

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. **Rozprawy.** Z kliniki chirurgicznej prof. Mikulicza w Krakowie. Przyczynek do operacji dokonywanych na pęcherzu moczowym. Podał dr. Rudolf Trzebicky. (Ciąg dalszy). Przyczynek do etiologii odmy piersiowej. Napisał dr. Władysław Biegański. — **Streszczenia i wyciągi.** 124. O lekach przeciwgorączkowych. 125. O leczniczym zastosowaniu *chininum bihydrobromatum*. 126. Ukryte kamienie pęcherzowe. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Z kliniki chirurgicznej Prof. Mikulicza w Krakowie.

## PRZYCZYNEK

### DO OPERACJI DOKONYWANYCH NA PĘCHERZU MOCZOWYM.

Podał **Dr. Rudolf Trzebicky** asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 45).

#### I. Papilloma villosum (Thompson). Usunięcie nowotworu przez ranę w międzykroczu. Wyleczenie.

J. P. l. 57 z Sanoka. Dawniej nigdy nie chorował. Przed 5 laty spostrzegł, że mocz czasami był krwawy, jak nie mniej, że pod koniec mokżenia odchodziły drobne skrzepy krwi, podczas gdy mocz z początku oddany miał być zupełnie czysty. Od tego czasu krwawienie było coraz częstsze, a obecnie mocz stale zawiera krew. Najrozmaitsze środki wewnętrzne pozostały bez widocznego skutku. W klinice chirurgicznej w dniu przyjęcia znaleziono stan następujący: Chory wzrostu niskiego, licho odżywiony, blade. Narządy klatki piersiowej prawidłowe, trawienie złe, oddawanie stolca nieregularne, częste zaparcie. Ciepłota ciała prawidłowa, tętno wolne. Mocz oddaje chory średnio 11 razy na dobę, częściej we dnie niż w nocy. Cała ilość moczu na dobę wynosi 750—1000 cm. sz., za jednym razem oddaje pacjent 70—80 cm. sz. Promień moczu nie zmieniony, urywa się jednak często wskutek zatkania cewki krwią skrzepłą. Zatrzymanie zupełnego moczu ani oddawania kroplami nie było nigdy. Bólów nie doznawał chory dotąd żadnych, kateteru nie używał. Mocz stale zawiera krew a badanie chemiczne wykonane przez profesora STOPCZAŃSKIEGO nie wykazało zresztą żadnych charakterystycznych składników. Badanie cewnikiem jakoteż przez kışzkę stolcową dało wynik zupełnie ujemny, badanie cystoskopem z powodu bezustannego krwawienia nie doprowadziło do celu. Po każdym badaniu pojawiała się w moczu świeża całkiem krew. Ponieważ podany tannin sporysz (*secale cornutum*) i t. p. pozostały bez skutku, przeto przystąpił prof. MIKULICZ 22/I b. r. do operacji. Wprowadziwszy palec do pęcherza po kilku minutach dopiero mógł prof. MIKULICZ wymacać, że ściana tylna w całej prawie lewej połowie pokryta była ma-

są nader miękką, do aksamitu podobną. Masy te usunięto po części palcem, przeważnie jednak zapomocą ostrej łyżki i kleszczyków prostych. Mierny wcale krwotok zatamowano przez irygacyą zimnym roztworem kwasu salicylowego; do pęcherza włożono 2 grube dreny, a naokoło nich wytamponowano całą ranę gazą jodoformową. Masy nowotworowe wyjęte razem wzięte dorównywały prawie wielkości jaja kurzego. Przedstawiały one dokładny obraz tak zwanego *papilloma villosum*, składały się z bardzo licznych delikatnych wypustek złożonych, jak na okazach mikroskopowych można było się przekonać, z samych prawie komórek nabłonkowych. W środku tych wypustek widać było delikatną podstawę z tkanki łącznej z cieniutkiem naczynkiem.

Przebieg pooperacyjny był wcale zadawalający. Ciepłota pierwszego dnia podniosła się do 38,4°, potem przez 2 dni dochodziła 38°, a odtąd był stan bezgorączkowy. Codziennie przestrzykiwano 2 razy pęcherz kwasem salicylowym i mieszanką jodoformu w glicerynie (1:10). Na 3-ci dzień mocz już był bezkrwawy, oddziaływał zaś obojętnie (poprzednio kwaśno), był mętny a w osadzie znajdowało się mnóstwo ropy i śluzu. Podano choremu *ac. benzoicum* do użytku wewnętrznego. 30/1 Mocz nieco czystszy. Zmieniono gazę jodoformową wypełniającą ranę i usunięto jeden dren. 3/2 Mocz jeszcze mętny, ale oddziaływa już kwaśno. Dren zupełnie wyjęto. 4/2 Część moczu już odchodzi przez cewkę. 8/2 Mocz zawiera bardzo mało ropy, a przez ranę w międykroczu wydobywa się go zaledwie mała ilość. 12/2 Ziarnina wypełnia w głębi ranę, przez którą już mocz nie wycieka. 14/2 a więc w 3 tygodnie po operacji opuszcza chory klinikę z powierzchowną małą raną na międykroczu zupełnie czysto ziarnkującą.

Chory przedstawił się w Czerweu b. r. w klinice. Jakkolwiek nie może obecnie wstrzymać moczu, jest przecież ze stanu swego zupełnie zadowolonym, gdyż w moczu nie dostrzegł przez cały czas ani śladu krwi. Odżywienie i wyglądanie chorego znacznie lepsze niż dawniej. Według doniesienia listowego obecnie jest w stanie wstrzymać mocz przez dłuższy czas.

## II. Krwotoki pęcherzowe bez znanej przyczyny. Wyleczenie.

M. N. l. 60 z Jasienicy. Oprócz dwukrotnego zapalenia płuc nie przebywał dawniej żadnych chorób. Przed 3-ma laty spostrzegł poraz pierwszy, że mocz był mocno krwawo zabarwiony. Po kilku dniach objaw ten ustąpił jednak zupełnie, by po roku znów powrócić; odtąd krew coraz częściej pojawiała się w moczu a obecnie mocz jest ciągle krwawy. Skrzepy krwi postrzegał chory w moczu tylko bardzo rzadko. Od tygodnia nie zdoła oddać moczu bez kateteru.

W dniu przyjęcia do kliniki znaleziono stan następujący: Człowiek wzrostu średniego, dość dobrze odżywiony, narządza klatki piersiowej, jamy brzusznej, jak nie mniej i części płciowe zewnętrzne prawidłowe, tylko żołądź za uciskiem nieco bolesna. Chory doznaje częstego, bolesnego bardzo parcia na mocz, nie może go jednak bez cewnika oddać. Mocz koloru ciemno-wiśniowego oddziaływa obojętnie, czasami nawet alkalicznie

i zawiera znaczne ilości białka. Badanie cewnikiem i przez kışzkę stolcową daje wynik ujemny. Ciepłota ciała prawidłowa. Ponieważ leki wewnętrzne już dawniej nie odniosły u chorego żadnego skutku, przeto przystąpił prof. MIKULICZ dnia 19/6 b. r. do zbadania pęcherza zapomocą palca. Operacya odbyła się również według wskazówek podanych przez THOMPSONA. Znaczny przerost gruczofu krokowego stawiał tu jednak dość znaczne trudności tak, że nawet w głębokiej narkozie nie udało się obmacać dna pęcherza poza gruczofem położonego. Miejsca dla palca dostępne okazały się zupełnie zdrowymi. Dla stwierdzenia rozpoznania zeszkrobał prof. MIKULICZ za pomocą ostrej łyżki część błony śluzowej, która pod mikroskopem nie okazywała żadnych zmian. Założono do pęcherza przez ranę w międzykroczu dren średniej grubości. Wieczorem ciepłota podniosła się do 38.5°, mocz odpływa zupełnie swobodnie. 22/6. Mocz nieco jaśniejszy. Wieczorem utrzymuje się stan podgorączkowy. Pęcherz przepłukuje się codziennie kwasem salicylowym i mieszanką jodoformu w glicerynie. 27/6. Mocz zupełnie czysty, oddziaływa kwaśno i zawiera znacznie mniej białka. 4/7. Stan chorego zupełnie zadawalający. Usunięto dren z pęcherza. Gdy jednak jeszcze tego samego dnia wystąpiły znaczne bardzo bóle przy każdorazowym skurczu pęcherza, a mocz wypływający przez ranę przybrał znów wejrzenie krwawe, założono napowrót dren do pęcherza. Mimo tego jednak mocz przez dalszych kilka dni był krwawy, a tylko bóle nieco pofolgowały. Wieczorami chory gorączkował (aż do 39°). Wejrzenie samej rany i jej okolicy zupełnie prawidłowe.

