

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W Redakcyi* półrocznie (od 1 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: Rozprawy naukowe. Rzut oka na środki i dyetę wzmacniającą. Przez D-ra Teofila Zdzieńskiego. (Dokończenie). Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. II-gie Sprawozdanie lekarskie z Instytutu Oftalmicznego Imienia księcia Edwarda Lubomirskiego za rok 1872. Przez D-ra med. *Narkiewicza-Jodko*. (Dalszy ciąg). Odma piersiowa (*Pneumothorax*) występująca w kilka dni po przesileniu zapalenia płuc krupowego; formowanie się ropodmy (*Pyopneumothorax*); dostanie się wysięku z worka opłucnej na zewnątrz po powtórnem przedziurawieniu płuca; zejście pomyślne. Podał *B. Tetz*, lek. szpita. staroz. w Lublinie. Kronika zagraniczna. Leczenie gorączki. Wykład *Liebermeister'a*, profesora w Tübingen. Przełożył Dr. *St. Bulikowski*. (Dalszy ciąg). Korrespondencya. Z Paryża. Otwieranie jam naturalnych, lub patologicznych za pomocą aspiratorów. Użycie pikranu amonii do leczenia gorączek przepuszczających. Wiadomości bieżące. Lekarze kobiety. Dr. *W. Ritter v. Ebner*. Dr. *J. Bókai*. Cięcie cesarskie. Dodatek. Akuszeryi T. I. ark. 38. Chemii lekarskiej ark. 4. Medycyny sądowej T. I. ark. 12. Przeglądu postępu nauk lekarskich za rok 1871 zeszyt III-ci.

Rzut oka na środki i dyetę wzmacniającą.

Przez D-ra Teofila Zdzieńskiego.

(Dokończenie *).

Jeżeli mięsień omdlewa wskutek pracy, dzieje się to dlatego, że w nim nagromadziły się produkta zużycia, jak kwas węglowy i mleczny, które mu są ciężarem, wypoczynek zależy na usunięciu tych produktów. To samo uczynić należy i w chorym organizmie, którego komórki są przeciążone materjami rozpadowemi a co najlepiej się dokonywa powiększeniem ilości napoju. Widzimy więc jak nie słuszne jest zdanie, zalecające powstrzymywanie się w podaniu choremu płynów.

Jeżeli sprawa gorączkowa trwa krótko, organizm zużywa zasoby, nagromadzone niejako na wypadek nadzwyczajnego wydatku; gdy zaś takowe wyczerpał, a choroba trwa dłużej wtenczas pod wpływem gorączki zużywa się sam organizm, czyli jego organa potrzebne do spełnienia spraw życiowych, a gdy

*) Patrz: Nr. 20, 21 i 22. Gaz. Lek.

ubytek w tym kierunku jeszcze idzie dalej, przyjsć on może do téj granicy, że byt całego organizmu zagrożony bywa. W powyższych stanach dłużej trwającej choroby gorączkowej umieć podać organizmowi to, czego niezbędnie potrzebuje, nietylko jest koniecznością, ale niezbędnym obowiązkiem przezornego lekarza. Trousseau zwrócił baczne oko, że chorzy na tyfus, oprócz innych przyczyn, umierali z głodu, radzi więc w drugim tygodniu choroby koniecznie pożywiać chorych, jeżeli ci mają przebyć chorobę bez szwanku. Według doświadczeń, robionych w tym względzie, człowiek zdrowy wytrzymuje głód od 8 — 14 dni, chory więc, którego organizm przez podniesioną sprawę gorączkową bardzo wielkie ponosi straty, tembardziej winien być odżywiany; chodzi tylko o to, jakie i w jakiej formie pożywienie dla chorych jest najwłaściwszem. Ze względu, że w gorączkach często sam żołądek jest w stanie kataralnego zaburzenia, jak znowu w innych razach zdradza on bezkrwistość i mało wydziela soków, czyli jest w ogóle w stanie, niemogącym znieść większej pracy, przeto choremu przede wszystkim należy podawać pożywienie w formie łatwo się assymilującej i zawierającej materiały bezpośrednio idące na jego potrzeby. Płynne więc pokarmy przed wszystkimi innymi mają niazaprzeczone pierwszeństwo; forma zaś pokarmów stała zupełnie zamierzonemu celowi nieodpowiada, często nawet może przyczynić się do nowych powikłań chorobnych. Co do wewnętrznej natury podanych choremu pokarmów łatwo przyjsć do porozumienia, przypomniawszy sobie, że w stanie prawidłowym ogrzanie organizmu potrzebuje około 220 — 300 grammów węgla w ciągu 24 godzin, ponieważ zaś przez sprawę gorączkową organizm jeszcze do wyższego stopnia temperatury ogrzewany bywa, musi tym sposobem potrzebować wielką ilość węglowodorodów, czerpiąc takowe najprzód z zasobów, a w braku tychże z integralnych części organizmu, zadanie więc lekarza przede wszystkim być winno, jeżeli nie może wynagrodzić poniesionych strat w całości, to dowozem wyrównać przynajmniej bieżącym potrzebom organizmu; a to tembardziej śmiało co do węglowodorodów uczynić możemy, że, jak już wiemy, wpływają one ograniczająco na organa chłone tlen i na zużycie samych materij azotowych. Wiele więc tylko assymilacya przyswoić może, tyle możemy podać choremu węglowodorodów z całym przeświadczeniem o dobrej temuż wyrażonej przysłudze.

Co do ciał azotowych, wiemy że najprzód zużywa się białko krążące, dalej, że w normalnym stanie redukcya czyli zużycie białka organicznego odbywa się trudniej jak białka krążącego, jednak stwierdzony znaczny ubytek cząstek organizmu w gorączkach i znaczne ilości ciągle wydzielanego mocznika, mówią za tem, że w gorączkach nie tylko białko krążące, ale i zorganizowane łatwiej niż zwykle redukowaném bywa; o ile więc możność pozwoli, należy organizmowi te straty wynagrodzić, czyli należy mu podać i pokarmy azotowe pamiętając o formie łatwo się assymilującej. Przy równoczesnem podawaniu węglowodorodów, których konieczność w gorączce wykazaliśmy, podanie ciał azotowych nie będzie się przyczyniać do powiększenia ilości łatwiej ulegającego redukcji białka krążącego, co mogłoby nastąpić przy podaniu samych tylko ciał azotowych a przez co potęgowałibyśmy tylko wbrew zamiarowi i potrzebie zamianę materij. Przytem wszyst-

kiem nadzwyczaj baczna uwagę zwracać należy na same organa assimilacyi o ile te mogą podolać zadaniu trawienia, gdyż niebaczność w tym kierunku drogo przypłaconą być może. W ogóle więc powiedzieć możemy, że wartość pokarmów w chorobach gorączkowych oprócz formy, przeważnie podług zawartości ich węglowodorodów obliczana być winna; podobnych warunków pokarm mamy w części w naturze, w postaci mleka, a jednym z równie ważnych, jest ekstrakt słodowy, o którym była już mowa powyżej. Odwary mięsne dobrym są również dodatkiem pomocniczym.

II-ie SPRAWOZDANIE LEKARSKIE

z Instytutu Oftalmicznego Imienia księcia Edwarda Lubomirskiego za rok 1872.

Przez Dra. med. Narkiewicza-Jodko.

(Dalszy ciąg *).

Z chorób łącznicy najciekawsze obserwacye mieliśmy przy próbowaniu nowo zaleconego środka przez kolegę naszego z Warszawy D-ra Wolfringa w wypadkach zapalenia łącznicy błonicowego; wiadomo zapewne każdemu lekarzowi, który obserwował, chociaż tylko kilka razy w życiu, tę straszną chorobę łącznicy, jak terapia dotychczasowa była względem tejże bezsilną i jak wielki procent zupełnych oślepień wypadki tej choroby za sobą pociągały; otóż z prawdziwym zadowoleniem, jakie dostarczyć może tryumf nauki i ścisłej obserwacyi nad chorobą, prawie za najzgubniejszą dotychczas uważaną, dzielimy się z kolegami obserwacyami naszemi nad zastosowaniem maści z tlenku rtęci żółtego (*Hydrarg. praecipitatum flavum v. rubrum, via humida paratum*) w zapaleniu łącznicy błonicowem.

