

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

W a r u n k i p r z e d p ł a t y :

w Warszawie: {	rocznie..... rs. 5 kop. —	Na prowincyi {	rocznie..... rs. 6
	" 2 " 50	i w Cesarstwie {	półrocznie..... rs. 3
	kwartalnie..... " 1 " 25	z przesyłką: {	

TREŚĆ: Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu jam suchotniczych. Podał dr. A. Sokołowski, z Goerbersdorfu. (Ciąg dalszy).—Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich. To w arzystwo lekarskie warszawskie. Posiedzenia zwyczajne z dnia 2 i 16 Października r. b. — Przegląd czasopism lekarskich polskich. „Przegląd Lekarski” z kwartału II-go r. b. Sprawozdanie dra DOBIEZIEWSKIEGO.—Wykłady kliniczne. O leczeniu złamań powikłanych. Odczyt R. VOLKMAN-N'A. Stręcił dr. W. MATLAKOWSKI, Assyst. kliniki chir. w Warszawie. (Dokończenie). — Krotkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Leczenie błonicy gardła u dzieci.—Przegląd bibliograficzny. A. JURASZA. O skurczowym szmerze mózgowym u dzieci.—Ogłoszenia.

Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu jam suchotniczych (*cavernae*).

Podał dr. Alfred **Sokołowski**, lekarz przy zakładzie leczniczym dla chorób piersiowych w Goerbersdorfie.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 33).

Obraz drobnowidzowy owych cząsteczek przedstawiał powiększej części włókna sprężyste w postaci siateczek włóknistych różnie ułożonych bardzo charakterystycznego wyglądu; przyczem uważam za stosowne nadmienić, że tylko w wyrobach bardzo dobrze wygotowanych znajdujemy tak charakterystyczne obrazy; w większej liczbie przypadków tło bywa niewyraźne, a tylko na jasnych brzegach dają się spozstrzegać wyraźne włókna sprężyste. Zaledwie w kilku przypadkach wreszcie, znajduwaliśmy tak charakterystyczne postacie, jakie w swojej pracy wyżej wzmiankowanej wyrysował FENWICK.

Siatki owe włókien sprężystych powiększej części są zabarwione na żółto, co zależy od roztworu sody gryzącej. Same zaś włókna wyglądają tak charakterystycznie, że uważamy za zbyt znaczne barwienie ich jeszcze za pomocą roztworu fuksyny jak to DUVAL ¹⁾ zaleca.

Pomiędzy owymi kawałeczkami znajdujemy także zazwyczaj drobne cząsteczki pochodzenia roślinnego; są to resztki pokarmów pozostałych między zębami, dostające się przy wypluwaniu płwociny do naczynia. Niektóre z tych cząsteczek, badane pod drobnowidzem, na pierwszy rzut oka podobne są do włókien sprężystych, jednakże znaczna grubość tych ostatnich, nieprawidłowe ich ułożenie są cechami, broniącemi nas od błędów rozpoznawczego. Owe cząsteczki badaliśmy najczęściej przy powiększeniu 300 razy.

¹⁾ De l'expectoration dans la phthisie pulmonaire par le dr. DAREMBERG. Paris 1876.

W ten sposób w ciągu sześciu miesięcy zbadaliśmy u 70 chorych 151 razy płwocinę, jak to pokazuje następująca tablica.

Nr.	S t a n	Liczba badań	Wynik badania	U w a g i
1.	Znaczne zgęszczenia w obu szczytach, stan mocno gorączkowy.	1	Bardzo wiele włókien sprężystych, także w świeżych preparatach.	Silny krwotok, <i>pneumonia hypostatica</i> . Śmierć. Badanie zwłok. Jąma wielkości włoskiego orzecha w lewym szczycie; w obu płucach porozrzucane ogniska serowate.
2.	Znaczne zgęszczenie w obu szczytach, stan bezgorączkowy.	1	Włókna sprężyste.	
3.	Znaczne zniszczenie w lewym szczycie. Zgęszczenie z praw. strony. Gorączka trawiąca (<i>hevis</i>).	1	Włókna sprężyste.	
		2	Brak włókien.	Gorączka mniejsza, polepszenie.
		3	Włókna.	Wysoka gorączka.
		4	Włókna, także w świeżych preparatach.	Wielkie osłabienie i gorączka.
4.	W lewym szczycie zniszczenie, w prawym płucu zgęszczenie. Gorączka trawiąca.	1	Włókna sprężyste.	
		2	Brak włókien.	Ciężki przebieg. Śmierć.
5.	Znaczne zgęszczenie w prawym szczycie. Stan bezgorączkowy.	1	Brak włókien.	
6.	Zniszczenie w lewym szczycie, zgęszczenie w prawym, stan bezgorączkowy.	1	Włókna spręż.	
		2	Włókna.	Silny krwotok.
7.	Nieznaczne zgęszczenie prawego szczytu, stan bezgorączkowy.	1	Brak włókien.	Zejście pomyślne.
8.	Zniszczenie w prawym szczycie, zgęszczenie w lewym, stan bezgorączkowy.	1	Brak włókien.	
		2	Włókna.	Gorączka, pogorszenie.
9.	Zniszczenie w lewym szczycie, gorączka trawiąca.	1	Brak włókien.	
10.	Zgęszczenie znaczne w obu szczytach, gorączka trawiąca.	1	Włókna spręż.	
		2	Brak włókien.	
		3	Włókna (w świeżych prep. także).	Zwiększenie <i>hevis</i> , wyraźne zniszczenie w obu szczytach, badanie zwłok, znaczne zniszczenie w obu szczytach.
11.	Zniszczenie w obu szczytach, gorączka trawiąca.	1	Włókna.	
		2	"	Krwotok płucny, zapalenie płuc zastoinowe, śmierć.
12.	Zniszczenie z lewej strony, gorączka trawiąca.	1	"	Rozwój postępujący, śmierć, badanie pośmiertne, znaczne zniszczenie obu górnych zrazów płucnych.
		2	"	
13.	Znaczne obustronne zgęszczenie, stan podgorączkowy	1	"	
		2	"	Stan bezgorączkowy.
		3	"	
		4	"	Gorączka.
14.	Zniszczenie obustronne, gorączka trawiąca.	1	"	
15.	Znaczne zgęszczenie po stronie prawej, stan bezgorączkowy.	1	"	
16.	Znaczne zgęszczenie po stronie prawej. <i>Status subfebrilis</i> .	1	"	
		2	Brak włókien.	Stan bezgorączkowy, poprawa w stanie ogólnym.
		3	Włókna.	Stan gorszy, gorączka.
		4	"	Objawy zniszczenia.

