

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1875 do 1 lipca 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1875 r. rsr. 158 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

**TREŚĆ:** Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Czwarte sprawozdanie lekarskie z Instytutu Oftalmicznego imienia Edwarda ks. Lubomirskiego, za r. 1874. Przez Dra Med. *Narkiewicza-Jodko*. Przyczynek do nauki o niezycie kiszek cienkich u dzieci. Przez Dra *A. Monti* w Wiedniu. (Dalszy ciąg).—Kronika zagraniczna. Przeciwnużylny opatrunek *Listera* (*Antiseptic treatment*). Czarna krosta (*Carbunculus contagiosus. Pustula maligna*). Przez prof. Dra *Fr. Korányi* w Peszcie. Podał Dr *Pogorzelski*, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.—Wiadomości bieżące. Nowa metoda dla chirurgicznego leczenia owrzodzeń jamy nosowej (*ozæna*). Sztuczna woda mineralna przeciwko dnii. Cztery wypadki tężwa u osób mocno zranionych. Przegięcia i przechylenia macicy ciężarnej ku tyłowi. Wypadek zatrucia skutkiem palenia cygar. O wielorakim szankrze liszajowym. — Dodatek. Choroby zaraźliwe chroniczne ark. 11. Medycyny Sądowej T. II ark. 22. Przegląd Postępu Nauk Lekarskich za rok 1873 zeszyt II.

## Czwarte sprawozdanie lekarskie z Instytutu Oftalmicznego imienia Edwarda księcia Lubomirskiego, za rok 1874.

Przez Dra Med. *Narkiewicza-Jodko*.

### C z ę ś ć o g ó l n a.

Ogólna statystyka z roku 1874 nie o wiele się różni od takiejże z roku poprzedniego—rozszerzenie zakresu działalności dobroczynnej i w tym roku zaznaczyć możemy, chociaż nie w tak noże wyraźnych i bijących w oczy zarysach jak to było w latach 1872 i 1873. Niżej pomieszczone tablice, wyrażające pod A. ilość i jakość chorób ocznych leczonych na salach Instytutu, pod B. ilość i różnorodność wykonanych operacyj, pod C. działalność lekarską w Ambulatoryum Instytutu i nakoniec pod D. zestawienie porównawcze rozmaitych dat



statystycznych roku 1874 z poprzedniami, są dowodami przemawiającemi bardzo dotykalnie za potrzebą i doniosłością téj jedynéj w kraju naszym instytucyi.

W roku 1874 szukało pomocy w instytucie Oftalmicznym osób 3168, a mianowicie: na salach instytutowych leczyło się osób 552 w ambulatoryum 2616.

Z téj ogólnej liczby leczyło się:

Mieszkańców miasta Warszawy: w Instytucie	223	w ambulansie	2099
Przyjezdnych . . . . .	329	„	517
	<u>552</u>	„	<u>2616</u>
Chrześcijan . . . . .	491	„	1778
Starozakonnych . . . . .	61	„	838
	<u>552</u>	„	<u>2616</u>
Mężczyzn . . . . .	286	„	1203
Kobiet . . . . .	255	„	953
Dzieci (obojsza płci. do lat 10)	11	„	460
	<u>552</u>	„	<u>2616</u>

Z ogólnej téj liczby możemy pewne cyfry co do rezultatów leczenia podać tylko o chorych na salach instytutowych leczonych, w téj bowiem tylko kategorii chorych przebieg choroby może być od początku, t. j. dnia przybycia chorego, do końca obserwowany i rezultat ostateczny poznany, u chorych leczonych w ambulansie jest to z powodów znanych dobrze każdemu lekarzowi nie możebném.

Z mieszczących się stale w Instytucie	394	opuściło szpital w zupełn. zdrowiu;
„ „ „ „	86	ze znaczném polepszeniem;
„ „ „ „	17	bez polepszenia;
„ „ „ „	16	zdrowych towarzyszyło chorym;
„ „ „ „	39	pozostało na rok 1875;
	<u>552</u>	

Z roku przeszłego pozostało w Instytucie chorych	38
W ciągu 1-go kwartału roku bieżącego przybyło	111
„ 2-go „ „ „ „	136
„ 3-go „ „ „ „	159
„ 4-go „ „ „ „	108
	<u>552</u>

Z téj ogólnej liczby na koszcie instytu-

tu leczonych było osób . . . . .	29	przez dni szpitalnych	962
Na salach ogólnych na własnym koszcie	428	„ „ „	12628
W pokojach oddzielnych (wraz z towarz.)	95	„ „ „	2282
	<u>552</u>	w ogóle	<u>15872</u>

Przecięciowa ilość dni szpitalnych na jednego chorego wynosi 28,76; (w roku przeszłym 30,28) stosunek ten jednak nie jest we wszystkich kategoriach chorych jednaki; gdy bowiem chorzy zostający na koszcie Instytutu prze-



bywali w tymże po 33,2 dni przecięciowo, chorzy na salach ogólnych o własnym mieszczący się koszcie tylko po 29,5. pensjonaryusze zaś tylko po 24 dni przecięciowo.

Obliczając zaś przeciętną ilość chorych na każdy dzień roku wypada iż w roku 1874 mieliśmy w ogóle 43,5 chorych przecięciowo dziennie; z téj liczby wypada na pokoje oddzielne 7,2 na sale zaś ogólne 37,3 (w roku 1873, 5 i 40 w ogóle 45).