Na salach Instytutowych leczyliśmy 12 chorych tego rodzaju, z tych 7 przybyło do szpitala z objawami téj choroby a 5 dostało tychże w murach instytutu wkrótce po przybyciu, już to z powodu przekształcenia się objawów choroby z którymi przybyli, już też w następstwie zarażenia się od innych chorych, wypadku którego przy odosobnianiu chorych zaraźliwych od niezaraźliwych i przy zastosowaniu wszystkich możliwych środków zapobiegawczych uniknąć w szpitalu nie podobna, z powodu niedbałości i nieogłędności samychże chorych.

Z 7 wypadków przybyłych do szpitala z zapaleniem błonicowem w 4 stwierdziliśmy zarażenie się wydzieliną patologiczną z części płciowych, u dwóch kobiet śluzem z zapalenia pochwy pochodzącym, u dwóch mężczyzn tryprową wydzieliną; w trzech z tych wypadków zarażenie było jednostronne, przyczem drugie oko obroniliśmy od zarażenia opatrunkiem kolodionowym, w czwartym było zarażenie obustronne. W pozostałych trzech wypadkach było zapalenie idiopatyczne, we wszystkich na obu oczach: u jednego 19 letniego młodzieńca bardzo silne przy

*) Patrz: Nr. 12, 16 i 17. Gaz. Lek.

zapaleniu błonicowém gardła, u drugiego średniego natężenia, u trzeciego dziecka 1½ rocznego, także nader silne i od 9-ciu dni trwające. —

W tych 7-iu wypadkach używaliśmy zaraz od początku wcierań maści żółtej w odwróconą łącznicę i mieliśmy następujące rezultaty: w dwóch wypadkach jednostronnego zapalenia zupełne wyzdrowienie, w trzecim utworzył się mały wrzodzik na błonie rogowej, niedaleko od brzegu, zagłębił się znacznie i zniszczył błonę rogową aż do błony descemetta na przestrzeni 1 kwadratowej linii, do pęknięcia jednak nie przyszło i chora, panna 18-to letnia, wyszła z zupełnym zagojeniem t. j. z przykryciem dna i brzegów wrzodu nabłonkiem, ale ze znacznie zcieńzoną rogówką wtém miejscu. We 3 tygodnie po wyjściu ze szpitala, gdy się już za zupełnie zdrową uważała, wycierając twarz ręcznikiem nieco nacisnęła oko i cieniutkie dno zagojonego wrzodu pękło, sprowadzając odpłynienie cieczy wodnej komórki i lekkie zadrażnienie oka, które ambulatoryjnie w ciągu 3 tygodni ostatecznie i trwale wyleczonóm zostało. W 4-ch wypadkach obustronnego zajęcia błony łącznej oka wyleczenie zupełne nastąpiło na oczach 4-ch, na 3-ch zaś zostały małe plameczki; jedno zupełnie zaślepło w następstwie zupełnego zniszczenia błony rogowej. Ten ostatni wypadek miał miejsce u kobiety zarażonej wydzieliną pochwową, przybyła ona już do szpitala ze znacznym zajęciem błonicowém obu błon rogowych: na jedném oku potrafiliśmy powstrzymać postęp choroby i nawet niedopuszciliśmy do pęknięcia rogówki, na drugim pęknięcie pierwszego dnia pobytu chorój w Instytucie nastąpiło na bardzo znacznej przestrzeni błony rogowej i rozpadowi zupełnemu téj ostatniej niczem zapobiedz nie mogliśmy; pierwsze oko przy dalszem leczeniu znacznie się rozjaśniło i chora opuściła szpital z niewielką plamką na rogówce, która jej nie przeszkadzała w dalszem pełnieniu obowiązków służącój.

Wypadek wspomniany już wyżej, powikłany zapaleniem błonicowém gardła, miał miejsce u młodego obywatela z plockiego P. R. i odznaczył się niezwykłym przebiegiem. Zapalenie błonicowe przyłączyło się do zwyrodnienia ziarnistego łącznicy, któremu podlegał chory już od lat kilku bez dotkliwych przypadłości i przy bardzo dobrym jakoby wzroku; zapalenie błonicowe było nader silne, połączone jak to już powiedzieliśmy z zajęciem gardła i tak silną gorączką, że z powodu wyprysku na twarzy od stosowania zimnych okładów powstałego, felerzer szpitalny i siostry miłosierdzia podejrzewając początki ospy rodnej nie chciały chorego przyjąć do instytutu i przysłały go do mego mieszkania o 10-téj wieczorem z zapytaniem czy może być przyjętym. Zajęcie gardła i ogólny stan gorączkowy ustąpiły po pijawkach na podgardlu postawionych i jednéj dawce *Infus. sennae compos.*; zajęcie błonicowe nader silne łącznicy złagodniało zaraz po pierwszych wtarciach maści żółtej i przez pierwsze 3 dni mieliśmy najlepsze na zupełne wyleczenie nadzieje; na czwarty dzień po przybyciu do instytutu przy ciągłym polepszaniu się łącznicy powiekowej, przy zupełnym zwolnieniu naprężenia powiek, zaczęły mętnieć rogówki i charakterystyczny rozpad błonicowy obu błon rogowych przez parę dni następnych, postępował w zastraszający sposób na obu oczach tak, że byliśmy w obawie żeby znane *bon mot* lekarskie *le malade est mort guéri* nie miało w naszym wy-

padku miejsca, ale po zastąpieniu zimnych okładów kataplazmami choroba rogówek zaczęła się ograniczać i przy ciągłym użyciu maści zagojenie nastąpiło bez pozostawienia żadnego prawie śladu na oku lewem, a przy niewielkiej plamce na prawem (S. $\frac{2}{3}$, J. 1. w lew. S. $\frac{2}{7}$, J. 3 w prawem).

W 3-im wypadku pęknięcie rogówki na małej przestrzeni oka prawego miało miejsce; 4-ty skończył się obustronnem zupełnem wyzdrowieniem.

Z 5-u wypadków nabytych w szpitalu było w 4-ch przekształceniem się w zapalenie błonnicowe: w 2-ch z zapalenia łącznicy ziarnistego ostrego, w 1-m z niezytu zaraźliwego a w 1-m zezwyczajnego niezytu: piąty był zapewne następstwem zarażenia się, bo miał miejsce u 15-to letniego wyrostka, który przebywał w instytucie z powodu zapalenia błony descemetta punktowego (*descemetitis punctata*) powikłanego chronicznem zapaleniem tęczy (*iritis serosa*). Te wszystkie skończyły się dosyć pomyślnie; w jednym tylko wypadku, po głębokim owrzodzeniu nastąpiło pęknięcie na nieznacznej przestrzeni rogówki, w innych nastąpiło zupełne wyzdrowienie, tylko w wypadku powikłanym chronicznem zapaleniem rogówki i tęczy i charłactwem ogólnem (prawdopodobnie *lues constitutionalis*), duże wrzody błonnicowe z bardzo powolnym i atonicznym charakterem zajęły obie rogówki i jakkolwiek przy właściwem leczeniu pogoiły się, ale zostawiły po sobie, liczne plamy, z powodu których chory ten jeszcze i obecnie w instytucie pozostaje.

Leczenie nasze było przeważnie miejscowe; wcieranie maści żółtej, lekkie tuszowanie powierzchni powiek sałetrzanem srebra, zmywanie następnie wodą słoną tak, żeby strupa nie wywołać tylko powierzchownie nieco podrażnić skórę powiekową, przemywanie wodą chlorową pół na pół z dystylowaną mieszaną i okładylodowe w początkach choroby, ciepłe (kataplazmy) przy przejściu w okres śluzotokowy (jeżeli ten okres obserwowaliśmy), zwłaszcza jeżeli rogówki były w tym czasie zajęte.