Nr.	S t a n	Liczba badań	Wynik ba- dania	U w a g i
17.	<i>Phthisis florida</i> . Zniszczenie obustronne	1 2	Włókna "	Zwiększenie ostateczne, <i>hexis</i> .
18.	Znaczne zgęszczenie obustronne, stan bezgorączkowy.	1	"	Stopniowa poprawa.
19.	Małe zgęszczenie w prawym szczycie, stan bezgorączkowy.	1	Brak włókien.	
20.	Nieznaczne zgęszczenie po obu stronach, stan bezgorączkowy.	1 2 3	Włókna. Brak włókien. "	Poprawa miejscowa i ogólna. " " "
21.	Zniszczenie z lewej strony, gorączka trawiąca.	1 2	" Włókna.	Zwiększenie zniszczeń i gorączki.
22.	Nieznaczne zgęszczenie w prawym szczycie, stan bezgorączkowy.	1	Brak włókien.	
23.	Nieznaczne zgęszczenie jednego szczytu, stan bezgorączkowy.	1	"	
24.	Nieznaczne zgęszczenie prawego szczytu, stan bezgorączkowy.	1 2	Włókna. Brak włókien.	Znaczne polepszenie.
25.	Zniszczenie po prawej stronie, owrzodzenia krtani, stan bezgorączkowy.	1 2 3	Włókna. " "	Zwiększenie osłabienia i sprawy krtaniowej.
26.	Zniszczenie lewostronne, gorączka trawiąca.	1	"	Pogorszenie, śmierć.
27.	Zniszczenie obustronne, gorączka trawiąca.	1	"	Śmierć, badanie pośmiertne, wielkie jamy z lewej strony, mniejsze z prawej, suchoty krtani i gardzieli.
28.	Znaczne zgęszczenie dolnego zrazu prawego płuca, stan bezgorączkowy.	1 2	Brak włókien. "	Znaczna poprawa stanu ogólnego.
29.	Zniszczenie obustronne, gorączka trawiąca.	1 2	" Włókna.	Poprawa stopniowa, zwiększenie zniszczeń.
30.	Zniszczenie po prawej stronie, stan bezgorączkowy.	1 2 3	" Brak włókien. Włókna.	Poprawa znaczna. Objawy fizyczne jamy zniknęły.
31.	Znaczne zgęszczenie szczytu, stan bezgorączkowy.	1	Brak włókien.	
32.	Znaczne zgęszczenie dolnego ustępu prawego płuca, mocne zgęszczenie w obu szczytach, stan bezgorączkowy.	1 2 3	" " "	Poprawa.
33.	Zniszczenie w lewym szczycie, stan bezgorączkowy.	1 2 3 4 5	Włókna. " Brak włókien. Włókna. "	Gorączka. Stan bezgorączkowy.
34.	Nieznaczne zgęszczenie w prawym szczycie, poczynające się owrzodzenia krtani, gorączka od czasu do czasu.	1	"	

Nr.	S t a n	Liczba badań	Wynik badania	U w a g i
35.	Znaczne zgęszczenie lewego szczytu, stan bezgorączkowy.	1 2 3 4	Włókna. Brak włókien. Włókna. "	Krwioplucie. Zwiększenie zniszczeń, gorączka trawiąca, śmierć, badanie zwłok, zniszczenie obustronne, <i>Peribronchitis caseosa</i> .
36.	Obustronne zniszczenie, gorączka trawiąca.	1	"	
37.	Zniszczenie obustronne, gorączka trawiąca, suchoty krtaniowe.	1 2	" Brak włókien.	Ciągłe pogorszenie, śmierć.
38.	Nieznaczne zgęszczenie jednego szczytu, stan bezgorączkowy.	1 2 3 4	Włókna. " " Brak włókien.	Poprawa. Objawy fizyczne nieznaczne, stan ogólny bardzo dobry.
39.	Nieznaczne zgęszczenie jednego szczytu, stan bezgorączkowy.	1	"	
40.	Zniszczenie obu szczytów, suchoty krtaniowe, gor. trawiąca.	1	Włókna.	Badanie pośmiertne, znaczne zniszczenie w obu szczytach
41.	Zniszczenie obustronne, gorączka trawiąca.	1	"	
42.	Zniszczenie obustronne poczynające się, gorączka trawiąca.	1 2 3	" " "	Poprawa ogólna, ustąpienie gorączki.
43.	Nieznaczne zgęszczenie jednego szczytu, gorączka trawiąca.	1 2	" Brak włókien.	Poprawa ogólna i miejscowa.
44.	Nieznaczne zgęszczenie jednego szczytu.	1 2 3	Włókna. " Brak włókien.	Objawy miejscowe sprowadzane do <i>minimum</i> , znaczna poprawa stanu ogólnego.
45.	Zniszczenie prawostronne, stan bezgorączkowy.	1 2	Włókna. "	
46.	Nieznaczne prawostronne zgęszczenie, gorączka.	1 2 3 4 5	" Brak włókien. Włókna. Brak włókien. Włókna.	Zmniejszenie gorączki. Krwioplucie. Poprawa. Krwotok płucny.
47.	Małe zgęszczenie po lewej stronie.	1	Brak włókien.	
48.	Znaczne jednosronne zgęszczenie, gorączka, suchoty krtaniowe.	1	Włókna.	
49.	Znaczne zgęszczenie lewostronne, stan bezgorączkowy.	1 2 3	Brak włókien. Włókna. "	
50.	Znaczne zgęszczenie po lewej stronie, stan bezgorączkowy.	1 2 3 4 5 6	Brak włókien. " " " " Włókna.	} Krwioplucie. Od czasu do czasu <i>status sulfurebilis</i> . Od kilku dni krwioplucie.
51.	Znaczne zgęszczenie po lewej stronie, stan bezgorączkowy.	1 2 3	" Brak włókien. Włókna.	Ogólna poprawa.

Nr.	S t a n	Liczba badań	Wynik badania	U w a g i
52.	Nieznaczne zgęszczenie po lewej stronie, stan bezgorączkowy.	1	Brak włókien.	Poprawa.
53.	Nieznaczne zgęszczenie po prawej stronie, stan bezgorączkowy.	1	"	Poprawa miejscowa i ogólna.
54.	Nieznaczne zgęszczenie po prawej stronie, gorączka.	1	"	Zniknięcie gorączki.
55.	Znaczne zgęszczenie po prawej stronie, stan bezgorączkowy.	2	"	"
56.	Zniszczenie obustronne, gorączka trawiąca.	1	Włókna.	Poprawa w stanie ogólnym.
		2	"	"
		2	Brak włókien.	} Stopniowe pogorszenie.
		3	Włókna.	
57.	Małe zgęszczenie po prawej stronie, stan bezgorączkowy.	1	Brak włókien.	
		2	"	Poprawa.
58.	Małe zgęszczenie po prawej stronie, stan bezgorączkowy.	1	"	"
		2	"	"
59.	Małe zgęszczenie po prawej stronie po krwotoku płucnym, stan bezgorączkowy.	1	"	"
		2	Włókna.	Poprawa.
60.	Znaczne zgęszczenie po prawej stronie, stan bezgorączkowy.	1	Brak włókien.	Poprawa.
		2	Włókna.	"
61.	Zniszczenie po lewej stronie, <i>Pypneumothorax</i> .	1	"	Rychła śmierć.
62.	Nieznaczne zgęszczenie jednostronne, stan bezgorączkowy.	1	Brak włókien.	C. dzienne krwiopłucie.
		2	Włókna.	" "
63.	Znaczne zgęszczenie po prawej stronie, stan bezgorączkowy.	1	Brak włókien.	"
		2	"	Poprawa.
64.	Nieznaczne zgęszczenie po prawej stronie, stan bezgorączkowy.	1	"	"
		2	"	Poprawa.
65.	Nieznaczne zgęszczenie po prawej stronie, stan bezgorączkowy.	1	"	"
		2	"	Poprawa.
66.	Zniszczenie po prawej stronie, stan bezgorączkowy.	1	Włókna.	"
		2	"	"
67.	Zniszczenie po prawej stronie, stan bezgorączkowy.	1	"	"
		2	Brak włókien.	"
		3	Włókna.	Pogorszenie miejscowe i ogólne.
68.	Zgorzel po lewej stronie, stan bezgorączkowy.	1	Wielkie kawałki tkanki płucnej wraz z włóknami.	"
69.	Nieznaczne zgęszczenie po prawej stronie, stan bezgorączkowy.	1	Brak włókien.	"
70.	Zniszczenie po lewej stronie, stan bezgorączkowy.	1	Włókna.	"

Zpomiędzy 70 chorych wyżej przytoczonych, u 19 były wyraźne zniszczenia obok istniejącego stanu lektycznego. Z tych 19 znaleźliśmy u 18 wyraźne włókna sprężyste. W dwóch przypadkach dopiero przy drugim, lub trzecim badaniu znajdowaliśmy włókna, chociaż już pierwsze badanie fizykalne wykazało obecność wyraźnych zniszczeń. Przypadek jedyny tej kategorii (Nr. 9) gdzie pomimo dwukrotnego badania włókien nie znaleźliśmy, dotyczył 20 letniej suchotnicy, u której obok olbrzymiej jamy w lewym szczytce i wyraźnie istniejącego stanu lektycznego, następowało stopniowe pogarszanie stanu miejscowego i ogólnego. Chora wkrótce po drugim badaniu opuściła zakład, a tym sposobem unie-

możebyła dalsze badania. U niektórych chorych tej kategorii, których płwociny więcej nie badaliśmy, znajdowaliśmy raz włókna, a innym razem nie. U jednego z chorych (Nr. 3) nieobecność włókien wypadła jednocześnie z poprawą stanu ogólnego i ze zmniejszeniem się gorączki; przeciwnie u innego chorego (Nr. 37), cierpiącego na *Plutis florida*, przy drugim badaniu nie znaleźliśmy włókien, chociaż zniszczenie i stan gorączkowy trwały dalej bez zmiany.

