwe odżywianie wszystkich przyrządów ciała. Im to trwa dłużej, tém głębsze następują zmiany i trudno je w następstwie usunąć, mimo to, że udało się już wrócić sercu do normalnej czynności. Największe straty ponoszą przyrządy, które najwięcej krwi zużywają. Do nich należy serce i mięśnie oddechowe. Na tę okoliczność autor kładzie wielki nacisk i zwraca baczna uwagę na najlżejszy objaw zwiastujący osłabienie serca. Baczność podobna jest konieczną, jeżeli lekarz chce się cieszyć dobrym rezultatem swego leczenia. Oprócz jakości tętna, wypada pilnie zwracać uwagę na stosunek jego częstości do liczby oddechów, oraz na występującą sinicę. Ciepłota bynajmniej nie wskazuje poczynającego się upadku sił. Wskazania jęj odnoszą się więcęj do szerzenia się samego procesu miejscowego. Najlżejszy objaw niepomyślny powinien zachęcić lekarza do energicznego postępowania, zwłaszcza jeżeli ma do czynienia z osobami słabego usposobienia.

Silne zajęcie płuc sprawą zapalną przeciąża pracą przedewszystkiem prawą komórkę sercową, w zakresie tęż jęj działalności występują zaburzenia bardzo wyraźne. Zmniejszona praca prawej komórki pociąga za sobą zastój w obiegu płucnym i opróżnienie lewej komórki; w wyższym stopniu zaburzeń, z powodu trudności wstępowania krwi żylnęj do prawej komórki i zmniejszonej *vis a tergo cordis*, następuje zastój w żyłach wielkiego obiegu. Skoro osłabienie serca dojdzie do pewnej granicy, następuje obrzęk ostry płuc, występujący zawsze w wypadkach z zejściem letalnym. Wspominany często przez autorów obrzęk mózgu jest w praktyce nadzwyczaj rzadkim. Objawy odnoszone do obrzęku mózgu mogą być przypisane ciągłej gorączce i niedostatecznej wymianie gazów krwi. Coś podobnego widzieć możemy przy wszystkich ciężkich stanach gorączkowych. Opróżnienie lewej komórki sercowej w każdy razie pociąga za sobą ważne następstwa szkodliwe dla organizmu, gdyż upośledza odżywianie samego serca i mięśniów oddechowych, przez co zmniejsza ich zdolność pracy. Słuszniej więc będzie przypisywać śmiertelne zejście zapalenia nie tyle obrzękowi płuc, jak raczej wyczerpaniu siły serca.

Podobne pojmowanie stanu rzeczy nie jest prosta zmiany nazwy. Skoro mówimy o obrzęku płuc, wyobrażamy sobie, że płyn wypełniający pęcherzyki płucne przeszkadza wymianie gazów, a śmierć następuje skutkiem nagromadzenia się we krwi kwasu węglanego. Nie przeczymy bynajmniej, że płyn w pęcherzykach płucnych nagromadzony utrudnia wymianę gazów, zwracamy jednakże uwagę na tę okoliczność, że już przed wystąpieniem obrzęku, który następuje przy zwolnieniu krążenia skutkiem osłabionej czynności serca, we wszystkich tkankach wymiana materji odbywa się opieszale i że produkta utlenienia w znacznej ilości pozostają na miejscu swego powstania. Przyczyna więc śmierci nie polega bynajmniej na prostém następstwie obrzęku. Istotną jęj przyczyną w ostatniej instancji jest zawsze upośledzona czynność serca. Autor zaprzecza stanowczo teoryi Niemeyera, jakoby obrzęk płuc występował jako następstwo obocznego przekrwienia; tym sposobem jest przeciwnikiem sposobu leczenia, które nie usiłuje podnieść czynności serca, w tęż myśli, że tym sposobem zwiększy jeszcze występowanie płynu do pęcherzyków płucnych.