A. Wyszczególnienie chorób leczonych na salach Instytutu.

1	Dystrichiasis	11	35	Staphyloma corn. (part. tot.)	5
2	Ectropium paralyticum	1	36	Leucomata	8
3	„ organicum	2	37	Scleritis	1
4	Entropium spasticum	2	38	Perforatio sclerae	1
5	„ organicum	14	39	Leucoma adhaerens	12
6	Phimosis palpebrarum	2	40	Keratoiritis	3
6	Chalazion	3	41	Iritis idiopatice	6
8	Conjunctiv. catarrh. acuta (contg.)	6	42	„ syphilitica	6
9	„ „ splx.	12	43	Synechia posterior	7
10	„ granulosa acuta	16	44	Iridochorioideitis	2
11	„ „ chron.	55	45	Glaucoma splx.	10
12	„ blennorrhoeica acuta	19	46	„ acutum	5
13	„ „ chron.	41	47	„ absolutum	1
14	„ diphtheritica	17	48	„ secundare	3
15	„ phlyctaenulosa	2	49	Chorioideitis postica	4
16	Blepharitis et blepharaden. ciliar.	7	50	„ diffusa	6
17	Pterygium	2	51	„ aequatorialis	1
18	Stenosis ductus naso-lacrim.	4	52	Chorioideo-retinitis	2
19	Dacriocystitis acuta	1	53	amotio retinae	1
20	Blennorrhoea sacci chronica	3	54	Oedema „	4
21	Fistula sacci	2	55	Retinitis syphilitica	1
22	Defectus nasi	1	56	Ischaemia retinae	1
23	Keratitis phlyctaenulosa	7	57	Neuroretinitis	1
24	„ ulcerosa acuta	29	58	Neuritis descendens	2
25	„ „ chronica	20	59	Atrophia nervi optici	9
26	„ vasculosa partialis	4	60	Amblyopia sine materia	3
27	„ „ diffusa	2	61	Ophthalmia sympathica	4
28	„ parench. partialis	12	62	Cataracta senilis	44
29	„ „ diffusa	11	63	„ diabetica	1
30	Descemetitis	1	64	„ traumatica	3
31	Infiltr. corneae atonica	2	65	„ mole congenita	3
32	Ulcus corneae serpens	5	66	„ „ acquisita	1
33	Perforatio corneae	5	67	„ membranacea	2
34	Malacia „	2	68	„ secundaria	3



69 Luxatio lentis ad camer. ant.	2	77 Strabismus divergens	3
70 Spasmus accommodationis	2	78 Periostitis orbitae	1
71 Paralysis „	1	79 Tumores „	3
71 „ oculomotorii	1	80 „ bulbi oculi	3
73 „ trochlearis	1	81 „ palpebrarum	1
74 „ abducentis	2	82 Vulnera	16
75 „ omn. muscul.	1	83 Osób towarzyszących i służby	12
76 Strabismus convergens	5		
			W ogóle 552

B. Wykaz szczegółowy operacji i rezultaty tychże.

Nr. bieżący	Rodzaj operacji	Ilość ogólna	R e z u l t a t			
			Dodatni	Połówiczny	Ujemny	Zaden
1	Operacji zawróconej powieki ( <i>entropium</i> ) i nieprawidłowo-rzęsności ( <i>dystrichiasis</i> ) . . . . .	65	51	4	—	—
2	Operacji odwróconej powieki ( <i>ectropium</i> ) . . . . .	3	2	1	—	—
3	Rozszerzenia szczeliny powiekowej ( <i>canthoplastica</i> ) . . . . .	9	8	1	—	—
4	Zwężenia szczeliny powiekowej ( <i>tarsoraphia</i> ) . . . . .	3	3	—	—	—
5	Operacji plastycznych na powiekach i nosie . . . . .	3	3	—	—	—
6	Operacji skrzydlika ( <i>pterygium</i> ) . . . . .	3	3	—	—	—
7	Obcięcie łącznicy w około rogówki ( <i>perikeratotom.</i> ) . . . . .	3	2	1	—	1
8	Obcięcie garbca rogówki ( <i>abrasio staphylomatis</i> ) . . . . .	4	4	—	—	—
9	Przesunięcie źrenicy ( <i>iridodesis</i> ) . . . . .	1	1	—	—	—
10	wycięcie częściowe tęczy ( <i>iridectomia</i> ) 74					
	a) Przed operacją zaciemka . . . . .	3	4	—	—	—
	b) Z powodu chorób zapalnych . . . . .	26	24	1	—	1
	c) W celu poprawienia wzroku . . . . .	45	44	—	—	1
11	Operacji zaciemka ( <i>cataracta</i> ) 83					
	a) discisio . . . . .	16	16	—	—	—
	b) extractio modo Graefe . . . . .	55	52	1	2	—
	c) „ linearis . . . . .	1	1	—	—	—
	d) „ „ cum ireductomia . . . . .	8	6	1	—	1
	e) „ cataractae secundariae . . . . .	1	—	—	1	—
	f) „ „ luxatae ad camer. ant. . . . .	2	2	—	—	—
12	Odsunięcie mięśni prostych ( <i>strabotomia</i> ) 21					
	a) wewnętrznego . . . . .	17	17	—	—	—
	b) zewnętrznego . . . . .	3	3	—	—	—
	c) górnego . . . . .	1	1	—	—	—
13	Wyluszczenie gałki ocznej ( <i>enucleatio bulbi</i> ) . . . . .	8	8	—	—	—
14	Operacji nowotworów oczodołowych . . . . .	4	3	—	—	—
	W ogóle . . . . .	274	257	10	3	4
	Obliczając w odsetkach	100	93,8	3,65	1,09	1,46