(d. n.)

Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenia zwyczajne z d. 2 i 16 Października 1877 r.

BRODOWSKI Włodzimierz (dziekan), w obszernym wykładzie podał wyniki badań swoich nad rozlicznymi sprawami chorobnymi wątroby, a mianowicie: nad tak zwanym ostrym zanikiem wątroby, mętnem jej pęcznieniem (*trübe Schwellung*) podczas zapaleń połogowych (*hepatitis puerperalis*), po durzycy zarówno brzusznej jak i wysypkowej i nad zapaleniem znanem pod nazwą marskości (*cirrhosis hepatis*). BRODOWSKI przyszedł do tego przekonania, że we wszystkich tych sprawach bardzo ważną rolę mnożenie się komórek wątrobowych. W ostrym zaniku wątroby (*hepatitis acuta flava*) rozmnażające się szybko komórki ulegają rozpadowi i następnie stłuszczeniu, a jednocześnie mnożą się nie tylko drobne przewody żółciowe, lecz niekiedy i naczyń krwionośne wewnątrz—zrazikowe. Podczas zapaleń połogowych mnożenie się komórek znaczniejsze jest wogóle niżeli podczas durzycy, poczyna się od obwodu zrazików i rozchodzi się ku ich środkowi; u obwodu bowiem widział B. komórki drobne, bez żadnego ładu porozrzucane, ku środkowi się zwiększające i porządkujące, a przy samej żyły wątrobowej przedstawiały swój prawidłowy układ. Były one tylko mocno pościskane, w skutek czego przybierały nieraz postać stożkową. Podobne zmiany znajdował w mniejszym tylko i już więcej prawidłowym stopniu przy durzycy. Podczas durzycy wysypkowej bywały one jednak znaczniejsze niż przy brzusznej. W tym ostatnim razie obok sprawy rozlanej znajdował się jeszcze inna porozpraszana w postaci guziczków, które możnaby chłoniakami (*lymphomata*) durzycowemi nazwać. Te ostatnie B. skłonny jest uważać za powstałe w skutek podrażnienia cząsteczkami pochodzącymi ze strupów jelitowych. Guziczki takie jednak nie wszystkie okazywały się jako chłoniaki, niektóre bowiem z nich znajdowały się wśród zrazików; zwykle jednak przy ich obwodzie położone powstawały w skutek ograniczonego rozrostu samych komórek wątrobowych. Wszystkie te zmiany uważa B. za rozmaitego rodzaju następstwa zapalenia miąższu wątrobowego, tem bardziej, że we wszystkich nie zbywało nigdy na nasiąknięciu (*infiltratio*) bezbarwnymi ciałkami krwi, w większym stopniu w tkance łącznej międzyzrazikowej, a w mniejszym w wewnątrz-zrazikowej, nasiąknięciu uważanem obecnie przez wielu, za główną cechę sprawy zapalnej. Zauważyć tu należy, że BRODOWSKI nie wyznawał nigdy krańcowych o tej sprawie przekonania i nie odnosił jej nigdy wyłącznie ani do zaburzeń w obrębie krążenia, ani do spraw w organicznem utkaniu, opierając się zaś na powyższych spostrzeżeniach, przychodzi do tego wniosku, że zmiany zachodzące w wątrobie przy chorobach, o których mowa, są następstwem wywołujących je swoistych czynników, a nie gorączki, jaka im towarzyszy, jak powszechnie

nie mniemają. Do podobnych wniosków, lecz na innej, bo na doświadczałnej drodze, przyszedł niedawno LITTEN. Co się tyczy t. z. marskości, BRODOWSKI przytoczywszy nowsze na tę chorobę poglądy CORNIL'A, HAYEM'A CHEREST'A i GAMBAULT'A, zwłaszcza odnośnie do tej postaci, która obecnie nosi nazwiska *cirrhosis hepatis hypertrophica*, nadmienia, że jego badanie doprowadziło go do zupełnie odmiennego na tę postać poglądu, a mianowicie, że przy każdej marskości obok większego lub mniejszego rozrostu tkanki łącznej między-zrazikowej, ma miejsce i mnożenie się komórek wątrobowych. W ciągu tej sprawy w jednych razach tkanka łączna bierze przewagę, tak, iż komórki wątrobowe ulegają pod jej naciskiem; to będzie *cirrhosis atrophica*; w innych zaś przeciwnie, pomimo postępującego rozrostu tkanki łącznej, mnożące się komórki wątrobowe dotrzymują placu i to będzie *cirrhosis hypertrophica*. Niekiedy nawet powstają tu guziczki podobne do tych, jakie pierwszy opisał FRIEDRICH pod nazwą *hyperplasia circumscripta hepatis disseminata*, albo w dalszym ciągu takie same, jakie od czasu spostrzeżeń GRIESINGER'A noszą nazwę *adenoma hepatis*. BRODOWSKI, opierając się na tych badaniach wnosi, że żółty zanik wątroby zależy nie od zaburzeń w krążeniu, lecz od cierpienia samego jej mięszu, a nadto tak zwane zmetnienia (*trübe Schwellungen*) często napotykanne przy chorobach gorączkowych są także pochodzenia mięszowego. Z licznych spostrzeżeń, jakie BRODOWSKI na poparcie swoich twierdzeń przytoczył niepodobna nam pominąć następującego. Chora 50-letnia kobieta w dniu 2 Września 1875 nagle dostaje żółtaczki i uskarża się na ból brzucha w prawem podżebrzu. Lekarz znajduje przy badaniu wątrobę znacznie powiększoną, a mocz ciemno zabarwiony barwnikami żółciowemi. W dni kilka później wątroba zaczyna się zmniejszać, stan jest bezgorączkowy, występuje znaczny upadek sił i po niecałych czterech tygodniach od początku choroby chora umiera. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono co następuje. Skóra ciemno-żółta, w płucach liczne stwardnienia serowate (*pneum. lobularis caseosa*). Wątroba o $\frac{1}{3}$ zmniejszona, wiotka; między nią, a ścianką brzuszną wchodzi ją jelita. Powierzchnia wątroby gładka, budowa zrazikowata, barwa mocno żółta, otwór przewodu żółciowego zatkany kamykami, pęcherzyk żółciowy wypełniony żółcią. Jest to więc obraz ostrego zaniku wątroby. Przy badaniu drobnowidzowem znaleziono rozpad drobnokomórkowy komórek oraz masę tłuszczu, wogóle jak przy *icterus gravis*. Celem przygotowania skrawków tej wątroby, BRODOWSKI moczył jej kawałki w roztworze słabym kwasu chromowego, a po kilku dniach przemywał je wodą i zanurzał potem w gęstym roztworze gummy arabskiej, a wreszcie w wysokoku celem stwardnienia. Po zrobieniu skrawków znalazł zraziki znakomicie zmniejszone, chociaż nie wszystkie, nasiąknięcie drobnokomórkowej tkanki łącznej wewnątrz-zrazikowej i międzyzrazikowej, komórki wątrobowe w stanie nasiąknięcia tłuszczowego, a nie przeistoczenia tłuszczowego. W każdym zraziku, najczęściej w pewnej odległości od jego obwodu, znajdowały się ciała kątowate, a między nimi również krople tłuszczowe. Po zbadaniu wielu skrawków musiało się przyjsć do przekonania, że owe ciała kańciaste powstają z rozmnożenia się komórek wątrobowych, które następnie uległy tłuszczzeniu. Nadto pokazało się, że nasiąknięcie tłuszczowe nie przeszkadzało wcale rozmnażaniu się komórek wątrobowych. Na niektórych skrawkach dostrzegano obrazy, zupełnie przemawiające za ich podziałem. Zarodź (*protoplasma*) dzieliła się wyraźnie jakby na dwie połowy. W skutek powyższego przemówienia, J. NOWAKOWSKI opowiada przypadek ostrego zaniku wątroby przed 10 laty spostrzegany, a dotąd jeszcze nie ogłoszony, w którym wśród objawów żółtaczki, wymiotów i stolców żółciowych, przy moczu czarnym i ciągłej gorączce chora 20-letnia kobieta