Okresu śluzotokowego w wypadkach dotykających zdrowe zupełnie oko wcale przy tym sposobie leczenia niema, łącznica rozmiękcza się ale nie rozpada i następnie ściska się tak, iż po szczęśliwem wyleczeniu nikt z wejrzenie nie domyśliłby się jaką sprawą chorobową łącznica była zajęta. Okres śluzotokowy dostrzegaliśmy tylko w wypadkach przeistoczenia się przewlekłej jakiejś choroby łącznicy w błonnicowe zapalenie, ale i w tych wypadkach był on krótszym i wraz z przechodzeniem tegoż, łącznica pozbywała się niekiedy zupełnie choroby, która zapalenie błonnicowe poprzedziła; w innych zaś wypadkach stan łącznicy znacznie się polepszał.

Na zakończenie tego naszego sprawozdania z wypadków zapalenia błonnicowego, leczonych za pomocą wcierań maści żółtej, opiszemy pokrótce naszą manipulację wcierania dla tych, którzy nie czytali pracy D-ra Wolfringa w Gazecie lekarskiej ogłoszonej, wiemy bowiem, iż wielu lekarzy a nawet niektórzy specjaliści niekorzystnie się o tym sposobie wyrażali, nie używając go jak się na leży i nie osiągając przez to właściwych rezultatów.

Maść używana składa się z tlenku rtęci żółtego gr. $\text{jj} - \text{jv}$. na 3j maści z wosku z olejkiem migdałowym przygotowanej (*ungu. cereum cum ol. amygd. parat.*); olejku należy tyle dodać żeby maść była dosyć miękka i rozcierać się łatwo dawała. Taką maść wcieramy w odwróconą łącznicę obu powiek, starając się o ile możności wywrócić całą łącznicę powiekową i fałdę przechodnią górną, co osiągniemy odwracając naprzód powiekę górną i przyciskając takowej brzeg wolny do brzegu oczodołowego górnego, a zalecając pomocnikowi odwrócenie dokładne powieki dolnej, przyczem chory pod wpływem instynktu zachowawczego (może trochę i bólu) kureząc skrajne części mięśni zwieracza powiek, zbliża fałdy przechodnie obu powiek ku sobie i dokładne wtarcie maści w takowe ułatwia. Po odwróceniu powiek, palec średni prawej ręki pokrywa się kawałkiem maści i lekko rozciera takową na powierzchni łącznicy odwróconej; w początku maść zwykle niedobrze się rozciera i kawałkami ze łzami spływa ale po kilku sekundach zaczyna przylegać do łącznicy i wówczas rozciera się dokładniej; gdy to nastąpi wówczas pomocnik oczyszcza płatkami płóciennymi łącznicę ciągle odwróconą, a wraz potem destrzegamy najprzód małe, potem coraz większe kropelki wodniste, jakby rosę wychodzącą z całej powierzchni łącznicy; krople te zwiększając się ciągle łączą między sobą i spływają po twarzy, niekiedy w bardzo znacznej ilości, przyczem ścinają się nieraz na podobieństwo włókna i w postaci nader delikatnych błonek z łącznicy muszą być zcierane; gdy płynienie się zmniejsza (po jakiejś minucie) osuszamy dokładnie łącznicę i powtarzamy wcieranie drugi raz a nawet i trzeci z zachowaniem zawsze tych że samych przepisów i trzymając łącznicę ciągle odwróconą; po ostatniem wtarciu oczyszczamy łącznicę z resztki maści i odwracamy powieki, zalecając lodowe okłady, które sobie chory przykładają tak długo i tak często, jak to mu się wydaje pożądanem i potrzebnem. W niektórych razach przy bardzo znacznem obrzmieniu fałdy przechodniej, kauteryzujemy część skóry ponad nią leżącą czystym lapisem, zmywając zbytek takowego wodą słoną tak żeby strupa nie spowodzić a tylko lekkie podrażnienie skóry. W wypadkach groźnych, dopełniamy wcieranie 2 razy dziennie, a silnym i krwistym chorym (jednemu w roku bieżącym) dajemy do wewnątrz kalomel po $\frac{1}{2}$ gr. 4 razy dziennie i wcieramy maść szarą co 3 godziny po $\text{9j} - \text{3}\beta$, w celu wywołania w czasie jak można najkrótszym zatrucia rtęciowego. Probowaliśmy zastąpić tlenek rtęci żółty kalomelem, probowaliśmy też wcierać maści czystej ale jakkolwiek, przy takim samym manipulowaniu temi maściami jak maścią żółtą, krople wysięku także wychodziły z łącznicy, to jednak w znacznie mniejszej ilości i zmięknienie powiek nie tak prędko przychodziło jak przy użyciu maści żółtej, którą, polegając na doświadczeniu naszym w instytucie i w praktyce ambulatoryjnej instytucyj i prywatnej, na przeszło 30 wypadkach zebranych, za najskuteczniejszą uważamy.

W tłumaczenie sposobu działania tego środka i w pojęcia nasze obecne o istocie zapalenia błonicowego wdawać się tutaj nie uważam za właściwe a ciekawych w tym względzie odsyłam do wyżej wymienionej pięknej pracy kolegi D-ra Wolfringa.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Odma piersiowa (*Pneumothorax*) występująca w kilka dni po przesileniu zapalenia płuc krupowego; formowanie się ropo-odmy (*Pyopneumothorax*); dostanie się wysięku z worka opłucnej na zewnątrz, po powtórnym przedziurawieniu płuca; zejście pomyślne.

Podał B. Tetz, lekarz szpitala Starozakonnych w Lublinie.

(Dokończenie *)

Przy oglądaniu klatki daje się poznać nieznaczne spłaszczenie prawej okolicy podobażyczkowej, u której żyły skórne tworzą sieć słabo rozwiniętą, wszakże wyraźniejszą, aniżeli w téjże okolicy po stronie lewej. Ramię prawe bardziej jest opuszczone aniżeli lewe; dolny kąt prawej łopatki nieco niżej sięga aniżeli dolny kąt lewej. Kręgosłup nie przedstawia widocznego zбочenia. Ruchliwość strony prawej nieco zmniejszona. Odstępy międzyżebrowe nie okazują widocznej różnicy po obu stronach klatki. Drżenie klatki również jest słabem po stronie prawej jak i lewej. W 5-tym odstepie o blisko 1" wprost pod brodawką lewej sutki czuć wierzchołkowe uderzenie serca, czasem wyraźniej, zwłaszcza po ruchu, czasem mniej wyraźnie. W 4-tym zaś odstepie, prawie po środku, pomiędzy lewym brzegiem mostka i brodawką lewej sutki czuć stale bardziej wyraźne i nieco rozleglejsze uderzenia serca. W prawem podżebrzu niema zwiększonej odporności. Wymiar klatki wykazuje, że obwód lewej połowy przewyższa takowy po stronie prawej o nie cały ctmtr, gdyż tak na wysokości sutek jak i pod pachami lewa ma 36, prawa zaś nieco więcej jak 35 ctmtr. Odgłos po stronie prawej jest nieco mniej pełny aniżeli po lewej, która to różnica bardziej jest uwydatniona ku dołowi ścian tylnej i bocznej. Odgłos płucny po stronie prawej sięga w linii sutkowej do górnego brzegu 6-go żebra, a pachowej do 7-go, przy kręgosłupie zaś do 10-go. Odgłos się wyjaśnia wzdłuż téj linii odgraniczającej płuco od wątroby przy opukiwaniu podczas głębokiego wdechu. W położeniu leżącym (w którym w naszym wypadku granice stępienia serca najwydatniej występują) górna granica stępienia serca znajduje się u lewego brzegu mostka, na wysokości 3-go lewego odstepu, (gdy siedzi, granica ta leży wyżej, bo już prawie na wysokości 2-go lewego odstepu). Szerokość stłumienia serca przy położeniu poziomem odpowiada przestrzeni ograniczonej na lewo linią łączącą lewy 3-ci odstep w pobliżu mostka z miejscem uderzenia wierzchołka serca, a na prawo przez prawy brzeg mostka. Po stronie prawej słycać oddech pęcherzykowy, na całej wysokości odpowiadający powyżej wspomnianemu położeniu prawego płuca; takowy oddech niewiele jest słabszy aniżeli po stronie lewej, co wyraźniej zresztą występuje odpowiednio okolicom, okazującym odgłos płucny najmniej pełny. Tętno serca prawidłowe.