11/7. Bóle ustąpiły prawie zupełnie. Mocz jednak wciąż krwawy, oddziaływa kwaśno. Dren z rany znów wyjęto. Mocz odpływa wyłącznie tylko przez ranę w międzykroczu, chory jednak jest w stanie wstrzymać go dość długo. Wieczorami utrzymuje się jeszcze lekki stan gorączkowy. 17/7. Mocz czysty krwi już nie zawiera. Ciepłota prawidłowa. Odtąd chorego 2 razy dziennie kateteryzowano.

20/7. Mocz poczęści odpływa już i bez cewnika drogą naturalną przez cewkę. Rana w międzykroczu na zagojeniu. Z powodu feryi wakacyjnych przeniesiono pacyenta jeszcze na kilka dni do szpitala, który opuścił dnia 5-go Sierpnia z małą jeszcze przetoką w międzykroczu. Przetoka ta zarosła, a chory już nigdy więcej krwi w moczu nie zauważył; od czasu do czasu zaledwie przy oddawaniu moczu czuje ból.

W przypadku tym operacya, mimo że nie wykazała wcale przyczyny cierpienia, niemniej uwieńczoną była widocznym skutkiem.

### III. Rak pęcherza u kobiety. Operacya przez cewkę moczową. Wyleczenie. Recydywa po 3-eh miesiãcach.

E. S. I. 60 z Kamieńca. Nigdy dawniej nie chorowała. Przed 2-ma laty uczuła nagle podczas oddawania moczu ból nad spojeniem łonowem i spostrzegła, że mocz przybrał wejrzenie krwawe. Odtąd bóle te pojawiały się prawie przy każdym mokrzeniu, mocz przedtem zupełnie czysty stał się mętnym i zawierał od czasu do czasu krew. Chora zgłosi-

ła się do kliniki chirurgicznej, gdzie została przyjętą w stanie następującym: Kobieta wzrostu średniego, dobrze zbudowana, źle odżywiona nie okazuje oprócz rozedmy płuc miernego stopnia, żadnych zboczeń w narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej. Ucisk na okolicę pęcherza miernie bolesny. Mocz oddaje chora kilkanaście razy na dobę, mocz błądy mętny, oddziaływa alkalicznie i zawiera znaczną ilość ropy i nieco białka. Krwi ani strzępów tkanki nowotworowej obecnie wykazać w moczu nie można. Ciepłota waha się między 37.5—38°.

Dla zbadania wnętrza pęcherza zapomocą palca uspioło chorą. Po powolnem stopniowem rozszerzeniu cewki moczowej można się było przekonać, że na ścianie przedniej i bocznej lewej, znajduje się guz wielkości dużego orzecha laskowego, twardy, o powierzchni nierównej, usadowiony na szerokiej podstawie, dający się palcem obejść ze wszystkich stron. Sam guz zdawał się wychodzić z głębszych warstw ściany pęcherza. 20/6 1885 usunął profesor MIKULICZ zapomocą ostrej łyżki wprowadzonej przez cewkę moczową cały nowotwór. Po przestrzykaniu pęcherza kwasem salicylowym i mieszanką jodoformową założono do pęcherza kateter. 21/6. Chora mocno osłabiona, skarży się na wielkie bólesci w dolnej części brzucha. Mocz alkaliczny mocno krwawy odpływa swobodnie kateterem. Ciepłota 38°. 24/6. Wybitne objawy zatrucia jodoformowego (niepokój, zrywanie się, brak przytomności). Stan miejscowy wcale dobry. Zaprzestano codziennych wstrzykiwań jodoformu do pęcherza ograniczając się li tylko do przepłókiwania kwasem salicylowym. 27/6. Objawy otrucia choć w mniejszym stopniu utrzymują się. Mocz słabo kwaśny, mniej mętny i mniej krwawy. Kateter usunięto, chora oddaje najczęściej mocz bezwiednie pod siebie.

W dalszym przebiegu objawy otrucia z wolna ustępowały, chora wróciła do przytomności. Bolesność brzucha nad spojeniem łonowem ustąpiła zupełnie, mocz kwaśny bardzo lekko mętny nie zawiera wcale krwi tylko jeszcze ślady ropy. Chora może wstrzymać mocz przez kilka godzin. Ciepłota przez cały czas leczenia pooperacyjnego była zupełnie prawidłową.

16/7. Chora zupełnie wyleczona opuszcza klinikę. Według doniesienia chorej w połowie Września znów w moczu pojawiła się krew, co każe się domyślać, że pierwotne cierpienie prawdopodobnie wróciło.

Badanie drobnowidzowe nowotworu wyskrobanego wykazało wybitne utkanie rakowe.

### B. 13 przypadków operacyi kamienią moczowego.

Wobec tego, że w najnowszych czasach kwestya najodpowiedniejszego sposobu usuwania kamieni moczowych znów wprowadzoną została na pole ogólnej dyskusyi, pozwolę sobie w dalszym toku zestawic wyniki podjętych w tym celu przez profesora MIKULICZA operacyi zarówno w klinice jak i praktyce prywatnej.

## I. 7 przypadków litolapaksyi.

1) T. D. mężczyzna l. 24 liczący. Cierpienie rozpoczęło się jeszcze w dziecięctwie i od czasu do czasu z moczem odchodziły drobne kamyki. Mocz kwaśny zawiera nieco ropy. Litolapaksya 31/10 1882. Do napełnienia balonu ewakuatora użyto letniej wody. Kamień (moczan) skruszono w przeciągu 50 minut. Wieczorem tego samego dnia ciepłota 38.4°, stan ogólny dobry, mocz kwaśny. 1/11. Ciepłota odąd zupełnie prawidłowa, mocz kwaśny zupełnie czysty. 6/11. Opuszcza wyleczony klinikę.

2) F. S. mężczyzna l. 79 liczący, dobrze zbudowany i odżywiony, jak na swój wiek wcale krzepki. Wada serca. Kamień miernie twardy (moczan) wielkości małego orzecha. Mocz kwaśny, mętny. 25/11 1882 litolapaksya. Do napełnienia balonu również użyto tylko letniej wody. Zaraz po rozszerzeniu cewki mocny krwotok żylny utrzymujący się stale podczas całej operacji. Skrzepy krwi zatykają często kateter. Odlamki wydano zupełnie. Mocz w ciągu pierwszego dnia krwawy, na drugi dzień zupełnie czysty kwaśny, 26/11 po południu dreszcz, ciepłota 39.8°, 27/11 w nocy dreszcz, gorączka mierna, mocz prawie całkiem czysty, kwaśny.

W następnych dniach C. 38.5—39, T. 120—130, a mocz stał się mętny i zawierał dużo śluzu i ropy. Oddawanie moczu tylko w pierwszych dniach, było nieco bolesne, później prawidłowe. Prącie i międzykrocze za uciskiem bolesne, lekki obrzęk moszen. Chory począł opadać ze sił, później postradał przytomność, 4-go dnia po operacji wystąpił na ramieniu prawem obrzęk zajmujący cały mięsień dwugłowy, 5-go dnia wypłókano pęcherz kwasem bornym i wstrzyknięto kilkanaście gramów mieszanek jodoformowej. 2/12 po południu śmierć. Sekcyi nie robiono.