zmarła i przy badaniu pośmiertnem znaleziono wątrobę o połowę przeszło zmniejszoną i żółtymi plamami pokrytą. Wątroba ta oddana została do pracowni chemicznej prof. FUDAKOWSKIEGO, celem poszukiwania tyrozyny która w zdrowym narządzie się nie znajduje, a którą łącznie z leucyną FRERICHS wykazał w wątrobie, moczu i krwi zmarłych wskutek zaniku wątroby, o czem zaraz doniósł był OPOLZER'OWI (r. 1855), FUDAKOWSKI oświadcza, że z owej wątroby rzeczywiście tyrozynę otrzymał i że dotąd przechowuje ją w zbiorze wyrobów pracowni. O ile sobie przypomina wątroba ta zawierала w sobie bardzo wiele tłuszczu i była tak małą, że się mieściła na spodku od filizanki.

Na posiedzeniu d. 16 Października, LUBELSKI zawiadania, iż rozpoczął staranie, w celu zgromadzenia do biblijoteki Towarzystwa wszystkich dzieł i rozpraw inauguralnych przez polaków napisanych za granicą w ciągu ostatnich lat 50, a dowiadujemy się oprócz tego prywatnie, że podobno za staraniem kolegi L. i biblijoteka fachowa pozostała po byłym towarzystwie lekarzy polskich w Paryżu, ma być do biblijoteki Towarzystwa naszego wcielona. Następnie Henryk STANKIEWICZ odczytał nekrolog CZAJEWICZA, który tu musimy pominąć, gdyż wzmianka o życiu i działalności nieodżałowanego tego kolegi w „MEDYCYNIE” już pomieszczoną została. W końcu KOSMOWSKI przeczytał ciekawą i starannie napisaną pracę o drgawkach przy zębowaniu u dzieci. Między nielekarską publicznością, a co więcej nawet w sferach lekarskich istnieje przekonanie, iż przerywanie się pierwszych zębów u niemowlęcia może spowodować liczne zaburzenia w ustroju. Ze liczne ztąd mające powstawać cierpienia w błonach sluzowych jakie np. kaszel, biegunka, wymioty i t. p. nie z tego pochodzą źródła, zaczyna już powszechnie być uznanem, lecz drgawkowe postacie chorobowe zdarzające się w okresie zębowania bywają mu dotąd uporeczywie przypisywane. Okoliczność ta wielce jest szkodliwą, gdyż pozwala przeslepić wszelkie inne chorobowe przyczyny i do błędnego koniecznie prowadzi leczenia. Tymczasem ze szczegółowego rozpatrzenia się w rzeczy, któremu właśnie poświęcona jest KOSMOWSKIEGO rozprawa, pokazuje się jasno, że chociaż przerywanie się pierwszych zębów może u dziecka powodować pewne niedomaganie, to jednak drgawki są zawsze skutkiem głębszych cierpień, od zębowania zupełnie niezależnych, np. nieżyty żołądka, lub jelit, przeladowań żołądka, a mianowicie zapalenia płuc najczęściej po prawej stronie. Bezpośrednią przyczyną uspasabiającą do drgawek w tym okresie życia, jest szybki rozwój mózgowia, o którym autor porównyując go z rozwojem w późniejszych epokach wzrostu, obszernie wspomina. Nakoniec zwraca on uwagę na samą postać drgawek przy zębowaniu, gdyż ta nie nosi wcale na sobie cechy prostego odruchu jaki by istnieć mógł przy prostem zadrażnieniu nerwów zębowych, lecz ma więcej skurczowy zakrój, jaki charakteryzuje zazwyczaj drgawkowe przypadłości z mózgowego źródła pochodzące. Rozprawa KOSMOWSKIEGO jest godną bliższego z nią się obeznania, jako ważny u nas przyczynek do patologii i terapii wieku dziecięcego. PAMIĘNIK Towarzystwa naszego ogłosi ją też niebawem w całości. * *

PRZEGLĄD CZASOPISM LEKARSKICH POLSKICH.

„P r z e g l ą d L e k a r s k i”,

Organ Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego; wychodzący pod redakcją
prof. d-ra. L. BLUMENSTOKA. Kwartał II-gi r. 1877.

Sprawozdanie dr. med. Z. **Dobieszewskiego**.

Kwartał II-gi „Przeglądu Lekarskiego” z r. b. obejmuje N-ra od 14 do 26-go, rozpoczyna się dokończeniem bardzo zajmującego artykułu d-ra Antoniego JURASZA, p. t. „O skurezowym szmerze mózgowym u dzieci”. Nr. 12 i 14.

Autor znany w piśmiennictwie w ogóle, a czytelnikom „MEDYCYNY”, z artykułów poprzednio pomieszczonej w szczególności, obrał rzezony przedmiot do badań dla napisania rozprawy habilitacyjnej na docenta w uniwersytecie Heidelbergskim. Niniejszy artykuł jest streszczeniem wspomnianej rozprawy. Nie widzimy potrzeby takowego rozbiierać, gdyż czytelnicy znajdują sprawozdanie z rozprawy tej w dziale Przeglądu bibliograficznego.

D-ra Adolfa REFFERA, lekarza miejskiego i sądowego w Dzikowie: „Krwiak macicy i pochwy, zamkniętej błoną dziewiczą nieprzedziurawioną”. Nr. 15.

18 letnia panna, blondyna, dobrze odżywiana, nie miała ani razu miesiączki, a zamiast niej bóle w brzuchu i w krzyżu, przychodzące w okresie zwykłego pojawiania się miesiączki; bóle te, z czasem, stały się ciągle i wzmogły się do najwyższego stopnia. Gdy różne leczenia, przez felezerów stosowane, okazały się bezskuteczne, a gdy i środki użyte przeciw błednicy, za którą brano to cierpienie, sądząc po niedokrwiłym wyglądzie chorej, nie pomagały, wezwano autora, który po dokładnem zbadaniu, znalazł guzowatość mieszczącą się ponad spojeniem łonowem, dochodzącą z jednej strony do pępka, z drugiej, wystającą z pomiędzy warg sromnych. Wargi sromne większe były słabo wykształcone, mniejsze w stanie ledwie zarodkowym. Wystającą z pochwy część guzowatości, pokrywała biaława chrząstkowata błona, cewka była zdrożną, otwór sromny, szczelnie wystającą guzowatością wypełniony. Ucisk guza (który był ruchomy), od strony powłok brzusznych i otworu sromnego, wywoływał bóle. Przy nacisku, czuć było wyraźne chelbotanie.