C. Sprawozdanie z Ambulatoryumu.

Przez dni ambulansowych 293 (w święta i niedziele nie ma przyjęcia), wpisano do ksiąg ambulatoryjnych nowych chorych 2616; tym i dawniej leczącym się udzielono konsultacyi 12849, przecięciowo więc po 43,8 dziennie. Największą ilość konsultacyi udzielono w Lipcu (1830), przecięciowo po 64 dziennie i w Czerwcu (1473) przecięciowo po 61,4 dziennie; najmniejszą w Grudniu (601) przecięciowo po 27,8 dziennie (przez 22 dni ambulansowych) i w Styczniu (642) przecięciowo po 25,7 dziennie (przez 25 dni ambulansowych). Operacyi małych jak przecięcie kanalików łzowych, otwarcie worka łzowego, ropni, wyjęcie ciał obcych i t. p. wykonano 148.

Księgi ambulatoryjne wykazały następujący wzajemny stosunek chorób rozmaitych części i funkcji oka:

Choroby powiek spostrzegano razy	253	w odsetkach	8,75	w r. przeszł.	8,9
„ łązniczy „ „	1387	„	47,9	„	46,4
„ dróg i org. łzowych „ „	83	„	2,95	„	2,8
„ rogówki i twardówki „ „	451	„	15,55	„	18,8
„ tęczy „ „	75	„	2,5	„	3,2
„ naczyń i naczyń i naczyń „ „	102	„	2,5	„	3,1
„ soczewki „ „	105	„	3,65	„	3,2
„ siatkówki „ „	26	„	0,9	„	1,2
„ nerwu wzro- kowego „ „	21	„	0,7	„	0,7
„ oczodołu i gał- ki całej „ „	58	„	2	„	2,5
„ mięś. ocznych „ „	37	„	1,3	„	1,1
„ refrakcyi oka „ „	104	„	3,65	„	2,7
„ akomodacyi „ „	59	„	2	„	1,2
Skaleczenie oka i okolic tegoż „ „	137	„	4,65	„	6,2
	W ogóle	2900	100		100

U w a g a. Różnica zachodząca pomiędzy ilością chorych leczonych w ambulansie i chorób, ztąd pochodzi, że już to w obu oczach rozmaite mogą być choroby już też i w jedném, zupełnie jedna od drugiej niezależne, w niektórych statystykach różnica ta dochodzi nieraz  $\frac{1}{4}$  a nawet  $\frac{1}{3}$  całej ilości, jeżeli się notują szczegółowo zboczenia chorobowe rozmaitych części oka, u nas jest dla tego tak nie wielką, że notujemy zwykle tylko choroby zupełnie od siebie niezależne.



D. Wykaz porównawczy danych statystycznych tego-  
rocznych z poprzedniami.

	było le- czonych	w ambu- lansie	ilość kon- sultacyi	na salach	przez dni szpitalnych	operacyi wykonano
1871	2392	2127	12682	265	9034	125
1871	3055	2577	14677	478	14850	225
1873	3203	2663	12493	540	16351	269
1874	3168	2616	12844	552	15872	274
W ogóle	11818	9983	52696	1835	26107	893

Porównyując dane statystyczne roku przeszłego z opisywanym widzimy, iż prawie wszystkie cyfry są w roku bieżącym większe; różnica tylko jest na niekorzyść w ilości dni szpitalnych, których, pomimo większej ilości chorych w roku 1874 leczonych, mniej było prawie o 500 niż w roku 1873. Przemawiało by to pozornie albo za skuteczniejszym leczeniem albo też za słabszym natężeniem chorób obserwowanych w roku 1874, ale pozornie tylko, bo rzeczywista przyczyna leży w rozporządzeniu Rady Opiekunich nad zakładami dobroczynnymi, która redukując w zamiarach oszczędności, ilość chorych we wszystkich szpitalach i w Instytucie oftalmicznym zredukowała ilość miejsc na salach ogólnych do 35. Rozporządzenie to zostało dopiero po półrocznym obowiązywaniu uchylone, przez pierwsze więc półrocze, zwłaszcza w miesiącach wiosennych i letnich, gdy dziennie po 3 i więcej czasami chorych się zgłaszało do przyjęcia, zmuszeni byliśmy wypadki mogące być leczonemi ambulatoryjnie wypisywać z Instytutu dla przyjęcia chorych przyjezdnych, którzy nie raz resztki zapasów na drogę do Warszawy wydali i podlegali chorobom przy których najmniejsza zwłoka w leczeniu mogła z powodować niewyleczalne kalectwa. Dla tego to krócej stosunkowo leczyliliśmy w roku 1874 (28,76 dni przecięciowo) niż w roku 1873 (30,28), oczywiście kierując się przy wypisywaniu chorych bezwzględnie zasadami ludzkości i wypisując tylko takich o których możliwości wyleczenia się w domu przy pomocy konsultacyi ambulansowych byliśmy zupełnie pewni.

Wszystkie inne cyfry statystyczne przemawiają za ciąglem zwiększaniem się działalności lekarskiej w Instytucie i rozszerzaniem zakresu użyteczności dobroczynnej tegoż, a cyfry ogólne chorych leczonych w ciągu 4-ech lat ubiegłych (około 12000), oraz wykonanych większych operacyi (około 900) wykazują doniosłość szczęśliwej myśli założyciela zakładu i ogrom materiału jakim pod względem chorób ocznych w Warszawie rozporządzamy. Materiał ten przeważnie dostarcza prowincya, gdyż w samym Instytucie więcej leczyliliśmy przyjezdnych niż miejscowych, usprawiedliwia to zdanie nasze w zeszłorocznem sprawozdaniu wyrzeczone „że już został przełamany wstręt w naszej publiczności do instytucyi publicznych, a uprzedzenie do krajowych“ chociaż przyznać musimy, że między pensjonaryuszami więcej mamy przyjezdnych z Cesarstwa



jak z Królestwa, a jak w tym roku to nawet mieliśmy 3 osoby z samego Poznania i 2 z Galicyi.