Jakkolwiek teoretycznie nie zarzucić nie można powyższemu zapatrywaniu się, to jednakże praktycznie przekonywamy się, że tym sposobem nadzwyczaj rzadko przyjść może do obrzęku. A jeżeli się zdarzy, wtedy przypuścić wypada oprócz zmienionych warunków fizycznych, jeszcze pewne fizyologiczne właściwości, jak np. zmniejszenie odporności naczyn, co szczególniej ma miejsce u osób skłonnych do suchot i u nałogowych pijaków. Gdyby wa-

runki mechaniczne, uwzględniane przez N i e m e y e r'a, odgrywały główną rolę przy powstawaniu obrzęku, to zapewne częściej byśmy się z nim spotykali. Skoro mamy do czynienia z biernym obrzękiem, zależnym od chwilowej niemożności wypełnienia pracy przez prawą komórkę, wtedy należy uciec się do wenesekcyi, która pomniejszając ilość krwi, zmniejsza pracę sercową i wywołuje wessanie przesieków. Zwykle jednakże już po 24 godzinach dawny stan wraca. Powtarzamy wenesekcyę—nowa ulga następuje. Jeżeli jednakże wkrótce potem nie nastąpi przełamanie (*crisis*), chory po dwu lub trzykrotniej wenesekcyi, umiera niezawodnie. Przystępując do pierwszej wenesekcyi pamiętać należy, że postępujemy tak, a nie inaczej, li tylko dla wygrania na czasie i doczekania się naturalnego przełomu choroby.

Zupełnie inaczej w tym razie działa środek podbudzający, który zniewala serce do większej czynności, a jednocześnie umiarkowuje ją. Każde silniejsze uderzenie serca, wypełniając obficie lewą komórkę, doprowadza do niej więcej tlenu, usuwa produkta utlenione, przez co podnosi odżywianie samego serca. Ogólna masa krwi nie uległa zmianie, potrzeba tylko chwilowego natężenia pracy, aby przebyć chwilę krytyczną. Środek podbudzający dostarcza sercu tlenu, bez którego praca mięśniowa staje się niemożliwą. Uduje się przez śmiałe podanie środka podbudzającego utrzymać gasnące już życie w ciągu 3—4 dni, mimo wyraźnego już porażenia czynności sercowej. Zwykle chorych przez czas dłuższy utrzymać należy w tym stanie. W mniej groźnych stanach wystarcza podanie pełnej dawki (150 grammów) wina mocnego (Madera, Xeres, Portwein). Wielkość pojedynczych dawek i częstość ich zależy od indywidualności chorego, mianowicie od nawyku do napojów wyskokokowych. Jeśli przypadłości groźne częściej się powtarzają, dajemy kamforę w zawieszeniu (3 grammy na 200 grmm. wody, co 2 godziny po łyżce stołowej), albo też naprzemian co pół godziny lub godzinę kamforę i po łyżce wina mocnego. Przy nagle występującym upadku sił (*collapsus*) przepisujemy piżmo (5—10 centigrammów *pro dosi*) i po łyżce wina szampańskiego. Dawkę podobną powtarzać wypada co 10 minut lub co kwadrans, dopóki stan się nie polepszy. Piżmo i wino szampańskie działają szybko, kamfora wolniej, ale za to działanie jej trwa dłużej. Dlatego też w ciężkich bardzo wypadkach i co chwila powtarzając się osłabieniu sercowém, oprócz piżma i wina szampańskiego dajemy przez czas dłuższy kamforę, aby pobudzenie podtrzymać. Prędzej jeszcze od piżma z szampanem działa gorący grog z koniaku, rumu lub wódki pół napół z wodą lub naparem kawy lub herbaty. Co dziesięć minut po łyżce stołowej. Niekiedy środek ten działa cudownie, chociaż działanie nigdy nie trwa długo. Niepodobna postawić szematu dla użycia środków podbudzających, nigdy jednakże nie należy się w tym razie krępować dawką maksymalną ogólnie przyjętą; skoro słabsze środki zawodzą, dajemy silniejsze i w dawkach dość dużych, aby wywołać skutek, bez względu na to, że dawka wydaje się za dużą wedle przyjętych zwyczajów. Zwolnienicy wenesekcyi sami dziś już zaraz po operacyi podają środki podbudzające. Nie należy się jednakże wahać z zupełną reformą postępowania. Pomińmy lepiej wenesekcyę i zaczynajmy podawać środki podbudzające, jak tylko spostrzeżemy pierwsze ślady występującego obrzęku płuc. Jedno doświadczenie zachęci nas do dalszego postępowania.