W takim stanie rzeczy, autor widząc, że ma do czynienia z guzowatością napełnioną płynem, wbił w część wystającą z pochwy trójgranic, po czem przez cewkę trójgranicową trysnęła krew czarna, a później przez cztery godziny sączyła się ciecz mazista jak smoła, w ilości blisko trzech litrów. Obrzęk znikł, boleści ustały, a nazajutrz chora czuła się zupełnie zdrową.

Dr. KRÓWCZYŃSKI ze Lwowa, umieścił artykuł p. t. „Framboezja” Nr. 15, 16 i 17.

W obszernym tym artykule, autor stara się dowieść, że nazwa „Framboesia”, nadawana chorobie skóry, objawiającej się brodawkowaniem, jest niewłaściwą i z nauki powinna być wykluczona; nazwa ta bowiem nie oznacza choroby odrębnej, ale jest objawem wspólnym wielu chorobom, dla określenia zaś wybujałości przyjąć radzi nazwę *papillomatousum*, dodając taką do nazwy choroby.

Najprzód przedstawia autor, jak SAUVAGES, który po raz pierwszy użył tego wyrazu, przechowanego do naszych czasów, określa istotę choro-

by w ten sposób, że uważa ją za grzybki koloru różowego, lub blade czerwonego, brodawkowate lub brodawkami pokryte, słuzem zwilżone i na nieowrzodzonej skórze się znajdujące. Według tego autora, ma ona panować endemicznie na wyspach Indii zachodnich i w Afryce, jest przyrzutową, powstać może na każdej części ciała i ustępuje najłatwiej przy leczeniu rcięcią. Autorowie wyróżniają ją od przymiotu, chociaż ma do niego wiele podobieństwa. J. PLENCK podziela to zdanie, wyklucza ją z rzędu chorób przymiotowych, chociaż najczęściej powstaje po spółkowaniu i przytrafia się na częściach rodnych i na podszewkach i ustępuje przy leczeniu rcięcią. Przytacza, że William BATEMAN opisuje Framboezję, jako wybująłości czerwone, wielkości maliny, lub wielkiej poziomki i w pierwszym razie zowie ją *Yaws*, w drugim *Pian*, wedle miejscowego narzecza, lecz powiada, że ustępuje bardziej pod działaniem sarsaparylli niż rcięcią. ALIBERT znowu ją do chorób przymiotowych zalicza, nazywając: *Mykosis framboësioides*, ale jego pojęcia nie zgadzają się z tem, co inni pod tą nazwą opisywali.

Takie zamieszanie pojęć potrzebowało radykalnej reformy i jakkolwiek takową spowodowano, wszakże do dziś dnia nie jest ona radykalną i wiele potrzeba pracy, aby takowej dokonać. Jako przyczynek do rozjaśnienia pojęć przytacza autor spostrzeżenie, z oddziału chorób skórnych w szpitalu lwowskim, w którym wybująłości brodawkowe były znacznie rozrzucone i większą zajmowały przestrzeń, a przytem w przypadku tym rozpoznanie przymiotu było niewątpliwe.

Spostrzeżenie to odnosi się do 29 letniej wieśniaczki, zamężnej, matki kilkorga dzieci, z których dwoje bliźniąt umarło zaraz po porodzie, a ich matka zaczęła opadać na siłach i na rozmaitych miejscach powierzchni jej ciała, jak i na podniebieniu miękkim pokazały się owrzodzenia. Chora utrzymuje że nigdy przymiotu nie przechodziła i na wargach sromnych żadnej nie wykryto blizny, mogącej budzić podejrzenie że kiedykolwiek istniał wrzód twardy. Autor zatem rozpoznał: *Syphilis gummoso-ulcerosa palatii duri, septi narii, antibrachii sin., crur. dextri et sinistr., perioritis syphil. metacarpi, multipl., cicatr. antibrachii sin. et abdominis, Syphilis papillomorphosis (vegetans) cruris dextri (Framboësia syphilitica); adenitis universalis levis. Anaemia*. Leczenie ograniczyło się do stosowania przetworów rcięciowych wewnątrznie i zewnątrznie.

Opisawszy ten przypadek chorobny, autor zwraca uwagę na to, że, w wielu razach, jak i w tym, chory zaprzecza istnieniu przymiotu, a przecież mimo to, z objawów przedmiotowych rozpoznawać go można i zastanawia się nad tem: czy objawy na goleni postrzegane odpowiadają pojęciu framboezy? Otóż w przypadku tym spotykamy się z objawem, który niewłaściwie przymiotem jest nazywany i rozpatruje: co jest przyczyną, że niekiedy przymiot występuje pod tą postacią? Na to pytanie autor odpowiada, iż tego w obecnym stanie nauki, dla braku odpowiedniej liczby spostrzeżeń, rozwiązać nie jesteśmy w stanie. Jednakże przypuszcza, i na to zwraca uwagę lekarzy, że w obecnym przypadku, jak w wielu innych przez siebie spostrzeganych wybująłości te mogło spowodzić drażnienie mechaniczne, spowodowane przykładaniem drażniących maści i obmywanie moczem. Na poręczenie swego zdania przytacza dwa podobne spostrzeżenia AUSPITZ'a. Według poszukiwań drobnowidzowych, siedzibą zmian są brodawki skóry i warstwa nabłonka; brodawki są wydłużone i zawierają, jak właściwa skóra, komórki wielkości białych ciałek krwi, z wyraźnym jądrem. Komórki te znajdujemy w warstwie nabłonkowej, obok niezmiennych komórek nabłonkowych, a gdy do tego dodamy surowicy nasięk brodawek, będziemy mieli całkowity obraz choroby, ze spostrzeżeniami klinicznymi zupełnie zgodny. Powstawanie wybująłości, tłumaczy KAPOSI sposobem me-

chanicznym, przypisując wydłużenie brodawek nasiękwii surowiczemu i nagromadzeniu komórek. Porównywając obraz zmian spostrzegany przy framboëzy pod drobnowidzem z obrazem wysypek przymiotowych, widzimy że wysypki te jakościowo wcale się nie różnią między sobą, zatem łatwym jest do pojęcia, że pod wpływem leczenia rtęciowego ustępują tak jedne jak drugie.

Następnie autor usprawiedliwia, dla czego pomimo tak późnych zmian przymiotowych, podawano, zamiast zwykle zalecanego w podobnych razach jodu, rtęć. Usprawiedliwienie to wynika ze spostrzeżeń własnych autora, jak i obcych autorów, według których jod w przypadkach zastarzałego przymiotu, okazał się bezskutecznym. Przedstawiając ścieranie się zdań merkuryjalistów i antimerkuryjalistów, wyraża przekonanie że jeszcze ta walka zdań trwać musi czas jakiś, dopóki dowody swe o skuteczności rtęci lub jodu, opierać będziemy na spostrzeżeniach uleczenia lub nieuleczenia pewnych objawów chorobnych i dopóki nas farmakologia, anatomia i chemia patologiczna, nie wesprą dostateczną pomocą. Dając pogląd na dotychczasowe traktowanie chorych przymiotem dotkniętych, ostro gani postępowanie tych, którzy się chwytają ulubionej formułki, nie bacząc ani na przeszły ani na obecny stan chorego; dla tego pochwała postępowanie SIGMUND'A, który jest uniarkowanym merkurjalistą, lecz po za tym środkiem uwzględnia i inne, bacząc na ogólny stan chorego. O niewłaściwym, bo z pominięciem wszelkich względów, na które lekarz baczycy powinien, leczeniu rtęcią, rozwinął się autor bardzo obszernie, robiąc wszelako uwagę, że nigdy dość obszernie o tem mówić nie można.

Nakoniec, zbierając wszystko dowodzi że „Framboëzyję” należy, najprawdopodobniej odnieść do objawów przymiotu; lecz otatecznie pytanie to rozwiązać tylko mogą badania geograficzno-patologiczne.