Rezultaty leczenia dzięki znakomitym warunkom higienicznym Instytutu były i w roku bieżącym tak dobre a nawet może nieco lepsze jak w przeszłym, na przeszło 500 bowiem chorych tylko 17 opuściło Instytut bez polepszenia (w roku przeszłym 29), rezultat zaś operacyi był w 93,8 odsetkach zupełnie pomyślny, a tylko w 1,09% ujemny (w roku przeszł. 93,6% i 1,17%).

(Dalszy ciąg nastąpi.)

### Przyczynek do nauki o nieżycie kiszek cienkich u dzieci.

Przez Dra A. Monti w Wiedniu.

(Dalszy ciąg).

W wypadkach, w których nieżyt kiszkowy rozwinął się z niestrawności, z początku powiększoną była ilość rozpadu (*detritus*) części składowych mleka, a mianowicie stolce zawierały grube skrzepy sernika w stanie zupełnie nie strawionym. W razach zaś, gdy nieżyt kiszek cienkich powstawał niezależnie, również z dalszym jego przebiegiem rozpad ustępował jednocześnie ze zmniejszeniem się nasilenia choroby. Śluz znajdował się zawsze w małej tylko ilości. U dzieci starszych nad rok jeden, wypróżnienia miały kolor biało-żółtawy, brunatny lub zielony z silnym zapachem kałowym. Składały się one z pozostałości pokarmów, główną zaś część ich składową stanowiła woda.

Zauważyłem dalej jako objaw cechowy wzdęcie brzucha (*meteorismus*). Stosownie do nasilenia choroby wzdęcie to było większem lub mniejszem i utrzymywało się pomimo częstych i obfitych wypróżnień. Brzuch przy dotykaniu bywał często bolesny, lub też dawało się słyszeć burczenie.

Cechującą również jest ta okoliczność, iż nieżyt kiszek cienkich u dzieci nie mających jeszcze roku jednego rozwija się bez gorączki i bez takowej przebiega. Jeśli zaś w dalszym przebiegu choroby występowała gorączka, to przyczyną jej bywało zawsze jakieś powikłanie, jako to: nieżyt kiszek grubych, oskrzeli, zapalenie płuc i t. d.

U dzieci jednak starszych nad rok jeden, jakoteż w tych wypadkach, w których nieżyt kiszek cienkich rozwinął się był wskutek błędów pokarmowych lub też z ostrego nieżyty żołądka, gorączka towarzyszyła niekiedy początkowi choroby.

Prócz powyższych objawów cechujących znalazłem jeszcze szereg innych, dających się również zauważyć przy innych cierpieniach przewodu pokarmowego, a mianowicie: Pragnienie—większe lub mniejsze, stosownie do stopnia choroby; Zmniejszenie się ilości moczu, postępujące z powiększeniem się cierpienia.

Przy wystąpieniu bardzo obfitych wypróżnień dzieci upadały na siłach, ciemiona mniej się naprężyły, a nawet w wysokim stopniu wysilenia zapadały się, kości czaszkowe były zasunięte. Przy wysokim stopniu upadku sił do obja-



wów tych przyłączało się zmniejszone wytwarzanie ciepła w częściach obwodowych, koniec nosa, kończyny górne i dolne ziębły, gałki oczne zapadłe i t. d.

Z powodu kwaśnego odczynu wypróżnień stolcowych tworzyło się często zaczerwienienie a nawet obnażenie na powierzchni wewnętrznej ud, na pośladkach i częściach płciowych. Występujące często bóleści wywoływały wytworzenie się przepuklin pępkowych i pachwinowych przy niezycie kiszek cienkich, szczególnie w formie jego przewlekłej.

W wielu wypadkach towarzyszyły jeszcze objawy niestrawności, o czém zresztą jeszcze będzie mowa przy powikłaniach téj choroby.

Przebieg choroby w większej ilości wypadków (119) był ostry, w pozostałych zaś (89) przewlekły. Przebieg ostry bywał spostrzegany przede wszystkim u ssawców i dzieci odstawionych od piersi, dalej u dzieci sztucznie karmionych, mających wieku mniej niż 3 miesiące.

Zejsćcia w wypadkach ostrych były następujące:

1. Wyzdrowienie następowało u ssawców lub dzieci sztucznie karmionych, gdy takowe były żywione naturalnym, lub zbliżonym doń przynajmniej pokarmem.

Objawy występujące przy wyzdrowieniu były, z początku szybkie zmniejszenie się bóleści i wzdęcia, potem ustępowanie pragnienia i obfitsza wydzielnina moczu, nareszcie rzadziej następujące wypróżnienia. przyczém takowe stawały się mniej obfitemi. Zmniejszenie się ilości składowej wody, a obecność większej ilości barwników są dalszemi zmianami jakościowemi wypróżnień, służącemi za wskazówkę poczynającego się wyzdrowienia. Gdy zaś wypróżnienia nabrały prawidłową twardość, kolor i częstość, wyzdrowienie należy uważać za zupełne. Jednocześnie z temi objawami poczyną się szybko podnosić i odżywianie dziecięcia, wstrzymane podczas ostrego niezytu kiszkiowego.