3) J. G. mężczyzna lat 62 liczący, miernie odżywiony. Cierpienie rozpoczęło się przed 10 laty; od tego czasu częste bardzo parcie, a czasami z moczem odchodzą odlamki kamienia. Oddziaływanie moczu alkaliczne. Kamień (fosforan) wielkości orzecha włoskiego (średnica 1.5 ctm.) miękki. Podano choremu *ae. benzoic.* Po 3 dniach mocz kwaśny. 19/5 1883 litolapaksya. Zewnętrzny otwór cewki moczowej rozszerzono zapomocą noża. Do napełnienia balonu ewakuatora użyto 3<sup>0</sup>/<sub>00</sub> roztworu kwasu salicylowego a po skończeniu operacji wstrzyknięto do pęcherza mieszanek jodoformową. Chory przez pierwsze dwa dni gorączkował bardzo miernie (do 38.4°), trzeciego dnia już mocz był zupełnie czysty, 25/5 opuścił klinikę.

4) Tenże J. G. wrócił w 7 miesięcy z recydywą, która się pojawiła już w 6 tygodni po wyjściu z kliniki. Mocz alkaliczny mętny. *Ac. benzoic.* Po 4 dniach mocz kwaśny i prawie czysty. 15/1 1884 litolapaksya. Kamień (fosforan) wielkości małego orzecha laskowego. Użyto kwasu salicylowego i jodoformu. Przebieg bezgorączkowy; ledwie pierwszy mocz był nieco krwawy. 19/1. Zupełnie wyleczony.

5) E. B. l. 43. Od 2 lat częste parcie i trudności w oddawaniu moczu; krwi w moczach nie było. Kamień (fosforan) wielkości orzecha włoskiego. 31/12 1883 litolapaksya. Przebieg zupełnie bezgorączkowy. Wyleczenie po 14 dniach.

6) M. S. I. 31. Cierpienie od 2 lat. Kamień (moczan) wielkości jaja gołębiego (średnica największa 2 cmt.). Mocz kwaśny. 11/2 1885 litolapaksya. Przebieg bezgorączkowy. Mocz drugiego dnia zupełnie czysty. 14/2 Opuszcza zupełnie zdrów klinikę.

7) S. G. I. 23. Przed 13-tu laty wykonano na chorym cięcie dolne z powodu kamienia wielkości jaja gołębiego. 22/7 1885 wykonał prof. MIKULICZ litolapaksję. Kamień (moczan) dość znacznych rozmiarów, najdłuższa oś wynosiła 4 ctm. Przebieg bezgorączkowy. W 6 dni po operacyi chory wyjechał zupełnie zdrów do domu.

W przypadku 1-szym i 2-im nie przestrzegano prawie żadnych zasad antyseptycznych; to też chory 2-gi uległ ropnicy, której punktem wyjścia był prawdopodobnie rozpadający się skrzep w jednej z żył cewki moczowej lub pęcherza. Wobec tego dalsze litolapaksye odbyły się według wszelkich zasad postępowania przeciwgnilnego, o ile one się wogóle w takich operacyach zastosować dają: narzędzia przed użyciem leżały w 5% kwasie karbolowym, do przepłókiwania pęcherza używano letniego roztworu kwasu salicyłowego, a na sam koniec wstrzykiwano do pęcherza jodoform z gliceryną (1:10). W przypadkach, w których oddziaływanie moczu było alkaliczne, staraliśmy się naprzód zapomocą środków wewnętrznych zamienić je na kwaśne.

Przebieg pomijając przypadek 2 gi był zawsze niepowikłany a choroby średnio po 5—6 dniach wychodzili z pod opieki lekarskiej. Recydywa rozwinęła się w jednym przypadku. Śród operacyi trzymał się prof. MIKULICZ ściśle postępowania podanego przez BIGELOWA i używał zalecanych przez niego narzędzi. Chorych usypiano zawsze głęboko. Kokainu którego z pomysłnym skutkiem używali przy litolapaksyi KOVACS<sup>14)</sup> i BRUNS<sup>15)</sup> nie używaliśmy do znieczulenia miejscowego ani razu. Głębszych uszkodzeń cewki lub pęcherza nie widzieliśmy w żadnym przypadku, i dlatego też pozwalano zawsze chorym oddawać mocz bez pomocy cewnika.

## II. 1 przypadek cięcia dolnego boczego.

E. K. I. 19. Częste parcie od 6 miesięcy, czasami mocz krwawy. Przy badaniu można wykazać kamień wielkości orzecha włoskiego (średnica 2.5 ctm.), twardy, o powierzchni nierównej. Mocz kwaśny nieco mętny zawiera śluz i ropę. 31/1 1883 próbowano skruszyć kamień; po 4-krotnem założeniu litotryptora największy odłamek wynosił jeszcze 2 cmt. w średnicy i żadną miarą już nie dał się skruszyć. Prof. MIKULICZ wykonał tedy cięcie dolne boczne i wy dobył oprócz kilku odłamków jeden większy kamień, brunatno-czarny, o powierzchni malinowatej. Znaczny krwotok po operacyi zatamowano przez wytamponowanie całej rany gazą

<sup>14)</sup> Sprawozdanie z posiedzenia lekarzy w Budapeszcie. *Wiener med. Wochenschrift* 1885. Nr. 10.

<sup>15)</sup> Litholapaxie mit Cocain-Anästhesirung der Blase u. Harnröhre. *Berl. kl. Wochenschrift* 1885. Nr. 21.

jodoformową zostawiając tylko wolne miejsce dla założenia sączka do pęcherza. 1/2. Ciepłota wieczorem 38.2°. Mocz odpływa drenem prawie zupełnie czysty. 7/2 Mocz odchodzi częścią przez cewkę, częścią przez ranę, z której dren już usunięto. Wieczorem utrzymuje się jeszcze zawsze lekki stan podgorączkowy. 10/2. Rana w głębi zlepiona. Mocz wszystek odchodzi przez cewkę. 16/2. Wyleczony opuszcza klinikę. (d. n.)

## Przyczynę do etiologii odmy piersiowej.

Napisał **Dr. Władysław Biegański**, lekarz szpitala N. P. M. w Częstochowie.

Odma piersiowa należy do chorób względnie rzadkich, występuje przeważnie jako powikłanie innych chorób miąższu płucnego, o samoistnej zaś postaci odmy możnaby chyba mówić tylko w przypadkach urazowych. Przyczyny tej choroby sprowadzają się właściwie do dwóch głównych oddziałów: po 1) naruszenie całości płuc i pokrywającej je opłucnej, i po 2) naruszenie całości klatki piersiowej i wyściełającej opłucnej. Do pierwszego oddziału należą wszystkie destruktywne sprawy w płucach, jeżeli tylko ogniska rozpadowe leżą w bliskości powierzchni płuc (gruźlica, zgorzel, ropień płuc, nowotwory złośliwe), dalej rozedma pęcherzyków płucnych wysokiego stopnia, wodunki (*hydatid*). Naruszenie całości płuc może jeszcze nastąpić z powierzchni od worka opłucnej do wewnątrz, np. przy otoku ropnym, przy przetokach płuco-wątrobowych i t. p. Do drugiego oddziału należą rany drażące klatki piersiowej i przedziurawienie przełyku. Oto wszystkie przyczyny mogące sprowadzić odnę piersiową. Olbrzymia większość wszystkich przypadków przypada na gruźlicę płucną, podług SANSSIERA ze 131—81, podług OBRNIER'A 80—90%, podług FRAENTZLA jeszcze większy stosunek; na każdą z innych przyczyn przypada zaledwie ułamkowy procent. Zdarzają się jednak przypadki, które pod żadnym pozorem nie dają się wytłómaczyć powyższymi przyczynami. U ludzi poprzednio zupełnie zdrowych, bez poprzedzającego cierpienia płuc, bez urazu, występuje niekiedy nagle odma piersiowa. Następujący przypadek, który miałem sposobność zauważyć, jest w stanie najlepiej nam illustrować podobne zdarzenia:

B. lat 40, urzędnik drogi żelaznej dobrze zbudowany, poprzednio zupełnie zdrow, oprócz kilkakrotnego zapalenia gardła nie przechodził żadnej ciężkiej choroby, nie kaszlał, cierpi tylko od kilku lat na przewlekłą góściec mięśniowy, niewielkiego natężenia. Nagle przy czynności biurowej, pisząc, uczuwa mocny ból pod lewą łopatką, i od tego czasu czuje stale pewne gniececie w lewej stronie klatki piersiowej, duszność i równocześnie zjawia się nieznaczny suchy kaszel. Wszystkie te objawy nie bardzo dokuczają choremu, tak że przez dwa dni następne pełnił dość uciążliwą służbę. Dnia 1 Sierpnia (w trzy dni od początku choroby) po raz pierwszy widziałem chorego. Stan był bezgorączkowy. T. 37°,2, uderzała tylko jedna okoliczność, mianowicie dość szybkie tętno i przyspieszony oddech. Tętno znalazłem 100 na minutę, oddechów zaś 36. Przy

głębokiem oddychaniu lewa strona klatki piersiowej nie poruszała się wcale. Opukując znaleziono jasny prawie bębenkowy ton na całej przestrzeni lewej strony klatki piersiowej, z wyjątkiem okolicy lewej łopatki, gdzie odgłos był nieco przytłumiony. Stłumienie serca znaleziono po części pod mostkiem, po części zaś z prawej strony; górną granicę śledziona na 11-em żebrze. Z prawej strony odgłos opukowy zwykły, granice prawego płuca obniżone o jedno żebro. Przy wysłuchiowaniu w czasie powierzchownego oddychania na lewej stronie szmeru oddechowego wcale nie słychać, przy głębokiem zaś oddychaniu, słychać go słabo z poddźwiękiem metalicznym. Przy równoczesnem opukiwaniu i wysłuchiowaniu wyraźny dźwięk metaliczny. Z tyłu na lewej łopatce i na przestrzeni między łopatką i kręgosłupem aż do samego dolnego kąta łopatki, słychać szmer oddechowy czysty, osłabiony. Przy bardzo głębokiem oddychaniu zauważyć można na wysokości wdechu szmer metaliczny, podobny do spadającej kropli w butelkę (*gutta cadens*). Po prawej stronie szmer oddechowy zaostrozony bez rżżeń. Zmian w innych narządach nie znaleziono żadnych. Nie ulegało więc wątpliwości, że miałem do czynienia z odmą piersiową lewostronną; powietrze ze znacznem prężeniem (przemieszczenie serca, obniżenie przepony) wypełniało całą przestrzeń lewej strony klatki piersiowej, płuco zaś zepchnięte zostało ku górze i ku tyłowi. Przyleganie płuca do tylnej ściany klatki piersiowej na znacznej przestrzeni, bo aż do dolnego kąta łopatki, dowodziło niezbicie, że w tej części musiały istnieć zrosty opłucnej. Przyspieszony oddech i obniżenie granic prawego płuca dostatecznie wyjaśnionem było zdwojoną czynnością tegoż. Nie mogąc wysledzić przyczyny choroby, rokowanie postawiłem bardzo oględnie, a jako leczenie zaleciłem choremu bezwzględny spokój i stawianie od czasu do czasu suchych baniek.

W tym czasie zmuszony byłem wyjechać na parę tygodni i mogłem widzieć chorego po raz drugi dopiero w dniu 1-ym Września, t. j. w miesiąc później. Przy powtórnem badaniu znaleziono: odgłos opukowy jawniejszy po stronie lewej, stłumienie serca pod mostkiem i górną granicą śledziona wciąż jeszcze mocno obniżoną. Przy wysłuchiowaniu, szmeru oddechowego nie słychać, nawet przy głębokim wdechu, z wyjątkiem okolicy łopatki. Przy równoczesnem opukiwaniu i wysłuchiowaniu dźwięku metalicznego już nie słychać. Po prawej stronie znaleziono obniżenie granic płuca, szmer oddechowy zaostrozony. Przez cały miesiąc ciepłota ciała utrzymywała się w granicach prawidłowych, ogólny stan chorego dobry. Liczba oddechów 24, a tętna 88 na minutę. Chory chodzi po pokoju i tylko na wyraźne moje żądanie nie wychodzi z mieszkania. W dniu 15 Września widziałem chorego po raz trzeci. Zaledwie nieznaczną różnicę można zauważyć w ruchu oddechowym obu stron klatki piersiowej, odgłos opukowy po lewej stronie taki jak i po prawej. Stłumienie serca po lewej stronie prawidłowe, górna granica śledziona dosięga dolnego brzegu 8 żebra. Szmer oddechowy pęcherzykowy wyraźny na całej przestrzeni, nigdzie żadnych rżżeń. W wierzchołkach obu płuc zmian żadnych nie ma; granica prawego płuca prawidłowa, tętno 68, oddech 16 na minutę.

Przypadek powyższy ciekawy szczególnie ze względu na przyczynę. FRAENTZEL <sup>1)</sup> opisuje także podobny przypadek; dotyczył on młodego 19-letniego kupca, poprzednio zupełnie zdrowego, który wysilając się przy zataczaniu beczki, dostał nagle odmy piersiowej. FRAENTZEL przytaczając opis tego przypadku, nie wchodzi w bliższe szczegóły w omawianiu przyczyny, lecz zalicza go wprost do rzędu urazowych. Niezrozumiałem jednak pozostaje, jakim sposobem nienaruszona, zdrowa tkanka płucna od wysiłku pęknąć może.

Jeden z kolegów praktykujących w Częstochowie, dr. WASSERTHAL, widział także podobny przypadek: P. kupiec lat około 40, poprzednio zdrowy, także nagle przy zawieszaniu lampy w zakładzie uczył ból i wezwany wkrótce kol. WASSERTHAL skonstatował odmę piersiową. Stan był nieco więcej zagmatwany, istniały liczne zrosty w górnej części, tak że odma właściwie była częściową. Wezwany na konsylium prof. PAREŃSKI z Krakowa potwierdził rozpoznanie kol. WASSERTHALA, jako też co do przyczyny stanowczo wykluczył gruźlicę i rozedmę płuc.

Nie ulega wątpliwości że we wszystkich powyższych przypadkach musiało nastąpić rozerwanie w pewnym miejscu zdrowej tkanki płucnej. Zdarzają się przypadki urazowe, gdzie bez zewnętrznej rany powstaje podobne rozerwanie. Powstaje ono zwykle wskutek jakiejś znacznej siły, działającej z zewnątrz na klatkę piersiową (uderzenie, zgniecenie), przy czem następuje albo złamanie żebra i ostry odłamek jego rani powierzchwnię płuc, albo rozerwanie płuc następuje bezpośrednio, wprost przez zgniecenie. W ostatnim razie, wobec ogromnej podatności płuc trzeba przypuścić <sup>2)</sup>, że klatka piersiowa w czasie podziałania siły musiała być wdechowo ustawiona, głośnia zamknięta a siła działająca z zewnątrz znaczna; jeżeli wobec tego elastyczne żebra pod działaniem urazu uginają się mocno, to parcie w oskrzelach i pęcherzykach płucnych musi być ogromne. Samo jednak parcie wewnątrz-płucne nie jest w stanie objaśnić nam rozerwania płuc. Istnieją tu jeszcze i inne warunki. W skutek uderzenia, podobnie jak i na czaszce, tylko w większym stopniu następuje na miejscu podziałania siły czasowe wgniecenie, średnica klatki piersiowej w kierunku działania siły zmniejsza się, średnica zaś poprzeczna do tej rozszerza się. Odpowiednio do tej zmiany klatki piersiowej muszą i płuca w jednym kierunku ściągnąć się, w drugim rozszerzyć. Podczas rozszerzania się płuc w obie strony w kierunku poprzecznym, największe rozciąganie i zarazem parcie wewnątrz-płucne przypada na średnicę w kierunku działania siły, to też płuco zwykle rozrywa się albo na miejscu podziałania siły, albo na miejscu przeciwległym (*contre coup*). Widzimy więc że dla bezpośredniego rozerwania zdrowej tkanki płucnej wskutek uderzania, potrzebne są następujące warunki: 1) mocne parcie w oskrzelach i pęche-

<sup>1)</sup> FRAENTZEL: Podręcznik Ziemsena, choroby opłucnej tł. pol. str. 445.