Gdy teraz wypada omówić bliżej wypadek choroby u dziewczynki celem wykazania wzajemnego stosunku różnych spraw patologicznych, w prze-

*) Patrz: Nr. 15 16 i 17. Gaz. lek.

biegu tego wypadku spostrzeżonych, a tém samém i właściwości, które takowy przedstawia, zaczęę od zestawienia dowodów przekonywających z jednéj strony, że płuca u dziewczynki, do przybycia jéj do szpitala, były zdrowe, że zatém zapalenie płuc krupowe było u niéj cierpieniem pierwotném, z drugiéj, że takowe zapalenie dopiero podczas pierwszych dni jéj pobytu w szpitalu powstało. Bliższe roztrząsanie tego przedmiotu jest już dla tego konieczném, że gorączka, z którą dziewczynka do szpitala przybyła, trwała od trzech dni, a zatem mogłoby łatwo powstać podejrzenie, że zapalenie płuc, które wkrótce u niéj spostrzeżone zostało, jeszcze zewnątrz szpitala się rozwinęło. Otóż pomimo wątłej budowy swego młodego ustroju, dziewczynka przedtém przebywała w służbie, a tak sama jak i krewni jéj zapewniają, że pomimo pracy i niewygód dobrem się dawniej cieszyła zdrowiem w szczególe zaś nie podlegała kaszlowi, krwi pluciu etc. Pod pierwszym dniem (d. 12 Sierpnia) zanotowano na jéj karcie, że płuca są zdrowe; znalazłem bowiem stan takowy płuc przy przyjęciu choréj, przy którym byłem obecny. Nie było to wprawdzie rozpoznawanie szczegółowe, gdyż miało tylko sprawdzić, czy gorączka, którą naówczas okazywała, nie jest w związku z ostrem cierpieniem płuc, lecz rezultat ujemny owego badania czyni przecie nieprawdopodobnem, aby płuca mogły naówczas być siedliskiem ważniejszych jakich zmian. Dalej pomijając, gdyż należy do nadzwyczajnych rzadkości, aby wymioty krwawe towarzyszyły zapaleniu płuc krupowemu, gorączka o północy 1-go dnia jéj pobytu całkiem znikła (36,6); nazajutrz rano (13 Sierpnia) takowéj również nie było (36,4) a tak samo zanotowano na karcie, że i wieczorem tegoż drugiego dnia chora była bez gorączki. Wprawdzie bardzo często i podczas zapalenia płuc termometr, ów czujny przewodnik lekarza, zdradziecko pokazuje normalną temperaturę, przez co wpaja w niego nadzieję, jakoby chwila przesilenia już nastąpiła; z której po upływie kilku a najdalej kilkunastu godzin w obec na nowo podnoszącego się ciepła lekarz wyprowadzonym bywa. Wszakże w naszym wypadku, gdybyśmy mieli nawet przypuszczać, że gorączka powtórnie już o drugiéj północy nastąpiła (choć zanotowano gorączkę dopiero rano 3-go dnia), to w każdym razie przerwa absolutna gorączki trwała przynajmniej dobę. Oprócz tego chora nasza 12-go po północy i 13-go rano okazywała mniej aniżeli 37; w owych zaś chwilach pozornego przesilenia zapalenia płuc krupowego temperatura nigdy, przynajmniej podług mego doświadczenia, nie spada tak nisko, jak to tylko zdarzać się zwykło podczas zupełnego przesilenia chorób ostrych. Sam nawet tak nagły sposób spadania ciepła, które dwa razy 12 wieczorem mierzone okazywało 39 i 39,4, już o północy tylko 36,6, odbiera owemu spadaniu ciepła cechę pozornego przesilenia. Po trzecie, chora d. 14-go po raz pierwszy skarżyć się poczęła na prawy bok, a badanie powtórnie i ściślej wykonane (z powodu powrotu gorączki pomimo enem z chin, i kłucia w boku) nie zdołało odkryć zmian, które wystąpiły dopiero 15-go jako słabe stępienie i takiż oddech oskrzelowy, w następstwie dopiero coraz bardziej się uwydatniające. Jest to nowem potwierdzeniem, że zapalenie dopiero 14-go się zaczęło a dalszem, że 13-ty nie był dniem pozornego przesilenia. Nakoniec przesilenie zapalenia po upływie 8-éj doby (22-go) przemawia zatem, że zapalenie dopie-

ro 14-go się zaczęło, gdyż takowe zwykle przez taki przeciąg czasu przebieg odbywa; musiałoby zaś zapalenie u chorój trwać 13 dni do przesilenia, co przecie jest już daleko mniej częstem, gdybyśmy przypuszczali, że na tę chorobę w domu już zapadła (trzy dni choroby w domu a dwa w szpitalu).

Jakaż to więc była choroba gorączkowa, z którą dziewczynka do szpitala przybyła? Była to bez wątpienia zimnica, z jakim gotowém już rozpoznaniem krwi chorój przyprowadzili ją do szpitala; zimnica zaś naówczas endemicznie była w mieście rozpowszechnioną. Była to zarazem *f. intermittens comitata*, bowiem powikłana z wylewem krwi do kanału pokarmowego; miałem zaś w tymże czasie w szpitalu w inny lecz w również ciężki sposób powikłany wypadek zimnicy. Zimnica ustąpiła po dwóch lawatywach z chin; ustrój zaś dziewczynki nader wycieńczonej gorączką i utratą krwi, tém łatwiej mógł uleść niewiadomym szkodliwym wpływom wywołującym zapalenia płuc, czego przykłady niestety nie są zbyt rzadkie w tutejszym szpitalu urządzonym po macoszemu. Zapalenie zaś przebiegło w sposób zwykły; przesilenie bowiem, które nastąpiło 22-go, należy tważyć, jak pokazuje stan następnych dni, za rzeczywiste, gdyż przy określaniu takowego bardziej się powoduje I-ym stanem ogólnym: brakiem gorączki, spadaniem pulsu etc., aniżeli miejscowym, potrzebującym czasu do przebycia zmian wstecznych a zatem zdradzającym przez pewien czas jeszcze swoje istnienie. Że zresztą prawe płuco w tym czasie zaczęło powracać do prawidłowego swego stanu, tego dowodzi zauważone zmniejszenie zwątrobienia pod d. 25-ym. Nie mogę opuścić co tylko roztrząsanego przedmiotu, zanim się nie oczyszcze z zaledwie zresztą możliwego zarzutu, że w tym wypadku nie wymioty krwawe, lecz krwotok płucny miał miejsce (przytrafiający się niekiedy podczas napadów zimnicy; krew czarna mogłaby pochodzić z nadżarcia gałęzi tętnicy płucnej) i że zapalenie było następstwem zmian w tkance płucnej wywołanych przez skrzepy krwi pozostałe w drobnych oskrzelach i pęcherzykach. Częstsze stosunkowo zejście podobnej sprawy zapalnej w zserowacenie i rozpad, aniżeli to bywa z zapaleniem płuc krupowém, mogłoby być nie małą podporą dla takiego zarzutu, ze względu na następną odmě. Lecz pomijając już rzadkość krwotoków płucnych pouhodzących z naruszenia gałęzi tętnicy płucnej i mających przez to kolor czarny, jak również i to, że w następne dni nie było plwocin krwawych, a były stolce czarne, sam typowy przebieg i prędkie rozszerzenie się sprawy zapalnej w płucu nie odpowiadają owym następczym po krwotokach zapaleniom, mającym stosunkowo przynajmniej, przebieg przewlekły.

Usunąwszy według naszego przekonani wszelką wątpliwość co do tego, że u naszej pacjentki dotąd zdrowej w samymże szpitalu rozwinięło się zapalenie płuc krupowe, możemy dopiero przystąpić do zbadania właściwości naszego wypadku, dla należytego ocenienia których powyższy rozbiór był niezbędnym. Trzy główne wnie punkta mamy przytém do uwzględnienia. 1) Stosunek odmy do przebytego zapalenia, 2) przedziurawianie następne płuca przez wysięki. 3) Pomyślne zejście wypadku.