Czas trwania choroby był od kilku dni do 2—3 tygodni. Podczas przebiegu niezytu ostrego kiszek cienkich w lżejszych wypadkach zauważoném było wstrzymanie się odżywiania, w cięższych zaś — schudnienie.

2. Nieżyt kiszek grubych. Zejsćcie to następowało w wypadkach, gdy niezyt z początku był zaniedbany, lub też gdy po odstawieniu od piersi podawanym był dzieciom pokarm niestosowny. Następowало to najczęściej u dzieci między 1 a 2 rokiem życia, przyczém objawy niezytu kiszek grubych były w sposób właściwy zmienione przez istniejący jeszcze niezyt kiszek cienkich, o czém będzie jeszcze mowa przy opisie niezytu kiszek cienkich i grubych.

W wielu razach zejsćciu temu towarzyszyły objawy gorączkowe, przyczém podwyższenie ciepłoty było ciągle, albo też z nasileniem popołudniowém. W innych wypadkach powikłanie o którem mowa przebiegało bez gorączki.

Dalszym objawem przyłączenia się niezytu kiszek grubych jest nagłe zmniejszenie się wzdęcia i bóleści. I wypróżnienia też od czasu do czasu zmieniają swe własności, tak iż niektóre z nich mają jeszcze ten sam wygląd, co i w początku choroby, gdy inne przedstawiają już własności cechu-



jące nieżyt kiszek grubych. Są one częste, lecz nieobfite, zawierają mniej wody, ale za to większe ilości śluzu.

Wystąpienie nieżytu kiszek grubych zapowiada zawsze dłuższe trwanie cierpienia i skłonne jest do przejścia w formę przewlekłą.

3. Dalszém zejściem nieżytu kiszek cienkich jest cholera nostras, szczególnie u dzieci sztucznie karmionych lub też niedawno od piersi odstawionych, a jest ona tém częściej następstwem karmienia sztucznego, im młodszém jest niemowlę. Cholera poczyna się gwałtownymi wymiotami i nader częstymi i obfitymi wypróżnieniami, zupełnie wodnistymi i prawie bezbarwnymi. Brzuch poprzednio wzdęty staje się miękkim, bóleści znikają, a przy dotykaniu często daje się zauważyć dokładnie przelewanie. Jednocześnie z objawami powyższymi występuje upadek sił; zapadanie się ciemion i gałek ocznych, zasuwanie się wzajemne kości czaszkowych i t. d.

U dzieci starszych nad rok jeden zejście to jest nader rzadkie i uważane było przezemnie tylko po nadmierném użyciu niedojrzałych owoców lub też zepsutych pokarmów. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

---

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

---

### Przeciwnilny opatrunek Listera (*Antiseptic treatment*).

(Swains Surgical emergencies S. et A. Churchill London 1874).

Lister poleca następujące trzy środki przeciwnilne: kwas karbolowy, kwas borny i chlorek cynku.

Kwas karbolowy, mający własność niszczenia drobnych żyjątek, jest w ogóle najlepszym ze wszystkich środków przeciwnilnych, jakimi rozporządzamy przy tego rodzaju opatrunku. Użyty w stosunku 5:100 działa bardzo energicznie na naskórek, a ztąd jest bardzo odpowiedni dla obmywania pokryw części ciała, na której mamy wykonywać operację, gąbek, instrumentów i t. p. Jednakże dla mycia podczas operacji gąbek i rąk operatora i pomocników używa się roztworu z 2 $\frac{1}{2}$  na 100.

Kwas karbolowy z powodu swój lotności jest szacownym środkiem dla opatrunku ran i głębokich ropni. Do opatrunku zewnętrznego używa się przeciwnilnej gazy, t. j. miękkiej tkaniny bawełnianej, napojonej mieszaniną, złożoną z 1 części kwasu karbolowego, 7 części parafiny i 5 części białej żywicy. Opatrunek ten składa się z 8 warstw przeciwnilnej gazy, między 7 i 8 warstwą jest pomieszczone nieprzemakalne płótno pociągnięte kauczukiem (część nagumowana jest zwrócona do rany); umieszczamy je w tym celu, ażeby przeszkodzić przenikaniu ropy na wskrós 8 warstw; takowa bowiem podmywając na drodze swego przebiegu kwas karbolowy, dałaby swobodny dostęp szkodliwym zarodkom, zawartym w powietrzu. Płótno nieprzemakalne, jeżeli tylko nie jest przedziurawione i nie pozbawione warstwy kauczuku, może służyć do kilku opatrunków; jednakże gaza nigdy nie może być więcej jak raz użytą. Opatrunek należy stosować do ilości wypływu z rany. Ponieważ kwas karbolowy powoli ulatnia się z gazy przy zwykłej temperaturze powietrza, zatem zarodki gnilne, przypadkowo przyłgłe do włókien gazy, mogłyby się zetknąć z raną przez samą powierzchnię opatrunku. Dla tego też na ranę przykładą się kompresik z gazy, zmoczony w 2 $\frac{1}{2}$ :100 kwasu karbolowego i następnie dobrze wyciśnięty. Powierzchnię opatrunku dotykającą pokryw ciała zwilżamy lekko tymże roztworem, co można także dokonać za pomocą pulweryzatora.