<sup>2)</sup> Ob. pracę doświadczałą w tym przedmiocie Gosselin'a, cytowaną u Vidal'a: *Traité de pathologie externe* T. IV; KOENIG: *Chirurgja Szczegółowa* T. II str. 663.

rykach płucnych, i 2) niejednostajne rozszerzanie się płuc. Są to dwa warunki kardynalne.

Teraz przechodzimy do innej kwestyi: czy możebne jest rozerwanie zdrowej tkanki płucnej bez podziałania siły zewnętrznej, wprost przy wysiłku? Niema chyba w literaturze ani jednego podobnego przypadku, dowiedzionego sekcją, pomimo to autorowie (FRAENTZEL, OBERNIER <sup>3)</sup>) po-bieżnie wspominają o możliwości tego rodzaju przyczyny odmy piersiowej. Dowiesć sekcją wprawdzie w analogicznych przypadkach bardzo trudno, gdyż przypadki podobne kończą się zwykle pomyślnie, lecz już sama względna rzadkość takich zdarzeń, kiedy miliony ludzi codziennie, wielokrotnie ulegają mocnym wysiłkom, przekonywa, że związek nie jest tu tak prosty, że chyba zdrowa tkanka płucna nie może uleść pęknięciu przy nadmiernem wysileniu. W rzeczy samej przeglądając jeszcze raz warunki, jakie uważamy za konieczne dla bezpośredniego naruszenia całości płuc przy podziałaniu siły zewnętrznej, musimy się zgodzić, że przy wysiłku warunków tych niema. Niema bowiem najważniejszego, zgniecenia klatki piersiowej, zmniejszenia jej pojemności w jednym kierunku, i co zatem idzie nierównomiernego rozszerzania się płuc. Przy wysiłku widzimy: wdychowo ustawioną klatkę piersiową, zamkniętą, głównie mocny skurez mięśni piersiowych i brzusznych i wskutek tego wszystkiego spotęgowane ciśnienie wewnątrz płucne. Płuco w tych warunkach rozszerza się znacznie, nie rozszerza się jednak nawet do *maximum* fizyologicznego, gdyż temu stoi na przeszkodzie silny skurez mięśni oddechowych, który nie pozwala klatce piersiowej nadmiernie się rozszerzyć. Rozszerzanie się płuc odbywa się w tych warunkach prawidłowo, jednostajnie, choć pod znacznem ciśnieniem; żadna cząstka płuca nie jest więcej rozciągnana od innej. Gdyby więc samo ciśnienie miało być przyczyną rozerwania, to rozrywając płuco, rozerwałby i klatkę piersiową, bo właściwie parcie jest jednakowe na ściankę płuc i na ściankę klatki piersiowej. Obie wobec ciśnienia wewnątrz-płucnego stanowią jednolitą całość i jedna nie może ustąpić bez drugiej.

Ilna rzecz, jeżeli, jak się to często zdarza, mamy do czynienia z płucami przyrośniętymi w pewnych miejscach klatki piersiowej. Tutaj wobec wysiłku i *eo ipso* spotęgowanego parcia wewnątrz płucnego, rozszerzanie płuc odbywa się niejednostajnie. Części przyrośnięte, jeżeli nie są zupełnie nieruchome, to w każdym razie rozszerzają się znacznie mniej, aniżeli części wolne. Pewne więc odcinki płuc podlegają nadmiernemu rozciąganiu, i mogą uleść rozerwaniu przy sprzyjających okolicznościach. Rozerwanie wtenczas musi nastąpić na miejscu tuż przy zroście, gdyż miejsca te najwięcej ulegają targaniu i rozciąganiu. A zatem pęknięcie płuc tylko wtenczas przy wysiłku jest możebnem, jeżeli istnieją zrosty opłucnej. Zależność jednak i ta nie jest tak prosta, jakby się na pozór wydawać mo-

<sup>3)</sup> Artykuł: Pneumothorax w Eulenburgu „Real Encyclopedie der gesammten Heilkunde”.

gło. Nie jest rzeczą jednoznaczną, jaki odcinek płuca jest przyrośniętym. Jeżeli zrosty znajdują się w dolnym odcinku płuc a wierzchołki są wolne, to one powodować nie będą nadmiernego rozciągania tkanki płucnej, wierzchołki bowiem, otoczone mało podatnymi ścianami klatki piersiowej, nawet przy wysiłku nie rozszerzają się wiele. Jeżeli zaś zrosty będą w górnych i średnich płatach płuc, a dolne będą swobodne, to naówczas dolny odcinek płuc, który i w stanie fizyologicznym najbardziej się rozszerza, musi przy wysiłkach znacznie się rozciągnąć. Najwięcej rozciągana jest tkanka płucna, jak wszystkie błony elastyczne, na miejscu przyczepu, którym w tym razie jest brzeg zrostu. Że tak jest przekonywają nas oględziny pośmietne płuc przy trwałych zrostach opłucnej. Naokoło zrostu znajdujemy zwykle mocno rozdęte pęcherzyki płucne, ścięczała tkankę płucną, a nawet często bardzo znaczne i liczne roztrzenie oskrzeli (KNAUTH<sup>1)</sup>). Przy częstych wysiłkach musi dojść w tem miejscu do częściowego ścięczenia tkanki płucnej, która przy sprzyjających warunkach łatwo pęknąć może. Tak sobie tłumaczyć należy owe względnie rzadkie przypadki odmy piersiowej, spotykane u osób zupełnie zdrowych, mających jednak zrosty opłucnej. Summując wszystko to cośmy powyżej powiedzieli, przychodzimy do przekonania że 1) wysiłek nadmierny wobec bezwzględnie zdrowych płuc nie może być uważany jako przyczyna rozerwania płuc, *resp.* odmy piersiowej, że 2) częste wysiłki fizyczne w płucach, przyrośniętych na pewnej przestrzeni do ścian klatki piersiowej, powodują nadmierne rozciąganie, a tem samem ścięczenie tkanki płucnej w okolicach zrostu, i że 3) ścięczenie to dojść może do takich rozmiarów, że za najmniejszym powodem, głębszym wdechem naprzykład, może nastąpić rozerwanie tkanki płucnej w miejscu nadmiernego rozciągania. Tym sposobem tłumaczą się i te przypadki, gdzie bez poprzedzającego wyraźnego wysiłku występuje odma piersiowa.