Ad. 1) Sprawa patologiczna, krótka na podstawie zmian pozostałych po zapaleniu doprowadziła do naruszenia całości prawego płuca a zatem do rozwinięcia odmy mogłaby zależeć lub od zgorzeli, lub do rozpadzie serowato

przeistoczonej tkanki płucnej i wysięku zapalnego w niej zawartego. Pierwszy wypadek stanowczo wyłączyć możemy, gdyż przy zapaleniu płuc zgorzel i to rozlana występuje na wysokości zapalenia; u naszej zaś chorój przebieg samej sprawy zapalnej był zwykły; zwłaszcza zaś nie było nagłego upadku sił, cuchnącego oddechu i plwocin. Odma u chorój rozwinęła się w sposób skryty, bez groźnych zwiastunów (wyjawszy chyba majaczenie i niespokój w nocy dopiero z 25-go na 26-ty); miało to miejsce po przesileniu, któregooby z resztą w czasie wiadomym wcale nie było, gdyby podczas trwania zapalenia pewna część płuca była podległa zgorzeli. Otóż nasuwa się nam w tém miejscu pytanie, jak prędko po przesileniu odma się uformowała? Nie możemy wątpić, że istniała już nietylko dnia 29-go, pod którym po raz pierwszy zauważono odgłos niestłumiony i brak oddechu pod prawym obojczykiem, lecz 28-go, zapewne i 27-go, gdy gorączka znów wzmacniać się zaczęła a zatém najdalej w 5 dni po przesileniu, chociaż ja sam, nie mając na myśli podobnej katastrofy, dopiero około 12-go Września odmę rozpoznałem, gdym oprócz powyższych objawów znalazł oddźwięk metaliczny przy opukiwaniu poniżej prawej łopatki.

Na zasadzie powyżej wymienionego, tylko zserowacenie wysięku zapalnego i tegoż rozpad, zmiany, które dotknęły odpowiednią część miąższu płucnego, mogły doprowadzić do przedziurawienia płuca. Otóż wszystko przemawia za tém, że sprawa ta w jednym zraziku na powierzchni leżącym, lub tylko w nie wielu zrazikach się odbyła. Oprócz bowiem, że w ciągu kilku dni, po przesileniu następujących, wcale nie było gorączki, co przy powyższej zmianie w znaczniejszej części płuca się rozwijającej, by miejsce mieć musiało,—oprócz, że wyzdrowienie w ogóle w takim razie wieleby było nieprawdopodobnem, musiałyby w każdym razie pozostać wyraźniejsze ślady zserwacenia rozległego, (stłumienie odgłosu i zapadnięcie strony zajętej w stopniu większym) aniżeli objawy, jakie obecnie u dziewczynki znajdujemy.

Jeżeli zważymy jak, rzadko pozapaleniu płuc krupowém następuje serowaty nasiętk tkanki płucnej, z drugiej strony jak rzadkiem jest, aby zserwacenie uległo tak rychłemu rozpadowi, uwydatni się nam wyjątkowość spostrzeżonego u naszej chorój zajścia, które ograniczone do kilku tylko zrazików uważać powinniśmy jako przypadkowe. To zajście służy zresztą podporą dla twierdzenia Niemeyer'a, stosującego się wprawdzie do przewlekłych spraw nieżytowych przeważnie sprowadzających zserwacenie, że odma stosunkowo często występuje przy sprawach zapalnych istniejących od niedawna, zaledwie jeszcze przystępnych dla badania, a to skutkiem rozpadu jednego lub niewielu zrazików serowato przeistoczonych. Ad. 2) Z przebiegu widzimy, że już wczesnie (3-go Września) jak to bywa zwykle, można się było przekonać o obecności wraz z powietrzem i płynem w prawym worku opłucnej. Odtąd przy ciągłej, zwalnającej lub téż przepuszczającej gorączce płyn kosztem wessanego powietrza coraz więcej przybierał. W pierwszej połowie Listopada wysięk prawie całkiem wypełniał prawą jamę opłucnej. Stan ogólny chorój, który w początkach istnienia ropo-odmy prawie był zrozpaczony, w miarę dalszego trwania sprawy coraz bardziej się poprawiał. Gdy tedy przy coraz dalej postępującem wchłanianiu po-

wietrza i zastąpieniu go przez wysięk zacząłem roztrząsać, czy i o ile należy sztucznie utorować takowemu drodze na zewnątrz, 18-go Listopada, wysięk po przedziurawieniu wydostał się przez oskrzela na zewnątrz, a ztąd przez dłuższy czas jużto przez odchrząkiwanie, jużto przez wymioty wydalony został. Sądzę, że sam fakt przedziurawienia płuca i wydostania się tą drogą wysięku na zewnątrz nie może podlegać wątpliwości; powinienem zaś udowodnić, że jak to przypuszczam, podczas przedziurawienia płuca mała część powietrza jeszcze pozostawała w worku opłucnej, jak również że niecała ilość wysięku przez oskrzela wydaloną została. Za słusnością pierwszego zdania przemawia to, że niezadługo do katastrofy jak i następczo po niej, znajdowano różne, wprawdzie coraz mniej uwydatniające się, zachowanie odgłosu przy zmianie położenia chorój, zwłaszcza przy opukiwaniu mostka. Drogą połączenia pomiędzy workami opłucnej a oskrzelami wydaloną została wprawdzie znaczna część wysięku, lecz i wessanie nie mało się przyczynić musiało do zmniejszenia się takowego, gdyż w miarę wydostawania się na zewnątrz coraz nowszych ilości wysięku, ciśnienie, pod którym pozostawała reszta płynu, musiało coraz bardziej się zmniejszać. Że w istocie nietylko resztki wysięku płynnego lecz i tłuszczowo przeistoczone osady włóknikowe przez wessanie znikły, o tem przekonać się możemy, gdy na przykład przypomnimy sobie, że chora strona, po minionem już od dawna wydaleniu mass wysiękowych, jeszcze okazywała stępienie zupełne, poczynające się z przodu od 3-go żebra.

Ad. 3) Nasz wypadek odznaczający się rzadkiem zjawiskiem w jego przebiegu występującem, formowanie się odmy w kilka dni po przesileniu zapalenia płuc krupowego, jak i ważna chwila utorowania sobie przez wysięk drogi na zewnątrz przez płuco — nabiera tem większego znaczenia, że ustrój dziewczynki wyszedł zwycięzko z walki z temi tak groźnymi sprawami chorobowymi. Przez wzgląd zaś na stan ogólny zarówno jak i miejscowy, zejście to pomyślne należy uważać za blizkie zupełnego wyzdrowienia. Co do ogólnego bowiem stanu, to w obec braku wszelkich innych objawów niedomagania, ciepło niekiedy tylko dochodzące do 38 °,0 nie może być brane za objaw chorobliwy, tém bardziej w młodym ustroju, w którym po tak ciężkiej chorobie oddawna nawet minionej, wciąż jeszcze odbywać się musi żywsza zamiana materji.

Odnośnie stanu miejscowego to przez wzgląd na pojemność prawej połowy klatki jak i na stopień przystępności prawego płuca dla powietrza, wyzdrowienie jest prawie zupełne. Że pojemność prawej połowy mała cierpiała o tém świadczą mierzenie objętości obu połów, wykazujące między niemi różnicę zaledwie 1 centymetr wynoszącą, jak również i zaledwie dające się spostrzedz zmiany zasze w kształcie klatki. Że z drugiej strony swobodny przystęp powietrza do płuca prawego i dokładne jego wypełnienie przywróconem zostało, widzimy z tego, że pojemność klatki piersiowej strony prawej nie zmniejszyła się, jak również że nie pozostało zgęszczonych mass wysiękowych wypełniających kosztem ściśniętego płuca prawą połowę klatki, czego dowodzi mało co przytłumiony odgłos i nieco tylko słabszy oddech po stronie prawej, zwłaszcza zaś wyjaśnianie się odgłosu, gdy się opukuje podczas głębokiego wdechu wzdłuż dolnej granicy prawego płuca. Dwie wszakże okoliczności, świadczące o tem, że pewna liczba gałązek tętnicy płucnej została nieprzystępną dla obiegu krwi, dowodzą pośrednio, że w każdym razie pęcherzyki prawego płuca nie w zupełności się napowrót rozszerzyły. Okoliczno-

ści te są: przerost prawej komórki i sieć żył skórnych, widzialna z przodu klatki, z których ostatnia przekonywa jeszcze, jak to z góry było niewątpliwem, że istnieje zrośnięcie zgrubiałych listków opłucnej, również tamując w pewnym stopniu swobodne rozszerzenie się prawego płuca.