Zapytujemy się, czy w obec wyraźnych objawów upośledzonej czynności serca, wolno jest kąpać chorych? W podobnych razach należy uwzględnić, czy serce jest w stanie poddać większemu zadaniu lub nie; w pierwszym razie kąpiemy chorych, w drugim zaniechamy kąpieli. Jeżeli tylko nie obawiamy się nagłego upadku sił, możemy kąpać chorych, podawszy poprzednio środek podbudzający i modyfikując odpowiednio ciepłość kąpieli. Chininę wszyscy chorzy znoszą i dlatego śmiało ją dawać można jako środek zniżający ciepłość ciała.

Dość często u chorych osłabionych podczas przełomu choroby lub zaraz po nim następuje upadek sił (*collapsus*), który jednakże zwykle szybko przechodzi i niekiedy tylko staje się groźnym. Wedle autora unikamy czegoś podobnego, jeżeli po zwolnieniu gorączki dajemy chorym przez 5 do 6 dni nieco słabszego wina. W każdym razie należy ostrzedz otoczenie chorego o podobnym wypadku i zalecić uprzednio sposób postępowania. Okres wyzdrowiania staramy się skrócić, dając chorym pokarmy bogate w białko, oraz wino lub piwo. Niekiedy autor używa preparatów żelaza, zwłaszcza u dyspeptyków daje je w następującej formie: *Rp. Ferr. hydrarg. reduct. 8 gramm, Extract. chinae frigide parat. 2 gramm, f. l. a. pillulae N. 100 consp. pulv. Cass. cinnam. D. S.* 3 razy dziennie po 3 pigułki w 10 minut po jedzeniu. Rozpoczyna od jednej pigułki a następnie dawkę powiększa.

Jeżeli wessanie wysięku opóźnia się, autor gorąco zaleca użycie *Ol. Therebinthinae*. Dziennie daje sześć razy po 12 kropel w mleku lub kapsułkach. Nie radzi dawki zwiększać, gdyż i ta jest wystarczającą. Wypadki gastryczne nigdy przytém nie występują, jeżeli chorzy po przyjęciu olejku terpentynowego użyją w większej ilości mleka.

Wiadomości bieżące.

— Parnia (*Vaporarium*). Pod tym tytułem Dr Adolf H e r n o t, professor szkoły medycznój w Reims, podaje nam w N. 25 *L'union medicale* ciekawy opis swych spostrzeżeń w leczeniu parą wodną niektórych chorób a pomiędzy innemi i suchot. Prof. T r o u s s e a u pierwszy wpadł na tę myśl, do którego jeszcze w 1864 r. przybył pewien przedsiębiorca z Reims po radę dla swój mocno cierpiącej na piersi córki. Wówczas to p. T. wyrzekł swe zdanie, że jeżeli chora mogła ciągle oddychać powietrzem ciepłym a razem i wilgotnym, jak to ma miejsce w przedziałniach lnu, to bezwątpienia stan chorej znacznie mógłby się polepszyć. Tu p. T. dodaje, że w ciągu swój praktyki obserwował, iż w przedziałniach lnu, które wymagają powietrza ciepło-wilgotnego, rzadko napotykał suchotników.

Chora z powyższą radą wróciła do Reims i zakomunikowała ją swemu domowemu lekarzowi p. G a l l i e t, który natychmiast urządził dla niój pokój, do którego z łatwością mogła być przeprowadzoną para wodna. Skutek był tak prędki i niespodziewany, że p. G. zastosował tę kuracyę do wielu innych chorych. Zanim opiszę obserwacye p. G., muszę wspomnieć o samym przyrządzie.

Parnia (*vaporarium*) jest to pokój napelniony parą wodną, w którym chory pozostawać winien dopóki lekarz uważać będzie za konieczne. Aby otrzymać atmosferę ciepło-wilgotną, dwa są używane sposoby: 1) W zakładzie gdzie istnieje maszyna parowa, przeprowadza się para do pokoju przeznaczzonego na kuracyę, za pomocą rury, która powinna być zanurzoną na dno szaflika wodą napelnionego. Sam szaflik ma być dosyć wysoki i szeroki, aby para zabierając większą ilość wody była obfitą. Drugi sposób jest za pomocą gazu do oświetlania, ale ten przyrząd jest nie tyle przystępny, kosztowny a nawet niebezpieczny.