Jeszcze słów kilka o rozpoznaniu i rokowaniu w tego rodzaju przypadkach. Rozpoznanie opierać się musi przeważnie na zasadzie wykluczenia. Jeżeli u danego osobnika nie znajdujemy gruźlicy, rozedmy, ani żadnych rozpadowych cierpień płuc, jeżeli niema urazu i jeżeli obok tego znajdujemy zrosty opłucnej (co łatwo skonststować przy istniejącej odmie) to przypadek taki należy odnieść do opisywanego przez nas rodzaju odmy piersiowej. Rokowanie w podobnych przypadkach bywa znacznie lepsze, można rzec nawet dobre. Komplikacye prawie nigdy nie występują, powietrze wychodzące ze zdrowych płuc, jako nie zawierające w sobie żadnych chorobotwórczych przymieszek, bywa powoli wessane i nigdy nie wywołuje zapalnego podrażnienia opłucnej. Wszystkie przypadki powikłane z zapaleniem opłucnej stanowczo przemawiają za istnieniem jakiegoś rozpadowego ogniska w płucach, skąd razem z powietrzem dostał się do worka opłucnej i bodziec zapalny.

<sup>1)</sup> KNAUTH artykuł: Bronchiectasie (Real. Encykl. der gesam. Heilkund II Aufl.)

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

124. **0 lekach przeciwgorączkowych**, wykład P. GUTTMANNA (*Berl. klin. Wochenschr.* 1885. Nr. 24 i 25). Na samym wstępie autor stawia dwa pytania: 1) czy środki obniżające gorączkową ciepłotę, skracają czas trwania choroby i 2) czy na zmniejszenie śmiertelności wpływają. Co do pierwszego pytania, należy odpowiedzieć przecząco. Przekonywają o tem te choroby gorączkowe ostre, których wysoka ciepłota utrzymuje się przynajmniej dni kilka bez przerwy, w których przebieg odznaczonym zostaje przez pewne wybitne objawy, i gdzie rzeczony przebieg, naturalny, przez działanie lecznicze nie modyfikowany, dobrze nam jest znany. Ani w zapaleniu włóknikowem płuc, ani w płonicy lub odrze, nie jesteśmy w stanie, zapomocą obniżenia podniesionej ciepłoty, skrócić oznaczonych okresów tych chorób. Tak samo niemożliwym jest, według doświadczenia autora, zapomocą leków przeciwgorączkowych, skrócić trwanie napadu powrotnej gorączki, lub takowemu zapobiedz, albo też w durzycy wysypkowej, chwilę krytycznego przełomu przybliżyć. Mianowicie w durzycy brzusznej, leczonej od tak dawna (od 1866 r.) metodą przeciwgorączkową, spodziewano się po rzeczonyj metodzie skrócenia czasu choroby. Ażeby ocenić pod tym względem działanie środków przeciwgorączkowych, drogą statystycznych zestawień, można się posługiwać dwojaką metodą, albo brać na uwagę tylko czas trwania gorączki, albo też łącznie okres gorączkowy i okres bezgorączkowy czyli zdrowienia. Druga metoda jest wyższą o tyle, iż w 6—8% wszystkich przypadków, podczas rekonwalescencji następuje recydywa, lub też przyłączają się powikłania z podniesieniem ciepłoty. Co do przeciętnego czasu leczenia durzycy brzusznej, licząc od dnia wstąpienia do szpitala, do opuszczenia takowego, autor na zasadzie danych zebranych przez siebie wciągu 9½ lat w szpitalu Moabit w Berlinie w którym tyfus leczy się stale sposobem przeciwgorączkowym, przeważnie zimnemi kąpielami i chininą, podaje że na 647 chorych uleczonych, przypada w przecięciu 49,45 dni szpitalnych zaś na 116 zmarłych po 11,81 dni szpitalnych. Co do czasu trwania kuracyi przypadków nie leczonych metodą przeciwgorączkową, autor nie posiada własnych spostrzeżeń, gdzieby leczenie było czysto wyczekujące, a tylko takie służyć mogą dla celów porównawczych. GLÄSER, ze 102 tyfusowych nieleczonych przeciwgorączkowo, wlicza dni 49, zaś EBSTEIN, z 235 chorych tylko 29 dni. Wszelako ta ostatnia liczba byłaby może wyższą, gdyby EBSTEIN, był z liczby podanych chorych wykluczył przypadki śmiercią zakończone, których czas kuracyjny jest o wiele krótszy. Co do pytania drugiego, czy leczenie przeciwgorączkowe wywiera wpływ na złagodzenie przebiegu, na to odpowiedzieć można twierdząco, osobliwie odnośnie do durzycy brzusznej, która i w tym względzie brnąć bywa. Wprawdzie niektórzy autorowie co do śmiertelności w tyfusie, nie leczonym przeciwgorączkowo, podają bardzo pomyślne odsetki, lecz podania te niczego nie dowodzą. Autor przytacza tabelkę śmiertelności corocznej (od 1876—1885 r.) durzycy leczonej w szpitalu Moabit metodą przeciwgorączkową, przeważnie zimnemi kąpielami; tabelka ta wykazuje śmiertelność bardzo zmienną w różnych latach, od 8,8% do 19,4%. Jeśli w jednym szpitalu, taż sama ludność i przy jednolitych warunkach i jednakowo leczona, przedstawia co do śmiertelności tak znaczne różnice w pojedynczych latach, to przyznać musimy, iż choroba wykazuje w różnych czasach niejednakową złośliwość. Faktem jest że gdy durzyca, przed wprowadzeniem metody przeciwgorączkowej przedstawiała 20% śmiertelności, odtąd śmiertelność jest znacznie mniejsza, co wyłącznie tylko wprowadzonej metodzie zawdzięczać należy. Co do samych środ-

ków przeciwgorączkowych na pierwszym miejscu stoi: *Zimna kąpiel*. Woda na 22° R., oziębiana w ciągu 5 minut do 18°, trwanie 10—15 minut najwyżej; u osób wtlejszych i dzieci początkowo ciepłota kąpeli winna być 24°, a nawet 27° z następnym oziębieniem do 20°. Ciepłota ciała spada o 1½—2°, niekiedy tylko o 1°, albo też o 2½—3°. Na skutek kąpeli wpływa okres choroby i pora dnia; mniej wydatnym będzie skutek w tym okresie i w tej porze, kiedy gorączka trzyma się wysoko lub powinna z natury rzeczy wzrastać; większym i dłużej trwającym będzie skutek w końcu drugiego lub w trzecim tygodniu durzycy, oraz późnym wieczorem, kiedy gorączka ma sama przez się skłonność do obniżki. W pierwszym przypadku, obniżona ciepłota, wkrótce znów się podnosi, tak że po 2 godzinach wraca do poprzedniego natężenia, lecz co jest godnym zaznaczenia, bez dreszczu. Kąpiel wskazaną jest gdy ciepłota dosięga 39,5 w durzycy brzusznej, gdzie zimne kąpiele najrozległej bywają stosowane, niektórzy stosują kąpiel w ciągu doby tyle razy, ile razy ciepłota dosięga 39,5°, autor nie przepisywał nigdy więcej nad 4 kąpiele na dobę i to tylko przy bardzo znacznych gorączkach, w 1 lub 2 tygodnie. W innych przypadkach stosował tylko 2—3 kąpiele, a nawet 1 tylko, chodzi bowiem nie o stałe obniżenie gorączki, lecz tylko czasowe zwolnienie takowej. Przeciwwskazaną jest zimna kąpiel, przy upadku sił, przy zapaleniu płuc opadowem i przy krwotokach kiszkowych. W tyfusach łagodnych kąpiele zimne są zbyt skuteczne, w innych chorobach również, ponieważ wysoka gorączka nie trwa tak długo. W każdym razie kąpiele sprowadzają zawsze szybkie i pewne obniżenie ciepłoty nie przynosząc szkody. Chinina pierwszorzędny, a do niedawna jedyny lek przeciwgorączkowy, powoduje nie zawdzięcza swej skuteczności przeciw zimnicy, wszelako w zimnicy działa jako lek swoisty, a nie przeciwgorączkowy, owszem zadana w czasie napadu, nie ma nawet czasu rozwinąć swojej przeciwgorączkowej działalności; z drugiej strony bardzo dzielne środki przeciwgorączkowe (kairyna, antipyrina) zimnicy nie leczą. Chinina jednak jest istotnie także lekiem przeciwgorączkowym, ale tylko w wielkich dawkach (1½—2 grm.) a przytem środkiem niezupełnie pewnym. Zadawszy np. w zapaleniu płuc, w godzinach przedpołudniowych, t. j. gdy ciepłota po rannem zwolnieniu ponownie wzrasta, 1½—2 grm. następuje zwykle upadek ciepłoty, którego maximum w ciągu 4—5—6 godzin wynosi przeszło stopień, a nawet 2° C. Stan taki utrzymuje się przez kilka godzin, następnie ciepłota zaczyna powoli wzrastać. Jeśli chininę zadamy w godzinach popołudniowych, skutek będzie pozornie dłużej trwającym, albowiem maximum działania przypadnie wtedy o wczesnych godzinach wieczoru, ustaje zaś działanie chininy późnym wieczorem, lecz wtedy właśnie przypada naturalna remissya. To ostatnie jest w praktyce korzystniejsze o tyle, iż bądź co bądź działanie chininy trwa jeszcze przez noc, naturalnie zwolnienie gorączkowe będzie bardziej wydatne i chory noc przesypia. Można też zamiast jednej dawki 2 gramowej, zadać 1 grm. przed południem i 1 popołudniu. Mniejsze dawki są w działaniu niepewne lub nieskuteczne, a i wielka dawka 1½—2 grm. niekiedy zwodzi, wydarza się też nietolerancya na chininę, a nawet przypadki długotrwałego zaburzenia słuchu. Kw. salicylowy oraz salicylan sody, dla działania przeciwgorączkowego wymagają większych dawek, które znów mogą niekorzystnie wpływać na żołądek i organa słuchu, a niebezpiecznie przy osłabieniu serca. Przytem działanie bywa częstokroć niepewne lub niedosć wydatne. Kairyna (Oxychinolinometylowódor) otrzymane drogą syntetyczną przez FISCHERA, zbadana co do skuteczności, o wiele przewyższającej chininę, przez FILEHNEGO (1882). Dawka po ½—1 grm., 2—3 razy w przerwach godzinnych. Naj-