Podobny powrót do zdrowia, bez rozwinięcia się w płucach dziewczynki sprawy niszczącej, jak się tego obawiać należało, pomimo nawet szczęśliwie dokonanego przedziurawienia przez wysięk, dowodzi nie tylko, że wysięk w zupełności znikł, lecz zarazem, że płuca dziewczynki nie były poprzednio siedliskiem przewlekłej sprawy zapalnej.

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

Leczenie gorączki.

Wykład C. Liebermeister'a, profesora w Tübingen.

Przełożył Dr. St. Bulikowski.

(Dalszy ciąg *)

Zbożenia czynności ośrodków układu nerwowego właściwe gorączce, muszą być uważane za skutek oddziaływania wysokiej ciepłoty na narządy ośrodkowe. Okazuje się to z dokładnych spostrzeżeń, dotyczących zachowania się fizyologicznego pomienionych narządów w wielkiej liczbie rozmaitego rodzaju gorączek. Jakkolwiek każdą naturą tej, lub innej choroby bywa najrozmaitszą, to jednak towarzyszące jej zbożenia ośrodków nerwowych w głównych zarysach bywają jednakowe. Rodzaj i stopień gwałtowności odpowiednich przypadków zależy nie tylko od indywidualności chorego, ale także od wysokości i trwania wysokiej ciepłoty. W zapaleniu płuc, w różni twarzowej, w ostrym gościec stawów, zbożenia te zupełnie są podobne do zbożeń towarzyszących durzycy, jeśli podwyższenie ciepłoty doszło do pewnej wysokości i przez czas pewien na jednym stopniu się utrzymuje.

Bliższe poznanie zbożeń narządów ośrodkowych, zależnych od gorączki i uwzględnienie tej zależności jako następstwa wysokiej ciepłoty jest niezmiernie ważnym dla diagnostyki. Wydarza się bowiem jeszcze dosyć często, że pacjent zaczynający mającym albo popadający w śpiączkę, przedstawia pole do mylnych wniosków ze strony lekarzy, którzy przypadki te przypisują niebawem zapaleniu błon mózgowych albo samego mózgu, albo mocznicy (*uraemia*), żółci (*cholamia*) i innemu zatruciu krwi (*toxemia*), podczas gdy są to najczęściej naturalne tylko następstwa wysokiej ciepłoty ciała. Nie myślmy zaprzeczać, że niekiedy może zachodzić wielka trudność w rozstrzygnięciu, czyli zbożenia podobne wyłącznie od gorączki zależą, czyli też mają być objawy innych powikłań; zwłaszcza że w chorobach gorączkowych powikłania takowe dość często się zdarzają. Dla rozstrzygnięcia tych wątpliwych wypadków niesłychanie wielkiej wagi jest staranne zbadanie i bustronne ocenienie stosunku ciepłoty ciała i jej wahań do zbożeń w sferze umysłowej.

Również ważnym jest uwzględnienie indywidualności chorego. Często bowiem napotykamy osoby, które mającym, mimo umiarkowanej gorączki, gdy przeciwnie u innych, zbożenie to towarzyszy tylko wysokiej i przez dłuższy czas utrzymującej się ciepłocie ciała. U pijaków mającym gorączkowe przybierają często wybitną cechę obłędu opileczego, (*delirium potatorum*). Jakkolwiek nie we wszystkich wypadkach, to jednak najczęściej, obłęd opileczy bywa tylko mającym gorączkowym.

Z kolei nadmienić musimy, że nie zawsze zbrocenia psychiczne należą do najcięższych, chociaż na nielekarzach robią one nader głębokie wrażenie; że np. szaleństwo (*delirium furibundum*) w pewnych okolicznościach mniej może być groźnem, aniżeli odurzenie i śpiączka. Ocenienie do jakiego stopnia dochodzi to, lub owo zbrocenie wymaga koniecznie głębszego zbadania, mniej zaś wybitne ale więcej ujemne zbrocenia, jak np. przytępienie, albo zniesienie pewnych czynności psychicznych, mają niekiedy daleko większe znaczenie, aniżeli zbrocenia bardziej z pozoru uderzające, odznaczające się swą gwałtownością.

Na zakończenie dodajemy, że zbrocenia w sferze umysłowej zależą od zmian materialnych zachodzących w narządzie ośrodkowym skutkiem wysokiej ciepłoty, i że dla tego właśnie nie znikają odrazu, t. j. zaraz po ustąpieniu gorączki, ale dopiero po zupełnem ustąpieniu odpowiednich przyczyn. Rozumie się, że tam gdzie podwyższenie ciepłoty trwało czas krótki np. po napadzie zimniczym, tam następstwa wysokiej ciepłoty ciała daleko prędzej przemijają. Po ustąpieniu gorączki, trwającej czas dłuższy, następuje zwykle wyraźne ustępowanie zbroceń psychicznych; ale jeżeli podwyższenie ciepłoty trwało za długo, wtedy wywołane przez nią zmiany materialne mogą się długo jeszcze utrzymywać, pomimo że ciepłota do prawidłowego wróciła stopnia. Wydarza się nawet, że dopiero po ustąpieniu gorączki zbrocenia rzeczone przybierają wybitną cechę. Najczęściej jednak przedstawiają się one jako osłabienie władz umysłowych, które częstokroć przez długi czas się utrzymuje i bardzo powoli znika. I tak wiadomo jest powszechnie, że po cięższej durzycy nieraz kilka miesięcy czekać potrzeba, zanim z odzyskaniem dawnych sił cielesnych powrócą także dawne zdolności umysłowe. Czegóż wreszcie dowodzą wypadki, gdzie po ciężkiej gorączce rozwijają się choroby umysłowe? Wyższe stopnie psychicznych zbroceń, jeśli podwyższenie ciepłoty trwa za długo, przemieniają się w końcu na zupełne zawieszenie czynności umysłowych, a porażenie mózgu, ogarniając rdzeń przedłużony, kończy się niechybną śmiercią. Przebieg podobny, ciągnący się aż do śmierci, wyraźnie i bez powikłań zdarza się dosyć rzadko; zwykle bowiem dołączają się przypadki porażenia serca. Wypadki najzupełniejszego zawieszenia czynności mózgu wielkiego nie są wcale jeszcze rozpaczliwymi, dopóki nie ma śladu porażenia serca. Nasze zapatrywanie dopiero co wypowiedziane, zgadza się z rezultatem tych doświadczeń, z których wynika, że czasowe zawieszenie czynności mózgu łatwiej usunąć się pozwala, aniżeli zniesienie czynności serca.

W miarę jak ustalały się zdania co do stosunku pojedynczych przypadków gorączkowych do siebie, jako też co do wybitnego wpływu podwyższonej ciepłoty na cały ustroj ludzki, musiały także rozwijać się pewne prawidła teoretyczne, które leczeniu gorączki właściwy kierunek nadać miały; okazało się znowu, że to co niektórzy starsi lekarze przypuszczali tylko, albo dopiero za pomocą doświadczeń sprawdzać byli zmuszeni, dziś do tego samego doszliśmy na podstawie prostego teoretycznego rozumowania. A zatem skoro wreszcie nie podlega żadnej wątpliwości, że w przebiegu wielu chorób gorączkowych największem niebezpieczeństwem jest długotrwałe podwyższenie ciepłoty ciała, że jej wysokość w przeważnej liczbie wypadków jest pośrednią albo bezpośrednią przyczyną śmierci, przeto oczywiście stało, że główną podstawę leczenia gorączek stanowić muszą usiłowania, dążące do znizienia wysokiej ciepłoty, czyli do ochładzania chorego ustroju. Liczne używają się dziś środki, mające na celu uczynić zadość temu wskazaniu, a nowoczesny sposób leczenia gorączek ochrzeżono ogólną nazwą: metody antypyretycznej. Obejmuje ona z jednej strony środki działające wprost na ochłodzenie ciała, które możnaby oddzielić od środków antypyretycznych właściwych, nazywając je antitermicznymi; dalej obejmuje środki dyetetyczne i lekarskie dążące do ograniczenia produkcji ciepła, a które nazwałoby można antypyretycznymi w ścisłjszem znaczeniu tego słowa. Jednakowoż w dalszym ciągu niebędziemy się trzymać tego podziału ale wszystkie sposoby, dążące do znizienia wysokiej ciepłoty ciała będziemy nazywać jedynem mianem środków antypyretycznych. W obec niebezpieczeństwa wynikającego z wysokiej ciepłoty, niewielkie resztą może mieć znaczenie czyli użyjemy środków, że je tak nazwiemy przypadkowych, dążących do uwolnienia ciała od niszczącej gorączki, czyli też dochodząc do samego źródła złego tępic je będziemy za pomocą ograniczenia nadmiernej produkcji ciepła, resp. usunięcia jego przyczyny. Ochłodzenie ciała jest tak naglącym w gorączce, że pierwszeństwo oddawać będziemy zawsze tej metodzie, która najniezawodniej prowadzi do znizienia ciepłoty. W walce z niszczącą, jadowitą gorączką uważać będziemy za usprawiedliwione nżycie takich nawet środków antypyretycznych, któreby choremu nietylko przykrość, ale nawet nieznaczną szkodę przynieśby mogły.