Gaza przeciwnilna może być również użyta w postaci bandaża, który daje się łatwo założyć, lepiej się trzyma w danym położeniu niż bandaż zwykajny i w dodatku udziela opatrunkowi przeciwnilnych własności. Może być także użytą na uciskający bandaż kolisty, zakładany na kikut dla przeszkodzenia kurczenia się części miękkich. Atmosferę przeciwnilną otrzymujemy za pomocą rozpylania (*pulverisatio*) roztworu kwasu karbolowego z  $2\frac{1}{2}$ :100.

Lister używał w ostatnich czasach zmienionego przyrządu Richardson'a, a podczas długich operacyj—pompki ręcznej. Od kilku miesięcy używa pulweryzatora parowego, zbudowanego z jego polecenia przez M. Gardnera (45 South Bridge, Edinburgh), u którego można się zaopatrzyć we wszystkie przedmioty używane w leczeniu przeciwnilnym.

Pulweryzator trzeba powierzyć w ręce bardzo roztrzonego pomocnika, ponieważ od niego zależy powodzenie leczenia. Wypuszczona para wodna powinna spadać na ranę nie w postaci drobnego deszczu—ale jak najdelikatniejszego proszku, przytém powinna pokrywać całą powierzchnię rany. Jeżeli mamy mały pulweryzator, w takim razie najlepiej używać dwóch jednocześnie. Po ukonczeniu pulweryzacji, czy to podczas operacji, czy przy zmianie opatrunku pokrywamy ranę zwykłym kompresem zwanym *guard*, zmazanym w roztworze kwasu karbolowego z  $2\frac{1}{2}$ :100.

W celu otrzymania jak najlepszego rezultatu przy opatrunku przeciwnilnym, należy ochraniać ranę od drażniącego wpływu samych środków przeciwnilnych, które (zwłaszcza kwas karbolowy) przeszkadzają zabliznieniu. W tym celu Lister używa specjalnej tkaniny ochronnej, t. j. napojonego tłuszczem jedwabiu, pokrytego z obu stron werniksem kopalowym; wszystko to jest powleczone warstwą dekstryny. Dekstryna dozwala zatłuszczonemu jedwabiowi jednostajnie nasiąknąć roztworem przeciwnilnym, w którym go pogrążamy przed przyłożeniem do brzegów rany. Podrażnienie, sprawione środkami przeciwnilnymi, wywołuje zwykle dość znaczny wysięk surowiczy, zatém dla uniknienia naprężenia tkanek, mogącego spowodować zapalenie, wkładamy w ranę dren *Chassaig'nac'a*. Średnica drenu jest rozmaita (stosownie do rany) od  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{8}$  cala. Po bokach rurki robimy szerokie otwory dla ułatwienia odpływu wydzielonych płynów. Dwie nitki jedwabne, z węzłami na końcu, przywiązane naprzeciwko siebie do zewnętrznego końca rurki, utrzymują ją na miejscu. Ten koniec rurki jest ścięty poprzecznie lub ukośnie (stosownie do kierunku wydrążenia), a to w tym celu, żeby otwór nie wystawał ponad pokrywy. Jeżeli mamy do czynienia z ropniami, dren pogrążamy głębiej i wielkość jego zastosowujemy do ilości i gęstości ropy. Dren należy skracać od czasu do czasu, w miarę jak jama staje się mniej głęboką. Przechowujemy go w roztworze z 5:100.

Przeciwnilna ligatura tak zwana *catgut* (*Observations on ligature of arteries by Joseph Lister, F. R. S. etc Edmundstan et Douglas, 1870*) służy dla wstrzymania krwotoków tętniczych. Naczynie podwiązujemy zwykłym sposobem, ale końce ucinamy krótko przy samym węzle. *Catgut* czyli struna z kiszek wymaga bardzo długiego przygotowania, tak iż zawsze lepiej ją mieć gotową. Przechowujemy ją w oliwie z kwasem karbolowym (10:100). W ten sposób można ją doskonale przechować przez całe lata. Ma ona tę zaletę, że jest ligaturą pewną; przytém jako ciało zwierzęce, zostaje strawioną przez ranę, zatém wyłączoną jest obecność ciała obcego w ranie. *Catgut* wyrabiają z baranich kiszek cienkich. Zawieszają się go w mieszaninie z 5 części oliwy i 1 części kwasu karbolowego rozpuszczonego w 10 częściach wody. Woda jest tutaj koniecznie potrzebna.

*Catgut* zawieszają tak, aby nie dotykał się wody, znajdującej się na dnie naczynia, gdyż to opóźniłoby jego zmianę cząsteczkową. Naczynie umieszczamy w miejscu wolnym i nie poruszamy go w ciągu 6 miesięcy, po upływie których już nastąpiła w *catgut* znaczna zmiana cząsteczkowa, która jest dla nas dotąd zagadką. *Catgut* z mętnego stał się przezroczystym i mniej gładkim.

Ażeby się przekonać o wyższości *catgutu* przygotowanego sposobem przeciwnilnym, umieszczamy na 5—20 minut kawałki zwykłego i przeciwnilnego *catgutu* w wodzie ogrzanej do ciepłoty ciała ludzkiego, zastępującej nam tutaj temperaturę rany, następnie zawiązujemy każdą z nitek na węzeł tak, jakbyśmy podwiązali tętnicę. Zobaczymy wtedy, że *catgut* zwykły wyslizguje się i nie może się utrzymać



w węzle, tymczasem catgut przeciwnilny tworzy pewny węzeł, daleko silniejszy, niż ligatura z nawoskowanego jedwabiu.

Ligatura ze zwykłego jedwabiu namoczona w roztworze roztopionego wosku, zawierającego 10% kwasu karbolowego, w zupełności zastępuje szew metaliczny i zachowuje swe własności przeciwnilne, jeżeli będzie pokryta przeciwnilną gazą.