wyższą gorączkę można zapomocą środka tego doprowadzić do normalnej ciepłoty. Spadkowi ciepłoty towarzyszy pot. Miarkując ilość i wielkość dawek, można zapomocą kairyny dowolnie kierować obniżeniem gorączki. Posiada jednak kairyna dwie wady; naprzód działanie jest zbyt krótkotrwałe, mianowicie 2—3 godzin po osiągnięciu najwyższego obniżenia, ciepłota dochodzi znów do poprzedniej wysokości, a nawet wyżej. Drugą niedogodnością jest to, że szybkiemu wzrostowi ciepłoty, równie szybkiemu niemal jak po zimnej kąpeli, towarzyszy ziębienie, a nawet dreszcze połączone z sinicą. Ta ostatnia występuje niekiedy jeszcze podczas spadania gorączki w połączeniu z kłopotem. Antipyrina (dwumetylooxychinicyna), otrzymana syntetycznie przez KNORRA, przez FILEHNEGO poznana jako środek przeciwgorączkowy, wypełnia to wszystko, czego wymagamy od leku przeciwgorączkowego. Albowiem działanie jego jest pewne i długotrwałe, obniżenie jest znaczne, i wielkość jego zależy w zupełności od naszej woli, t. j. od wielkości i częstości dawek. Nie bywa też przykrych przypadłości pobocznych. Wszystko to może autor potwierdzić na zasadzie własnego doświadczenia, mianowicie przeszło 300 przypadków leczonych antipyriną; mieszczą się tutaj osobniki od najmłodszego dzieciństwa, do późnego wieku zgrzybiałości. Zwykle wystarczają dwie dawki po 2 grm., w przerwie godzinnej, w niektórych chorobach z gorączką silną i uporczywą (*pneumonia, recurrens*), dawki muszą być większe (3—4 grm.) w przewlekłych gorączkach (*phthisis*), w ostatnich tygodniach durzycy brzusznej, w ogóle tam gdzie mamy zwolnienie gorączkowe, lub gorączka ma już skłonność do obniżenia, wystarczają dawki mniejsze. Spadkowi ciepłoty zwykle towarzyszy obfity pot (w połowie przypadków). W chorobach ze skłonnością do potów (suchoty), pot występuje już po niewielkiej dawce. Chorzy po antipyrinie czują się dobrze i wogóle nie doznają żadnych niemiłych przypadłości. Skutek trwa o wiele dłużej; po 2—3 dawkach, obniżenie dochodzi do szczytu w 5 godzin, czas jakiś trzyma się w miarę, poczem wzrasta ciepłota powoli, tak że zaledwie w 5—6 godzin, czasem w 18 dopiero, gorączka znów osiąga znacznej wysokości. Dając choremu antipyrinę przed lub zaraz popołudniu, obniżenie przeciągnie się przez noc, i zaledwie nazajutrz przedpołudniem gorączka osiągnie pewnej wysokości, dając ponownie antipyrinę, możemy przez cały okres wygórowania gorączki, utrzymywać takową na niskim poziomie. Podczas wzrostu gorączki, po ustaniu działania antipyriny, dreszczów nie bywa, brak też pobocznych przypadłości, niekiedy tylko występuje na skórę wysypka podobna do odry. Dzieci znoszą antipyrinę dobrze, w dawkach  $\frac{1}{2}$  gramowych, lub podskórnie. W zimnicy, antipyrina zadana na kilka godzin przed napadem, łagodzi takowy. W ostrym gościecu stawów, a nawet przewlekłym, pomijając wpływ jej na gorączkę, antipyrina działa wogóle korzystnie. Thallina (*Tetra hydroparatchinasol*) w dawkach  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  grm. działa przeciwgorączkowo, w sposób zupełnie odpowiadający kairynie, z tego powodu nie zyska szerszego zastosowania.

J. P-i

125. O leczniczym zastosowaniu chininum bihydrobromatum. Dr. J. MAKSYMOWICZ (*St. Petersb. med. Wochenschr.* Nr. 3—1885). Według BAILLE i BAUDRIMONT związki brochinowe są łatwo rozpuszczalne w wodzie, rozpuszczają się już w stosunku 1:60, kiedy siarczan chininy w stosunku 1:788. Chin. bihydrobrom. jest jeszcze łatwiej rozpuszczalny, jak bromatum. GUBLER, RAYMOND wykazali, że omawiane związki chininy łatwiej wsiąkają, nie okazują ubocznego nieprzyjemnego działania, a przytem mają własność uspokajającą. Wskutek tego francuzcy lekarze stosują bromowe związki chininy przy gorączkach z pobudzeniem systemu nerwowego, neuralgiach, przekrwieniu mózgu. Szczególniej dobrze się nadają, do pod-