W jakim tedy sposób mamy się zabrać do dzieła? Jak należy postępować, aby zmniejszyć ciepłotę, gorączką zajętego ustroju?

Odpowiedź na to pytanie zdaje się napozór łatwą. Dla ochłodzenia kawałka gorącego żelaza zanurza się go w zimnej wodzie. Niebezpieczeństwo, podlegające na wysokości ciepłocie ludzkiego ciała, samo zdaje się wskazywać zimną wodę, jako środek najprostszy i najodpowiedniejszy.

Gdyby jednak sprawa w rzeczywistości była tak prosta, jak z kawałkiem żelaza, to Hippokrates jeszcze kapalby był wszystkich swych chorych gorączkujących w zimnej wodzie, tém bardziej, że ten ostatni, a z nim większa część lekarzy starożytnych miała bardzo dokładne pojęcie o niebezpieczeństwie, wynikającym wyłącznie z gorączki. Znajdujemy nawet w literaturze starożytnej kilka śladów prób używania zimnej wody celem zwalczania gorączki. Wszelako częstsze próby tego rodzaju przedsiębrano dopiero w początkach przeszłego stulecia, a niektórzy lekarze mniej lub więcej metodycznie gorączkujących chorych zimną wodą leczyć zaczęli. Liczba ich naśladowców jednak była bardzo ograniczona. Dopiero w ostatnim dziesiątku lat zeszłego stulecia pewien lekarz angielski Currie zwrócił baczniejszą uwagę społeczeństwa na zlewanie ciała zimną wodą które używał w celach leczniczych. Tym sposobem mianowicie leczył on różne choroby gorączkowe a przedewszystkiem durzycę osutkową i płonicę. Tenże lekarz przedsiębrał rozmaite doświadczenia na ludziach zdrowych, w celu wysledzenia sposobu działania zimnej wody na ciało ludzkie. Słusznie przeto Dr. Currie uchodzi powszechnie za twórcę nowszej hydroterapii. Metoda jego znalazła wielu zwolenników, których zdania po większej części przychylnie za nią przemawiają. Niewiele brakowało, a leczenie zimną wodą byłoby odniosło stanowcze zwycięstwo, szczerząc się ogólnym uznaniem i rozpowszechnieniem.

(Dalszy ciąg nastąpi).

KORRESPONDENCYA.

Paryż 19 Maja 1873 r.

Od pewnego czasu otwieranie jam naturalnych lub patologicznych, za pomocą tak nazwanych aspiratorów czyli przyrządów wzbraniających przystępu powietrza, a tem samem zapobiegających rozkładowi płynów w jamach zawartych, weszło niejako w modę. Wszyscy chirurdzy rzucili się do tego środka, głosząc zupełną jego nieszkodliwość; pojawiły się liczne aspiratory, mniej lub więcej skomplikowane, mniej lub więcej kosztowne, każdy wychwalany przez swego wynalazcę i z dniem każdym liczba tych przyrządów coraz więcej wzrasta. Czy jednak przekłówanie jam surowicznych za pomocą aspiratora jest zupełnie nieszkodliwym następujący wypadek przekona:

Do szpitala Baujeon sali p. Dubreuilh wszedł chory dotknięty złamaniem rzepki (rotula) ze znacznym rozstąpieniem się złamanych części. Złamanie to skomplikowanem było przez znaczny wylew krwi do jamy stawu kolanowego. P. Dubreuilh chcąc zmniejszyć objętość stawu i przynieść pewną ulgę choremu, a wierząc przy tem w tak zachwaloną nieszkodliwość przekłócia za pomocą aspiratora, postanowił zastosować go w tym wypadku. Przekłócie zrobionem było ze strony wewnętrznej stawu kolanowego, bez żadnego jednak rezultatu, żadna kropla płynu nie pokazała się na zewnątrz. Drugie przekłócie ze strony zewnętrznej zrobione, także pozostało bez skutku. Operator wnioskował z tego, że jama stawowa zawierała tylko krew ściętą bez domieszania żadnego innego płynu, nie przywiązywał więc większej wagi do swego niepowodzenia i zamknawszy obie rany, przez przekłócie spowodowane, za pomocą cienkiego plasterka posmarowanego kolloidionem, postanowił dalej wyczekiwać. Z początku wszystko szło dobrze, lecz w parę dni, chory, przy wizycie ranniej uskarżał się zaczął na bezsenność i ból gwałtowny w stawie; znaleziono przytem wielką gorączkę i znaczne powiększenie objętości kolana. Przy bliższym badaniu p. Dubreuilh dostrzegł że ranka zewnętrzna jest otwarta a uciskając ją znaczna ilość krwi wypłynęła. Dnia następnego objawiły się wszystkie symptomata zapalenia ropnego stawu, które o życiu chorego powątpiewać każą.

Wypadek ten zakomunikowanym został na posiedzeniu towarzystwa chirurgicznego w Paryżu d. 9 Października r. z. P. Dubreuilh sądzi, że zmiany tak gwałtowne jedynie tylko przez przekłócie wywołane być mogły i że choroba samą sobie pozostawiona, ukończyła by się zupełnym wyzdrowieniem. Wszyscy prawie członkowie towarzystwa między

któremi zacytujemy imiona p. p. Chassaiguac, Verneuil, Despres, Guyot, Trelat i Lefort podzielali zdanie swego kolegi, wszyscy zeznali pewną oględność w użyciu aspiratora, odrzucając go stanowczo w wylewach krwi do jam stawowych.

Nie wątpimy bynajmniej, że podobnych niepowodzeń pokazałoby się daleko więcej, gdyby chirurgowie, mniej zajęci pochwalami wynalezionego przez siebie przyrządu, ogłaszali wszystkie wypadki, jakie się im w praktyce wydarzyły bez względu na ich skutek. Wtedy i aspirator znalazłby czarne chmury na pogodnym dotąd niebie, wtedy ze starcia opinii, z sumiennego rozebrania przyczyn, które były powodem niepowodzenia, ze zdrowej krytyki i porównania faktów powstałyby istotnie wskazania, w jakich razach zastosować go należy. Co znaczą np. wszystkie podawane dotąd obserwacje? Czy przed wynalezieniem aspiratora nie otwierano jamy opłucnej, czy nie robiono *thora-i paracentezy*, czy nie przekłócano przepuklin, a nawet kiszek w jamie brzusznej zawartych dla zmniejszenia meteoryzmu, którą to operację obecnie aspirator zastąpić pragnie? Czy dzisiaj jeszcze chirurg, o dobro chorego dbały, nie otworzy szeroko zapalonego stawu, aby dać odpływ ropy, zmniejszyć ciśnienie zapalonych części, aby uniknąć wessania ropy i wszystkich szkodliwych ztąd następstw? Co zresztą za szkodliwy wpływ powietrze wywierać może? czy nie jest dzisiaj rzeczą dowiedzoną i pewną, że tlen głównie przeszkadza rozwijaniu się szkodliwych organizmów, powodujących rozkład wylanych lub wysiękłych płynów. Jeżeli zaś aspirator ma zabezpieczać, żeby organizmy te lub ich zarodki, w powietrzu krążące, nie dostały się do rany, to czy przy wyjmowaniu igły, choćby najcieńszej nawet, przy zamykaniu rany podobne przeniknięcie nastąpić nie może? Nie widzimy więc dotąd żadnych istotnych korzyści przy zastosowaniu aspiratora, żadnych pewnych wskazań przy jego użyciu, a o te głównie przy zastosowaniu każdego leczniczego środka chodzić powinno i chodzi. Wskazań, ale wskazań pewnych, opartych na sumiennym zastawieniu i porównaniu wypadków, jak i kiedy danego środka używać należy, potrzeba; otóż wskazań takich dotąd przy użyciu aspiratora nie mamy, każdy kieruje się empirycznie, używa jak mu się podoba, zastępując brak podanych prawideł własnym doświadczeniem, a jeżeli tego braknie, ufa ślepo słowom mistrza, wierząc bezwarunkowo podanym spostrzeżeniom, z których niestety, same tylko pomyślnie są ogłaszane.