Nareszcie dowodzi, że brodawkowate wybujałości nietylko bywają objawem przymiotu, ale że je często napotykamy i w innych chorobach, a przeto objaw ten nie powinien znajdować miejsca w układzie dermatologicznym.

Dr. Henryk KOWALSKI, Lekarz ordynujący w szpitalu powszechnym w Tarnowie, podał „Przyczynę do leczenia zimnicy”. W spostrzeżeniu tem opisuje historję choroby, 24 letniego człowieka, który po przebyciu durzycy z bardzo łagodnym przebiegiem, podległ napadom zimnicy, jednodniowej, tak upartej, że ani pod działaniem chininy, ani arsenu (do 18 kropli roztworu FOWLER'A dziennie), nie ustępowała. W przypadku tym, użył autor sposobu zalecanego przez BROCKES'A (*Deutsche. Zeitschr. f. pract. Med. 1876*), polegającego na zadawaniu prażonej soli kuchennej. Środkowi temu NIEMEYER i LEBERT odmawiają skuteczności, wszakże spostrzeżenie d-ra KOWALSKIEGO dowodzi, iż mogą się znaleźć przypadki w których sól kuchenna skutkuje.

Chory rozpoczął brać sól 10 Stycznia i rano naczęzo (gdyż to jest warunek skutecznego jej działania) zażył jej łyżkę. Po jej użyciu napad nastąpił, ale był o wiele lżejszy, a w dwie godziny po zażyciu soli, odeszły dwa stolce wolne, ciemno-zielone. Nazajutrz polecił powtórzenie środka, ale gdy chory stanowczo odmówił, przepisał kw. arsenawy (0,06 na 120,0 grm. wody) i polecił brać po trzy łyżki dziennie. Dzień 11 i 12 Stycz. przeszedł bez napadu. Jednak 13 Stycz. wieczorem nastąpił napad zimnicy z wielkim bólem głowy i majaczeniem.

Dnia 14 Stycz. zażył chory znowu łyżkę soli, napad nastąpił, ale był łagodny i zjawił się później. W 2 godz. po zażyciu soli oddał znów stolec płynny, ciemno-zielony i bardzo obfity. Dnia 15 Stycz. zażył znów łyżkę

soli, wieczorem nie było już napadu. Śledziona się skureczyła, w moczu wysledzono kryształki soli kuchennej. Od 15 do 21 Stycz. nie było napadów; chory coraz bardziej przychodził do siebie; 21 Stycz. znowu napad był z silnym bólem głowy, śledziona znowu w wymiarze podłużnym była powiększoną; 22-go zażył znowu łyżkę soli, 23-go, drugą i odtąd napady zimnicy już nie powróciły. Mimo ustania zimnicy, od 25 Stycz. do 1 Lutego chory używał na czczo soli prażonej po łyżeczce od kawy, w pół szklance wody zimnej i napady nie powróciły.

W dalszym ciągu artykułu, zastanawia się autor nad tem: czy istotnie soli kuchennej należy tu przypisać wyleczenie, a udowodniwszy istotną jej skuteczność zastanawia się nad jej działaniem fizjologicznem. Co zaś do działania leczniczego soli kuchennej w zimnicy, to autor przypuszcza, że sól nie sprzyjając rozkładowi gnilnemu i rozmnażaniu się grzybków, działa skutecznie w zimnicy. Na takie jednak rozumowanie zgodzić się nie zupełnie można. Gdyby działanie soli kuchennej było tu czysto przeciw-zaduchowe (*antimiasmaticum*), to nietylko chlorek sodu, ale i inne podobne również byłyby skuteczne; wprawdzie nie mamy dowodu, że takowe, jak: kw. nadmangany, karbolowy, salicylowy nie działają w zimnicy, więc i teorię autora przyjąć by można było, lecz zdaje się prawdopodobniejszem, że sól kuchenna działała jako środek dyjetetyczny, że tak się wyrazimy, że r o z t w a r z a ł a białkany, a raczej przyspieszała ich rozpuszczanie się, co poprawiało przemianę materji i tym sposobem usuwała zaburzenia gorączkowe takie jak uparte sprawy zimnicze, boć przecież wszystkich spraw zimniczych niepodobna jednostajnie traktować. (c. d. n.)

W Y K Ł A D Y K L I N I C Z N E.

O l e c z e n i u z ł a m a ń p o w i k ł a n y c h.

Dwa odczyty R. VOLKMANN'A

Streścił W. Matlakowski, Assyst. kliniki chirurgicznej w Warszawie.

(Dokończenie.—Zob. N. 42 i 43).

Leczenie przeciwnilne złamań otwartych, jakie powyżej przedstawiliśmy, napotkać musi na nieprzewyciężone trudności przy unieruchamianiu członków obrażonych, które, jak powszechnie wiadomo, gra tak ważną rolę przy tego rodzaju chorobach. Z tego względu prawie zupełnie wypada wykluczyć opatrunki tęjące, a w szczególności gipsowy. Oczywiście jest bowiem, że przy licznych drenach, przeciwotworach (*contraperturæ*), nacięciach (*debridements*) i t. d. nałożenie opatrunku gipsowego wymaga zbyt wiele czasu i napotyka na znaczne trudności. Chociażby nawet te ostatnie udało się pokonać przy znakomitej wprawie i biegłości operatora, to jednak wzgląd pierwszy, a mianowicie czas jest tego rodzaju, że zmusza nas szukać innych sposobów unieruchomienia. Tem chętniej to czynimy, że leczenie przeciwnilne nie na tem nie traci, owszem staje się przez to daleko łatwiejsze w wykonaniu, a pewniejsze w skutkach. Dajmy na to, że jeszcze w zwyczajnej praktyce wolno jest kusić się o nałożenie opatrunku tęjącego, lecz na wojnie, gdzie setki i tysiące chorych walą się na miejsce opatrunkowe, gdzie na każdy opatrunek przeciwnilny, od którego jak widzieliśmy zależą dalsze losy chorego, wypada użyć od 20 minut do 3 kwadransów, nie godzi się szafować czasu na opatrunki tęjące, bez których ostatecznie obejść się można. Wiemy również, że opatru-

nek przeciwnilny, jeśli ma być skuteczny, musi być nakładany natychmiast po zadaniu rany, lub co najpóźniej w ciągu 2-iej doby. Cały zatem czas obrócić trzeba na stosowanie tego opatrunku. Przynajmniej chętnie, że znajdą się mistrzowie wyćwiczeni, którzy pokonają wszystkie przeszkody i opatrzywszy chorego sposobem przeciwnilnym, zdołają nałożyć opatrunków tejących; wcale jednak tego powiedzieć nie można o całym składzie ciała lekarskiego czynnego na polu walki. Zalecając zatem jakiś sposób opatrunkowy należy właśnie zwrócić uwagę na to, by on był łatwym do wykonania dla ogromnej większości lekarzy, nie specjalistów—chirurgów, by nie przedstawiał znacznych trudności technicznych. Zresztą zdaniem VOLKMANN'A przy leczeniu przeciwnilnym, opatrunki tejące nie przynoszą znowu, przynajmniej w pierwszych dniach tak wiele korzyści. Dawniej bezwzględne unieruchomienie odłamków kości było nader wysokiej doniosłości, chodziło bowiem o to, aby ruchy odłamków, ich tarcie się o mięśnie, nie wywołały zapaleń rozlanych (*phlegmone*), zatok ropnych, krwotoku i posoczenia. Nie ma się co tego obawiać przy leczeniu przeciwnilnym, gdzie ostre trzaski są opifowane, a odłamki posklejane skrzepami krwi i gdzie codzienne doświadczenie pokazuje, że nawet te ruchy, jakich uniknąć niepodobna przy codziennej zmianie opatrunku przeciwnilnego, nie wywołują żadnego w ranie odczynu i nie odbijają się na dalszym przebiegu złamania.