Przejdziemy teraz do dwóch innych środków przeciwnilnych, używanych przez *Lister'a* stosownie do natury wypadku. Kwas borny jest również wyborym środkiem, jednakże ponieważ nie posiada własności łatwego ulatniania się, nie może więc być użytym do opatrunku ran głębokich i do pulweryzacji. W porównaniu z kwasem karbolowym jest daleko łagodniejszy, przycem nie drażni tkanek, zatem może być użyty szczególnie do opatrunku ran i owrzodzeń powierzchownych. Używa go się w postaci nasyconego roztworu wodnego, lub też w formie *boracie lint* t. j. szarpi, zawierającej prawie połowę swej wagi krystalicznego kwasu bornego, rozpuszczonego w wodzie wrzącej, w której umieszczamy szarpie. Po wysuszeniu używamy jej do opatrunku po operacjach plastycznych na twarzy; przed użyciem trzeba ją jeszcze zmoczyć w roztworze kwasu bornego. W niektórych razach używają maści kwasu bornego, następującego składu: kwasu bornego 1 gramm, wosku 1 grm., parafiny 2 grammy, olejku migdałów słodkich 2 grm.

Roztwór chlorku cynku z 2 grm. na 31 grm. wody ma tę godną uwagi własność, że zastosowany na tkanki rany świeżej, ochrania je przez 2 do 3 dni od zakażenia nawet wtedy, jeżeli są wystawione na wpływ gnijących materij organicznych. Tym sposobem chory jest zabezpieczony podczas niebezpiecznego okresu, poprzedzającego wytwarzanie się ziarniny, w którym to czasie tkanki są bardzo skłonne do zapalenia i absorbcyi produktów rozkładowych.

Roztwór kwasu bornego przykładamy do wszelkiego rodzaju tkanek na kawałku szarpi.

Na zakończenie opiszemy w kilku słowach całą manipulację. Zaczniemy od najprostszego wypadku np. ropnia, gdzie środka przeciwnilnego nie przykładamy do chorych tkanek ale tylko używamy go dla niedopuszczenia z zewnątrz gnilnych zarodków. Wybieramy miejsce dla nacięcia (*incisio*) o ile można oddalone od źródła ropienia. Nóż i palec operatora powinny być obmyte w roztworze kwasu karbolowego z 5:100. Puszczamy z pulweryzatora strumień plynu na wybraną okolicę, robimy następnie nacięcie dla wprowadzenia drenu, wyciskamy ropę, wkładamy dren, wyciągamy z obu stron nitki jedwabne, przykładamy na miejsce przecięte kawałek gazy, zmoczonej w roztworze, pokrywamy to wszystko szerokim opatrunkiem zewnętrznym, złożonym z 8 warstw i zawierającym między 7 i 8 warstwą nieprzemakalne płótno, zwrócone ku ranie stroną nagumowaną, poczem zaprzestajemy pulweryzować; nakoniec obwijamy to wszystko mocnym bandażem z gazy i zapinamy szpilką, tak jednak, aby nie przebić nieprzemakalnego płótna. Jeżeli ropień chcemy wy badać palcem, należy go przed włożeniem obmyć starannie, szczególnie około paznokcia roztworem kwasu karbolowego. Następnego dnia, w czasie wyjmowania szpilek i rozcinania bandaża, umieszczamy rękę chorego lub pomocnika na bandażu, następnie kierujemy z boku strumień sproszkowanego plynu, tak aby spadał na szparę między skórą i opatrunkiem; usuwamy delikatnie ten ostatni, wyjmujemy dren, kładziemy na ranę kompres lub guard i przerywamy pulweryzację. Wtedy przepłukujemy tak dren jak i ranę roztworem kwasu karbolowego z 2½:100, znowu pulweryzujemy, zdejmujemy guard, patrzymy czy nie ma potrzeby skrócenia drenu, wkładamy go napowrót i zakładamy zewnętrzny opatrunek jak wyżej.

W miarę zmniejszania się wypływu, opatrujemy co 2, następnie co 3, 4, 5 lub 6 dni; w taki sposób odbywa się każdy opatrunek aż do czasu zabliznienia rany.

Jeżeli mamy odejmować członek, którego dolna część jest zmartwiała lub nasiąknięta ropą, obwijamy ją chustą zmoczoną, w roztworze kwasu karbolowego z 2½:100 w celu ochronienia części zdrowej od zetknięcia z chorą podczas operacji. Należy obmyć operowaną część ciała, ręce operatora i pomocników, instrumenta, gąbki etc. Podczas operacji ciągle pulweryzujemy operowaną część ciała aż do czasu zrobienia opatrunku. Jeżeli mamy wstrzymać pulweryzację, lub operację na czas pewien przerywamy, pokrywamy ranę *guardem*. Jeżeli w czasie operacji upadnie instrument lub też położony na jakim przedmiocie, powinien być zawsze oczyszczony zanim będzie wprowadzony w ranę; dobrze jest także położyć na chorym lub blisko siebie serwetkę zmoczoną w roztworze dla składania instrumentów. Kiedyśmy już podwiązali



naczynie, włożyli dren i połączyli brzegi rany ligaturą jedwabną, napojoną kwasem karbolowym, kładziemy kawałek tkaniny ochronnej, zmoczonej w roztworze kwasu karbolowego, dostatecznej dla przykrycia rany, na to kładziemy kawałek zmoczonej gazy, a następnie pomieszczamy opatrunek zewnętrzny tak szeroko, aby jego brzegi mogły się pokryć, poczem wstrzymujemy pulweryzację, nakładamy bandaż i zapinamy go szpilką; przez 2 lub 3 pierwsze dni opatrunek się zmienia raz na dzień, później zmieniamy go rzadziej stosownie do zmniejszania się ilości płynu wydzielanego przez ranę.