skórnych wstrzykiwań, ponieważ nie wywołuje ani ropni, ani podrażnienia. JACCOUD obecnie przy tyfusie stosuje tylko *chininum bilydrobromatum*. W Niemczech STEINITZ, ROZENTHAL używają ten związek przy koklusz, histeryi, wymiotach nerwowych, bólach u tabetyków. W Rosyi BORKIN stosuje dla objawowego leczenia przy rozmaitych cierpieniach z pożądanym skutkiem. Dr. TUMAS wykazał, że chin. hydrobrom. zmniejsza ilość uderzeń serca, i zniża ciśnienie krwi. Odnosnie do działania na naczynioruchowy aparat okazało się, że po użyciu chin. hydr. tak przy nietkniętym naczynioruchowym ośrodku, jak i przy przecięciu połączeń z nim, następuje rozszerzenie naczyń, przyczem ani ucisk aorty brzusznej, ani drażnienie nerwów trzewiowych nie może przeszkodzić rozszerzeniu naczyń. Odnosnie do leczniczego działania MAKSIMOWICZ otrzymywał chin. bilydrobr. od Merka z Darmstadt. Preparat jest w formie biało-żółtych kryształów, które łatwo rozpuszczają się w wodzie. Roztwór oddziaływał kwaśno, po kilku dniach przyjmował kolor zielony. Do podskórnych wstrzykiwań używał autor roztworu 0,180—0,30:1,0 wody (3—5 gran : 16 gran). Dla łatwiejszego rozpuszczenia nagrzewa się cokolwiek. Zwykle wstrzykiwania nie sprawiały żadnych miejscowych zmian, chyba jeżeli roztwór nie był świeży powstawało około miejsca ukłócia zaczerwienienie, które po kilku dniach znikało. Autor stosował ten środek przy tyfusie, zapaleniu płuc, płonicy, ospie, suchotach i po 0,6—0,9 grm. podskórnie, a wewnątrznie po 0,6—1,2 grm. W ciężkich przypadkach ciepłota spadała na 0,4—0,8°, a w lżejszych 1—2,5°, puls zwalniał 10—30 uderzeń na minutę. Polepszenie trwało kilka godzin, poczem ciepłota podnosiła się. U niespokojnych chorych następował sen spokojny po 1/2—1 godzinie po zażyciu środka, który trwał 3—5 godzin. Po obudzeniu się obłąd przestawał, przytomność powracała i chory czuł się ogólnie dobrze. Szumu w uszach i przytępienia słuchu nie bywało, lub w bardzo małym stopniu. U suchotników szczególnie chin. bilydrobrom. był dobrym, gdy chorzy nie znosili środków odurzających. Przy zimnicach był skutecznym szczególnie przy neuralgiach zimniczych. Następnie skutecznym się okazał przy *neurasthenia irritatio spinalis*, przy histeryi, nawet w dawkach 0,12—0,18 grm. Jeżeli równocześnie była bezkrwistość, osłabienie z rozdrażnieniem, to M. łączył chin. bilydrobrom. z bromkiem żelaza szczególnie w formie pigułek: *Rp. Ferri bromati, Chin. bilydrobrom. aa. 0,4, Extr. et pulv. r. Rhei aa. q. s. M. f. pil.* Nr. 120 DS. po 2 pigułki 2—3 razy dziennie. J. R. i.

126. **Ukryte kamienie pęcherzowe.** Dr. FENWICK. Wykład w West London Medico-chir. Society. (*Deutsch. med. Zeit.* 46—1885). FENWICK twierdzi, że z powodu braku objawów często kamienie w pęcherzu nie są odkryte. Zależeć to może, albo od znieczulenia błony śluzowej, mogą być mechaniczne przeszkody, które nie pozwalają dostaniu się kamienia na czulą szyję pęcherza. Te mechaniczne przeszkody mogą być trojakiego rodzaju: 1) kamień może trudno się oddzielać od samej ścianki pęcherza, 2) może być otorbiony, lub wreszcie 3) może być w wypukleniu (*Tasche*) dna pęcherza. Ten ostatni przypadek może być nietylko przy przeroście gruczołu krokowego u ludzi starych, ale i przy zwięzieniu cewki moczowej dorosłych. Kieszonki te powstają wskutek przerostu mięśni, otaczających ujścia moczowodów, rozciągających się od jednego do drugiego moczowodu. Mocz w kieszonce zatrzymuje się i przyczynia się do wzrostu kamienia. Autor demonstrował przytem kamień z pęcherzem 35-letniego mężczyzny, który od 9 miesięcy leczył się na zwiężenie cewki, niezbyt pęcherza moczowego i prawostronne zapalenie nerki. Na miesiąc przed śmiercią wystąpiły objawy kamienia pęcherzowego. Po zbadaniu znaleziono kamień 50 grm. wagi, który na jednym posiedzeniu usunięto. Chory umarł w 14

dni po operacji. Na 13 kamieni, spostrzeganych przez F. 4 należały do ukrytych. Jeden z tych ukrytych ważył  $1\frac{1}{2}$  funta i był usunięty przez RIVINGTONA.

R-i.

### Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

**Krajowe.** W fabryce stolarskiej panów Szokalskiego i Żarskiego przy ulicy Gęsiej Nr. 14 mieliśmy sposobność oglądać zbudowane przez tych panów baraki szpitalne bardzo lekkiej konstrukcyi. Składają się one z cienkich deseczek drewnianych i z belek, które nadzwyczaj łatwo dają się rozebrać i z miejsca na miejsce przenieść. Dla zabezpieczenia od zimna ściany owe drewniane są podwójne, a systemat rur z wodą gorącą ogrzaną w małym kociołku na zewnątrz baraku postawionym, służy do ogrzewania. Baraki takie mogą być dowolnej wielkości, najpraktyczniejszą jest jednak wielkość dla pomieszczenia 6-ciu łóżek; można ich zestawić cały szereg obok siebie w miarę potrzeby, a przestrzenie między nimi użyte być mogą jako ustępy, pomieszczenie dla felczorów, posługaczy etc. Ustawić je można w każdym miejscu na ziemi bez żadnego podmurowywania. Barak lżejszej budowy może być też użyty zamiast namiotu dla wojska w polu. Lekkość konstrukcyi, łatwość przenoszenia, możność szybkiego rozzebrania i złożenia, wreszcie cena bardzo przystępna (100 rs. jedno łóżko) zalecają bardzo te baraki.

**Zagraniczne.** Prof. R. KOCH i prof. FLÜGGE z Göttingi wydają w luźnych zeszytach pismo p. t. „*Zeitschrift für Hygiene*”, którego zeszyt pierwszy ma jeszcze wyjść przed nowym rokiem.

— Ostatni komunikat PASTEURA w sprawie szczepienia wścieklizny jest bardzo zajmujący. Szczepienie to występuje jako środek leczniczy. Mianowicie PASTEUR wstrzykiwał płyn otrzymany z mleczka paciorkowego zwierząt wściekłych 9-letniemu chłopcu, pokąsanemu przez psa wściekłego. Zwierzęta, którym P. wstrzykiwał ten sam płyn dostały wścieklizny. Drugi przypadek dotyczy 15-letniego chłopca, znajdującego się obecnie w leczeniu. Dodać jednak trzeba iż ów 9-letni pacjent nieprzedstawił żadnych objawów wścieklizny, której tylko można się było u niego spodziewać, ponieważ został aż 14 razy pokąsany przez psa niezaprzeczenie wściekłego. Wkrótce podamy bliższą o tem wiadomość.

— D. 31 Października Berlińskie Towarzystwo lekarskie obchodziło 25-letnią rocznicę swojego istnienia. Setki zgromadzonych przy stole biesiadnym lekarzy (wszystkich członków jest obecnie 600) słuchało mów VIRCHOWA, GERHARDA, BERGMANA, etc. Pierwszym prezesem oraz założycielem Towarzystwa był GRAFFE, następnie przewodniczył LANGENBECK aż do czasu wyjazdu z Berlina, poczem godność przewodniczącego powierzono VIRCHOWÓWI.

Wyszło z druku dzieło p. t.

## Słownik lekarzów polskich

obejmujący

oprócz krótkich życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną bibliografią lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej

ulożył Stanisław Koźmiński

Członek czynny i bibliotekarz Warsz. tow. lek., członek związkowy Wileńskiego tow. lek.

Zeszyt I, II i III.

Warszawa nakład Autora 1883 można nabyć w Redakcyi Medycyny — Cena: 1 rs. 50 k. z przesyłką pocztową 1 rs. 80 kop. za zeszyt.

REDAKTOR i WYDAWCA DR. G. Fritsche.

Дозволено Цензурою. Варшава 31 Октября 1885. Друк М. Зіемкіевіча Крак.-Пред. N. 17.