Zamiast zatem opatrunków gipsowych używa VOLKMANN rozmaitego rodzaju szyn. I tak: Dla kończyny górnej, a mianowicie dla złamań przedramienia, wypifowań i obrażeń łokcia i złamań dolnego odcinka ramienia używa tak zwanej „szyny supinacyjnej”. Są to płytkie i wąskie rygienki drewniane, w które umieszcza się uszkadzony członek, w ten sposób, że dłoń przylega do deseczki, której powierzchnia ustawiona jest prostopadle do płaszczyzny samej rygienki. Oprócz tego rygienka jest zgięta prawie pod kątem prostym, i w miejscu zgięcia jest najwęższą, aby kłykieć wewnętrzny ramienia (*condylus internus humeri*) nie leżał na szynie i nie odgniatł się, lecz wystawał po za jej brzegiem w osobnym na to wycięciu. Kończyna zatem opatrzona sposobem przeciwnilnym kładzie się w szynę i przytwierdza w niej opaską muslinową.

Przy złamaniach ramienia w obu górnych trzecich częściach, przy obrażeniach i wypifowaniach stawu barkowego, najodpowiedniejszą okazała się poduszka DESAULT'A. Jeśli się ma wolny czas do rozporządzenia, można nałożyć nieruchomą szynę gipsową BEELY'EGO, która wysmienicie nadaje się do opatrunku przeciwnilnego i daje się zastosować w każdym położeniu i z każdej strony kończyny górnej.

Na kończynie dolnej przy złamaniach goleni, dolnej $\frac{1}{3}$ uda, przy obrażeniach stopy i kolana, przy wypifowaniach stawów stopowych i kolanowego, VOLKMANN z pożytkiem oddawna używa płaskiej, wąskiej, drewnianej lub blaszanej rygieny, z wycięciem na piętę, rygieny która w końcu odpowiadającym pięcie posiada podstawkę w kształcie **I**, na której się wspiera szyna i spoczywająca na niej kończyna. Główna wyгода i korzyść z tej szyny jest ta, że obejmuje nader małą część obwodu kończyny, że nie zakrywa nam członka, że zatem mamy ze wszystkich stron swobodny dostęp do niego. I tu także chory członek należy przymocować do szyny opaską muslinową. Przytem mała praktyczna uwaga: wszystkie te szyny należy wykładać watą i ceratką cieniotką kauczukową (*Guttaperchapapier*) aby zabezpieczyć szynę od przesiąkania wydzielin.

Nakoniec przy złamaniach uda w dwóch górnych trze-

cich częściach, przy obrażeniach i wypitowaniach stawu biodrowego uciekamy się do wyciągania (*extensio*) za pomocą ciężarków, z jednocześnie oparciem kończyny na szynie lub bez tego. Liczne wycięcia kości udowej (*osteotomia*) przekonały VOLKMANN'A, że w ciągu pierwszych dni, lub tygodni można całkowicie obejść się bez opatrunku gipsowego, ograniczając się jedynie do samego wyciągania.

Z tego jednak bynajmniej nie wynika, aby leczenie przeciwgnilne, całkowicie obyć się miało bez opatrunku gipsowego. Owszem oddaje on nam w dalszym ciągu choroby niezaprzeczone usługi. Około 8 lub 14 dnia choroby, skoro już organizacja skrzepów wypełniających szczeliny i ranę posunęła się daleko, wydzieliną bardzo skąpa, nacięcia po większej części się pogoiliły, a powstały tylko niegłębokie powierzchnie ziarninujące, uciekamy się do opatrunków gipsowych, okienkowatych, lub *à jour*'owych według sposobu DITTEL'A. Opatrunek gipsowy zwłaszcza na kończyne dolnej zapewnia choremu znakomite wygody. Opatrunek ten uwalnia go od męczącego, ustawicznego leczenia na grzbiecie, pozwala mu przewracać się w łóżku, lub przechodzić z niego na sofę lub do stołu.

Niekiedy przy leczeniu przeciwgnilnem mocne spojenie się odłamków (*consolidatio calli*) długo nieprzychodzi do skutku. Ilość nowopowstającej, kostniejącej tkanki kostnej zależy od wielkości bodźca, na jaki kość samo obrażenie wystawia. Przy leczeniu przeciwgnilnem skutkiem spowodzenia liczby bodźców do *minimum*, tworzy się kostnina (*callus*) daleko mniejsza, niż przy innych sposobach leczenia. Przy leczeniu zwyczajnem zazwyczaj kości zrastają się daleko wcześniej, nim zagoi się ostatnia przetoka; przy leczeniu przeciwgnilnem rany się już dawno pozamykały, a tworzenie się kostniny idzie powolnie. Skutkiem tego VOLKMANN na 75 złamań otrzymał 3 razy stawy rzekome (*pseudoarthroses*). Ta okoliczność stanowi ujemną stronę opatrunku przeciwgnilnego. W jednym przypadku u dziecka, VOLKMANN zmuszony był w skutek stawu rzekomego przystąpić do wypitowania, poczem nałożył opatrunek przeciwgnilny i mimo to zrośnięcie kości nieprzyszło do skutku. Wtedy zrobił drugi raz wycięcie kości, zostawił ranę otworem. Teraz nastąpiło szybkie i obfite ropienie i t. d., w końcu kość się zrosła i dziecko wyzdrowiało, ale już bez opatrunku przeciwgnilnego. Z tego bynajmniej nie wypada, aby opatrunek gipsowy ułatwiał i sprzyjał tworzeniu się kości. Owszem opatrunek gipsowy, tak jak w ogóle każdy inny tężejący zanadto obcisłe nałożony, wywierając nacisk na kończyne, sprawiając jej niedokrwistość, może również przeszkadzać tworzenie się nowej kości.

Co się zaś tyczy opatrunku przeciwgnilnego, to on naciska na członek w samą miarę; z drugiej atoli strony pewnem jest, że częste poruszenia odłamków właśnie w okresie, kiedy odczyn zwykły ustępować, utrudniają w wysokim stopniu stałe spojenie się kości.

Przy obrażeniach wymagających ściśłego leczenia przeciwgnilnego nakłada się opatrunek gipsowy okienkowaty w sposób następujący: na ranę kładziemy gruby kawał zwyczajnej waty napojonej kw. karbolowym; na podkładkę pod gips używamy waty przeciwgnilnej np. benzoosowej, okręcając ją grubo cały członek. Następnie wycina się okienka, których brzegi należy dobrze poobtykać watą przeciwgnilną. Po nałożeniu gipsu całe okienko wypełniamy warstewkami gazy LISTER'owskiej, a na to wszystko jeszcze raz opatrunek przeciwgnilny zwyczajnym sposobem.

W końcu streszczając zalety opatrunku przeciwgnilnego, powiada VOLKMANN że opatrunek ten prawie z bezwarunkową pewnością usuwa groźne niebezpieczeństwa złamań otwartych. Do tej pewności dodać należy niebolesność i jak największą czystość. Opatrunek ten wyklucza wszelki za-

duch i smród z rany, broni od powalania łóżka i bielizny, pozostawia wiele wolnego czasu lekarzowi. Przebieg złamania idzie bez żadnych zaburzeń, które tylokrotnie napotykać zwykliśmy przy innych sposobach leczenia. W końcu skraca samą chorobę, gdyż chorzy muszą przebyć w szpitalu zaledwie trzecią część tego czasu, jakiego potrzeba przy leczeniu nieprzeważającym.

Opatrunek ten atoli jest droгим, ze względu na cenę materiałów i wymaga niezmierniej ścisłości, a nawet pedanteryi i niesłychanej skrupulatności i wprawy, której nabywa się dopiero po pewnym czasie.

Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

Leczenie błonicy gardła u dzieci. A. WERTHEIMBER zaleca następujące postępowanie: płókanie gardła (co godzina w dzień, a w dłuższych przerwach podczas nocy) roztworem kw. borowego w wodzie (1 na 25—30); u małych dzieci przestrzykiwanie gardła tym roztworem. Nadto pędzlowanie miejsc chorobą zajętych roztworem kw. karbolowego 1 na 20 (wysokości i gliceriny w równej ilości) 2 do 3 razy dziennie, kawałki lodu do połknięcia i w niektórych przypadkach podawanie chininy, wina, kawy i t. p. Z 8 dzieci w wieku od lat 4—9, wszystkie wyzdrowiały; w żadnym przypadku choroba nie przeszła na krtani. Kwas borny jest względnie nieszkodliwym; tylko wtedy, gdy większe ilości jego dziecko polyka, występują częste wymioty i bóleści w brzuchu. Zaś kwas salicylowy i jego sól sodowa, zdaniem W., są lekami bardzo trudnemi do zadawania dzieciom i nie przedstawiają żadnej wyraźnej korzyści przy leczeniu błonicy gardła.

(Aerztl. Intelligenzblatt N. 6 - 1877). J. R.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Dr. A. JURASZ. O skurczowym szmerze mózgowym u dzieci. (*Das systolische Hirngeräusch der Kinder*). Heidelberg 1877, str. 96. „Przegląd Lekarski” Nr 12 i 14 z r. b.

Odkrycie szmeru skurczowego mózgowego, zawdzięczamy FISCHER'OWI w Bostonie, który go po raz pierwszy spostrzegł w r. 1832, przyłożywszy przypadkiem ucho do wielkiego ciemienia $2\frac{1}{2}$ letniego dziecka, cierpiącego na wodną cuchlinę mózgowia. Szmer ten powtarzał się współcześnie z uderzeniem tętna i przedstawiał cechy szmeru dmuchającego, jaki słyszymy przy wadach zastawkowych serca. Przytem ani serce, ani wielkie naczynia krwionośne nie wykazały żadnych zmian, mogących nam wytłomaczyć powstanie podobnego szmeru. Gdy dziecko powoli wyzdrowiało, ciemiona i szwy zarosły, szmer ten zupełnie ustał.

Szmer ten następnie był uważany przez rozmaitych lekarzy, jako objaw występujący w najrozmaitszych chorobach, lecz byli i tacy, którzy mu żadnego znaczenia rozpoznawczego nie przyznawali. Również i co do miejsca jego powstawania, nie było zgody między autorami: jedni utrzymywali, że powstaje w zatoce górnej mózgu, inni że tworzy się w naczyniach podstawowych mózgu. Ta różnorodność zdań (obszerną historję kolei, jaką przechodził szmer wymieniony, znajdzie czytelnik w niemieckiej pracy d-ra JURASZA) pobudziła autora do badań klinicznych i anatomicznych, które w zupełności wyświeciły znaczenie skurczowego szmeru mózgowego.

Autor badał klinicznie 68 dzieci, już to zdrowych, już też dotkniętych najrozmaitszymi chorobami. Wyniki swych badań streszcza w sposób następujący: 1) Skurczowy szmer mózgowy jest zawsze przerywany, współczesny z tętnem i tętnieniem mózgowem. 2) Najczęściej słyszymy ten szmer na wielkiem ciemieniu i niekiedy wyłącznie w okolicy skroniowej. Jeżeli jednocześnie na wielkiem ciemieniu i na skroniach możemy wykazać istnienie szmeru, to w ostatniem miejscu słyszany szmer jest o kilka tonów wyższy. 3) Szmer ten spostrzegamy jedynie u dzieci pewnego wieku, t. j. począwszy od 3 miesięcy aż do 6 lat. 4) Szmer ten jest słyszany zarówno u chorych jak i u zdrowych dzieci.

Żadna choroba nie stoi w wyraźnym związku z tym szmerem. 5) Płec, skład ciała, własności czaszki i stopień jej skostnienia, nie mają żadnego wpływu na pojawienie się tego szmeru. 6) Przedewszystkiem winniśmy zwrócić na to uwagę, że ani krzywica (*rachitis*), ani niedokrwistość (*anaemia*) nie są przyczyną tego szmeru. 7) Powstawania skurczowego szmeru mózgowego nie możemy wytłomaczyć żadną ze znanych chorób przyrzędu krwionośnego. 8) Szmer mózgowy prawdopodobnie jednocześnie pojawia się ze szmerem dmuchającym tętnie szyjowych, który jest najwyraźniejszym przy samej czasce.

Ponieważ wymieniony szmer słyszymy wyraźnie zarówno na ciemieniu jak w tętnicy szyjowej, to prawdopodobnie powstaje on w miejscu leżącym między temi dwoma punktami, t. j. w miejscu, gdzie tętnica szyjowa przechodzi przez przewód szyjowy (*canalis caroticus*). Badanie tego przewodu u noworodków, dzieci rozmaitego wieku i dorosłych, wykazało, że w czasie rozwoju osobnika, przewód ten znacznie się rozszerza, a mianowicie: począwszy od urodzenia, przewód ten przez pierwsze 6 miesięcy prawie wcale się nie zmienia, następnie tak szybko się rozszerza, że między 3 a 6 rokiem, przedstawia prawie takie same rozmiary, jakie spotykamy u dorosłych. Ponieważ, jak wiadomo, rozwój części kostnych zależy od rozwoju części miękkich, to i w tym przypadku prawdopodobnie tętnica szyjowa prędzej grubieje i swym uciskiem powoduje rozszerzanie się przewodu szyjowego (*canalis caroticus*). Dopóki więc ten przewód ostatecznie się nie rozszerzy, tętnica szyjowa jest przezeń mniej lub więcej ścięśnioną; mamy więc wszelkie warunki do powstawania szmeru skurczowego. Ponieważ dziura kręgowa (*foramen spinosum*) w taki sam sposób się zachowuje, jak przewód szyjowy, to słuszny wniosek wyprowadza autor, że szmer o kilka tonów wyższy, jaki słyszymy w okolicy skroniowej, powstaje w tętnicy osłonowej (*arteria meningea*).

Szmer skurczowy mózgowy, jaki słyszymy na ciemieniu wielkiem u dzieci między 3 lub 4 miesiącem, a 4 lub 6 rokiem, jest więc objawem fizjologicznym, zależnym od tego, że grubiejąca tętnica szyjowa z początku jest ścięśnioną przez niepodatny przewód szyjowy; gdy pod wpływem nacisku fali tętna, ten przewód należycie się rozszerzy, co ma miejsce około 5 roku życia, wymieniony szmer ustaje. Szmer skurczowy mózgowy, nie stoi zatem w związku z żadną sprawą chorobową, i nie może być uważany jako cecha rozpoznawcza jakiegokolwiek cierpienia.

Ograniczamy się na tym krótkim wyciągu, zalecając kolegom przeczytanie tej nader zajmującej rozprawy, w której autor opierając się na ścisłych poszukiwaniach klinicznych i anatomicznych, znaczenie szmeru skurczowego mózgowego w zupełności wyjaśnia.

F. N.

OGŁOSZENIA

Za pośrednictwem Redakcyi Medycyny, lub za przesłaniem pieniędzy pod adresem: **K. Dobrski, Królewska, N. 6**, nabyć można następujące dzieła (z przes. franco): **Vogt Karol.** Listy o fizjologii, przekład K. DOBRSKIEGO. Ze 110 drzeworytami w tekście. 8^o. Str. X 833. Warszawa 1877. Cena rs. 3, w oprawie ozdobnej rs. 3 k. 75.

Emmert Karol. Wykład chirurgii szeregółowej, 2 tomy, ze 187 drzeworytami. Cena zniżona rs. 5.

Cohnstein. Wykład położnictwa. Z 21 drzeworytami. Str. 289. Cena zniżona rs. 1 kop. 50.

Kosmowski W. Rys higieny dzieci. Kop. 50.

Trzy ostatnie dzieła razem kosztują **RS. 6.**

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.