W poprzedniej korespondencji wspomnieliśmy o użyciu pikranu amonii do leczenia gorączek przepuszczających. Ten sposób leczenia coraz więcej rozpowszechniać się zaczyna w szpitalach paryzkich, podajemy tu w krótkości parę obserwacyj:

Antoni Ch., lat 45 mający, wszedł do szpitala de la Pitié 13 Lipca 1872 r. Chory ten przed dwoma laty doznał pierwszego napadu gorączki, który trwał dni 15 i wyleczony został przez użycie siarczanu chininy. Osmego Lipca nowy atak gorączki przepuszczającej. Napady powracają co drugi dzień, pojawiając się około godziny jedenastej wieczorem. 16 Lipca zadano choremu poraz pierwszy pikran amonii w ilości pięciu centigrammów pod formą pigulek, z których każda zawierała 1 centigr. Po dwóch dniach takiego leczenia napady były opóźnione, powracały dopiero o godz. 3-iej rano i trwały daleko krócej; po sześciu dniach zupełnie ustąpiły i chory 3 Sierpnia szpital opuścił, nie doznając już od ośmiu dni najmniejszego nawet napadu. Ilość pikranu amonii, potrzebna do wyleczenia gorączki przepuszczającej, wynosiła 40 centigr. dziennie. Podczas całego czasu używania lekarstwa chory uskarżał się tylko na lekki ból głowy.

Drugi podobny wypadek przedstawia nam Piotr G. 26 lat liczący, który wszedł do tegoż samego szpitala 6 Lipca 1872 r. Człowiek ten był w Afryce przed dwoma laty i tam dostał pierwszego napadu zimnicy, do wyleczenia którego użyto siarczanu chininy i hydroterapii. Za powrotem do Francji doznał jeszcze parę napadów gorączki, wszystkie wyleczone przez siarczan chininy.

Obecnie chory doznaje napadów gorączki przepuszczającej, które powracają co drugi dzień (*febris tertiana*) rozpoczynając się o godz. 11-tój rano i trwając aż do 4-tój lub piątój wieczorem. Wysokość wątroby wynosi 14 centmtr. na linii sutkowej, śledziona przedstawia 12 centmtr. średnicy, do tego domięszało się jeszcze lekkie zaburzenie żołądkowe (*status gastricus*) dla zniesienia którego zadano choremu środek przeczyszczający.

9 Lipca podczas ataku w peryodzie pocenia, temperatura brana w odbytnicy wynosi 40^o,3.

10-go chory przyjmuje dwie pigułki pikranu amonii, każda z nich zawiera jeden centigram.

11-go w pół godziny po rozpoczęciu ataku, temperatura odbytnej wynosi 38^o,5, od tego dnia codziennie powiększano dawkę o jedną pigułkę, aż do pięciu pigulek na dzień. Pod wpływem tego sposobu leczenia napady zmniejszyły się i 17g^o prawie zupełnie ustały. Zawieszono więc zupełnie leczenie wskutek czego 29 Lipca chory doznał znowu lekkiego ataku; zadano mu zaraz pięć pigulek. Atak 31 był nadzwyczaj słaby i od tego dnia nie powrócił już wcale. Chory przez pięć dni jeszcze zażywał swoje pigułki, a ósmego Sierpnia szpital opuścił.

Obserwowaliśmy jeszcze jeden wypadek gorączki przepuszczającej, której ataki powracały codziennie i przez użycie 4 centigr. pikranu amonii dziennie w przeciągu 10-ciu dni zupełnie wyleczone zostały.

Nie zawsze jednak wypadki leczenia były tak pomyślne; są pewne niepowodzenia w których pikran amonii, nawet w wielkiej dozie zadany (10 centigr. dziennie), nie przyniósł wielkiej zmiany. Wprawdzie ataki zmieniły się względnie do ich długości, natężenia lub przychodziły opóźnione, powracały jednak zawsze, dopiero zadany siarazan chininy zupełnie chorobę usunął. Czy niepowodzenia te mają wpływać na to żeby pikranu amonii zupełnie zaniechać przy leczeniu gorączek przepuszczających? Nie sędziemy bynajmniej. Zapewne, że działanie pikranu amonii jest bez porównania słabszem od działania siarazanu chininy i ten ostatni pozostanie zawsze głównym środkiem przy leczeniu wszystkich gorączek przepuszczających; zważywszy jednak na wypadki podane, w których pikran amonii zupełnie gorączki przepuszczające wyleczył, że dalej w razach, w których wyleczenie nie nastąpiło, nie pozostał zupełnie bez działania zmieniając *typ, formę* lub natężenie ataków, co sami parę razy mieliśmy sposobność obserwowania, zasługuje na pewne uwzględnienie; żeby, zaś zupełnie działanie jego i wartość ocenić, doświadczenia dalsze są potrzebne.

Z obserwacji wyżej podanych wypada, że pikran amonii leczy gorączki przepuszczające w dość krótkim przeciągu czasu; dawkę 2 lub 3 centigr. dziennie do tego działania wystarcza, lepiej jest jednak użyć odrazu dawki dosyć znacznej 5 centigr. np. i zadawać ją przez kilka dni jeszcze po zupełnem ustaniu gorączki, zmniejszając stopniowo zadawaną ilość. Forma pod jaką lekarstwo może być zadane, jest najwygodniejsza pigułkowa, pikran amonii posiada bowiem smak nadzwyczaj gorzki, zupełnie zbliżony do siarazanu chininy, smak więc ten najlepiej w pigułkach utajonym być może. Jak widzieliśmy p. Denes w którego salach spostrzeżenia te były robione, kazał przyrządzić pigułki, z których każda zawierała jeden centigram pikranu amonii.

Dr. W. Federowicz.

Wiadomości bieżące.

— Lekarze kobiety, które ukończyły uniwersytet w Zürich, Olga Stoff i Zofia Hasse ogłosiły w Centralblatt f. d. med. Wissenschaften rozprawkę p. t.; „*Einige Notizen über die Circulationsverhältnisse der Milch*“.

— Privat-Dozent Innsbruck'skiego uniwersytetu, Dr. Wiktor Ritter v. Ebner został powołany na nadzwyczajnego Professora histologii i embryologii w Grazu.

— Nadzwyczajny Professor Peszteńskiego uniwersytetu Dr. Jan Bókai został powołany na profesora zwyczajnego chorób dzieci w tymże uniwersytecie.

— W miesiącu Lutym w Allgemeines Krankenhaus na oddziale prof. Standhardtnera pierwszy asystent Dr. Blumenfeld dokonał cięcia cesarskiego na pewnej kobiecie w 10 minut po jej śmierci. Dziecko wydobyte żywe miało około 7 miesięcy, ważyło 2 funty i 8 łutów. Co jednak ważniejsza, że śmierć operowanej nastąpiła w skutku ogromnie rozwiniętej gruźlicy, co w każdym razie w czasie trwania samej ciąży rzadko się zdarza.

Redaktor i wydawca Prof. Dr. Girsztowt.

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

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