Spostrzeżenia Dra G a l l i e t: Pewna pani, lat 32 licząca, przedstawiała wszystkie przypadłości suchot płucnych od 4 lat istniejących. Ton tępy w obydwóch wierzchołkach płuc, szmer trzeszczący i jamowy, głos drgający (*voix chevrotante*), zgola wszystkie znaki jam w obydwóch płucach. Przypadłości ogólne były stwierdzone przypadłościami miejscowemi, wstrzymanie peryodów, plucie krwią, kaszel ciągły, gorączka trawiąca, utrata apetytu, wycieńczenie ciała.

Kuracya sześciotygodniowa w Eaux-Bonnes bez żadnego skutku, tak, że chora przedstawiała obraz niedługiego istnienia. Po trzech miesiącach kuracyi w parni przy ciągłych potach, poprawa zdrowia szybkim postępowała krokiem; gorączka widocznie z każdym dniem zmniejszała się, apetyt i siły wracały, jedném słowem przy wyjściu z parni p. G a l l i e t znalazł ją zupełnie zdrową, jamy płuc zagoiły się.

Drugie spostrzeżenie odnosi się do panny 20-letniej, która od dwóch lat była leczoną od suchot płuc. Wszystkie przypadłości tak ogólne jak miejscowe były dowodem suchot zdeklarowanych. Wierzchołki obydwóch płuc były zajęte, przy wysłuchu dawały trzeszczenie wilgotne, kaszel, utrata apetytu, wychudnienie do wysokiego stopnia, utrata peryodów. Po trzech miesiącach powyższej kuracyi, przypadłości miejscowe zupełnie znikły, zdrowie w całym znaczeniu tego wyrazu powróciło, a nawet przybrała pierwotną tuszę.

Trzecie spostrzeżenie na młodzieńcu 17-letnim, z jamami w obydwóch wierzchołkach płuc i pluciem krwią. Po miesiącu pobytu w parni wyszedł ze znaczną poprawą zdrowia.

Prócz powyższych obserwacyj przytacza autor wypadek krupu u 3-letniego dziecka w stanie duszenia się, które po sześciu godzinach pobytu w parni, zaczęło wyrzucać kłęby fałszywych błon i kompletnie uratowane zostało. Z astmatykami również znaczna była poprawa. Streszczając powyższy sposób kuracyi w ciągu roku jednego, autor taką daje statystykę. 3 suchotników wyleczono zupełnie i dziś cieszą się kompletnym zdrowiem, w 2 wypadkach uporeczywy kaszel znacznie zmniejszony, 1 wypadek krupu i 1 ocieklina nagłośni, nie ustępujące po różnych środkach, w kilka godzin zupełnie uleczone.

Obok powyższych niespodziewanych a szczęśliwych wypadków, autor przytacza również kilka obserwacyj niepomyślnych kuracyi tak z suchotami jak i z krupami, z tém

wszystkiem pomimo nielicznych przykładów, parnia przy dalszém badaniu lekarzy może się stać wielką pomocą w leczeniu tak ciężkich chorób. Nieraz może zastąpić klimat kraj południowych i nadmorskich. W miarę potrzeby możnaby nasycać powietrze środkami lekarskiemi, rozpuszczając w wodzie przez którą para przechodzi, sól morską, preparata siarki, smołę i t. p.

Pokój na ten cel użyty powinien mieć ściany cementowane lub asfaltowe, nie ulegające wpływowi pary, materace z trawy morskiej i w ogóle stosowne meble.

Podobne urządzenie parni możnaby zaprowadzić po szpitalach, gdzie sprawdzenie powyższych spostrzeżeń łatwiej by przyszło lekarzom jak w prywatnej praktyce, prócz tego sposób powyższej kuracyi wiele przyczyniłby się w gościcach, artrytyzmie, w chorobach przymiotowych, zapaleniu oskrzeli chroniczném i t. p.

— Nowe środki lekarskie. Apteka Leonarda Z i e m i ń s k i e g o, magistra farmacyi (w Warszawie, przy ulicy Marszałkowskiej wprost zielonego placu) przyjąwszy za zasadę zgodnie z postępem nauki zaopatrywać się w środki lekarskie nowo wprowadzone w użycie i posiadające uznanie lekarzy praktyków, posiada następujące przetwory: 1) *Apomorphina*, nowy środek wymiotny za pomocą zaskórnego wstrzykiwania, skutkujący w 4 do 16 minut w dozie $\frac{1}{6}$ do pół grana w roztworze 1 na 100, posiada tę zaletę, że dając się podskórnice nie drażni kanału pokarmowego i używa się szczególnie w chorobach dzieci, u dorosłych zaś przy otruciu w stanie odurzenia i bezprzytomności. Ponieważ jednak apomorfina niemiecka nie jest tak skuteczną jak angielska i łatwo psuje się, co sami niemieccy uczeni przyznają, przeto apteka sprowadziła tę ostatnią czyli angielską. 2) *Podophyllina*, jako środek przeczyszczający i żółciopędny, przekładany przez praktyków lekarskich nad wszystkie dotąd znane środki przeczyszczające, którego dawka od 2 do 5 gran wywołuje w 4 godziny przeczyszczenie, bez żadnych objawów bolesności. 3) *Saccharuratum Cheretti Kempfii*, nowy środek przeciwko febrze, ulubiony i używany powszechnie w Indjach, którego ojczyzną jest prowincya Cheretta, przysposobiony podług przepisu Dra K e m p f a, zadaje się w dawkach dla dorosłych 15 granowych. 4) *Folia Boldo*, w cierpieniach wątroby, cieszy się coraz większém powodzeniem; zadaje się w naparze z unc. pół na unc. vj z syropem. 5) *Grindella robusta*, używana w duszności (*asthma*) jako napar z dr. j na unc. vj również z syropem. 6) *Crotonchloralhydrat*, nowy środek znieczulający (podług L i e b r e i e h'a). 7) *Tinct. Eucalypti globuli*, używana przeciw febrze od 1—3 łyżeczek od kawy, także 8) *Syrupus Eucalypti globuli* cztery razy dziennie po łyżce stołowej (podług przepisu *Journal de pharmacie et de chimie*).

— Wiek podeszły. *Anglo Brazilian Times* z d. 4 grudnia r. z. podaje, że w Cape Frio (Rio Janeiro) żyje dotąd starzec 178-letni José Martins Continbo w pełni władz umysłowych, skarży się jedynie na sztywność w stawach kolanowych. Continbo urodził się 20 maja 1694 r.

— Do statystyki lekarzy. W Prussach obecnie znajduje się 7635 lekarzy i 2295 aptek; przypada zatem jeden lekarz na 3230 osób, a jedna apteka na 10,730. Jest 600 miejscowości gdzie są lekarze, a niema aptek, i 60—w których są apteki, a niema lekarzy. W Berlinie jest obecnie 759 lekarzy i 52 apteki; przeto na 1100 osób jest jeden lekarz, a na 15,800 osób jedna apteka.

— Przepis Kirchmann'a na pigułki żelazne. *Rp. Ferri sulfuric. oxydul.* 120 granów, *magnesiae ustae* 20 granów, *Glycerini* 15 kropel, *M. f. pil. N. 60*. Pigułki tym sposobem przygotowane nie psują się, nie wywołują zatwardzenia stolca, obok zachowania właściwego działania żelaza. (*N. Jahrb. f. Pharm.*).

— *Collodium mercurialisatum*. Dla zniszczenia plam syfilitycznych na skórze L e c l e r e zaleca następną mieszalinę: *Rp. Collodii* 15,00 *gm.* *Mercurii sublimati corrosivi* 0,50 *gm.* Pędzelkiem codziennie smarują się plamy, które po 5 dniach leczenia znikają bez śladu. Mieszalinina ta sprawia dosyć przykre swędzenie.

(*Presse médic. belge. Apotheker-Ztg. N. 1, 1873*).

Redaktor i wydawca Prof. Dr G i r s z t o w t.

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

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