## Karbunkul. Czarna krosta (*Carbunculus contagiosus. Pustula maligna*).

Przez prof. Dra Fr. Korányi w Peszcie.

Podał Dr L. Pogorzelski, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Dalszy ciąg).

Zamięszanie, które zostało wywołane przez podobną nazwę *anthrax* i *carbunculus malignus* — dwóch tak rozmaitych cierpień miejscowych, rozciąga się także do ogólnych stanów gorączkowych, które obu temi miejscowemi procesami mogą być wywołane, i jedna z nich część zalicza się do rodzaju posocznicy i ropnicy, druga do specyficznie zaraźliwych. Gdy zaś obydwie te różne rodzaje cierpień ogólnych prócz uprzedniego miejscowego działania żadnego patognomicznego znaku nie posiadają, to i ocenienie spostrzeżeń odnoszących się do gorączki karbunkulowej u człowieka bez umiejscowienia, jest nadzwyczaj utrudnione, a nawet prawie niemożliwe.

Przedewszystkiem podzielam w zupełności zdanie Popper'a i Bourgeois, którzy kładą nacisk na ustalenie nomenklatury. Całkiem jest rzeczą obojętną, jaką wybierzemy nazwę, byleby tylko jednym i tymże samym wyrazem nie oznaczano dwóch form zupełnie różnych; Bourgeois proponuje nazwę karbunkulu (*carbunculus*) i może nie zupełnie słuszną — czarna krosta (*pustula maligna*) dla chorób wywołanych zarazkiem karbunkulowym, zaś nazwę wąglik (*anthrax*) dla guzów powstałych z zapalenia tkanki łącznej podskórnej, niezaraźliwych.

Wyrazem karbunkul, czarna krosta, chcemy oznaczyć tę formę miejscową choroby wywołanej zarazkiem karbunkulowym, która zwykle i najczęściej przedstawia pierwszy stopień procesu chorobowego, i charakteryzuje się rozwojem pęcherzyków, guziczków i wytworzeniem strupa na skórze.

Drugą formą pierwotnego, miejscowego cierpienia jest obrzęk karbunkulowy — *Oedeme malinou charbonneux* — wprowadzony do patologii karbunkulu przez Bourgeois, spostrzegany przez Raimbert'a, Fougeu i innych francuzkich lekarzy, oraz przezemnie w Węgrzech, i na zebraniu lekarzy węgierskich i naturalistów w r. 1863 skutkiem podniesionej dyskusji w przedmiocie karbunkulu zakomunikowany. Oddzielenie tej formy od właściwego karbunkulu t. j. czarnej krosty dlatego jest usprawiedliwione, ponieważ przy wyraźnym pokrewieństwie obu form, dostatecznie jednak się wyróżnia przeważnie charakterem obrzękowym miejscowego procesu, brakiem pierwotnego pęcherzyka, guziczka i niestałym lub późno występującym strupem.

Obydwie te choroby miejscowe — jeżeli nie zostały uleczone za pomocą sztuki lub działaniem samej natury — dają powód do chorób ogólnych konstytucyjnych, które objawiają się gorączką i rozmaitemi zaburzeniami organów, oraz niezaprzeconem podobieństwem z gorączką zwierząt karbunkulowych, prócz tego stwierdzonem doświadczeniem Lanceraux — Davaine'a, że krew chorego zawierająca bakterydie ze skutkiem została zaszczipiona świnie morskiej, i nie okazała tożsamości z posocznicą a tylko wszelkie własności cierpienia karbunkulowego. Możemy więc te zaburzenia ogólne uważać za gorączkę wąglikową czyli karbunkulową (*febris carbunculosa anthracica*).



Inaczéj rzecz się przedstawia jeżeli pod nazwą gorączki karbunkułowój rozumiemy także cierpienie karbunkułowe u człowieka, które występuje bez uprzedniego umiejscowienia, odrazu jako choroba ogólna. We wszystkich podręcznikach spotykamy mniej lub więcej niejasną wzmiankę o téj gorączce, ale i wyżej podany opis przez *Lebert'a* również mało można odnieść do gorączki karbunkułowój bez umiejscowienia, należałoby ją raczéj zaliczyć do obrzęku karbunkułowego *Bourgeois*; nawet i te gorączki opisane przez *Virchow'a*, przy których chociaż nie brakuje tworzenia się węglików, ale one występują w małej ilości (l. c. p. 398) nie można tu stale zaliczyć, gdyż nie idzie tu o ilościowy stosunek miejscowego cierpienia, a tylko jedynie o to, czy ogólna choroba karbunkułowa może się rozwijać pierwotnie u człowieka bez umiejscowienia.

Czy jednak po oddzieleniu nienależących tu wypadków, rzeczywiście jeszcze jakieś pozostaną, które mogą być uważane jako pierwotne gorączki karbunkułowe, muszę przynajmniej tak długo powątpiewać, dopuki nowe ściśle spostrzeżenia, pośmiertnym badaniem i szczepieniem wyjaśnione do tego przypuszczenia nie upoważnią. Na teraz winienem jednak zaznaczyć, że pomimo kilkuset wypadków które sam obserwowałem, ani jednego podobnego rodzaju nie mogłem stwierdzić, że dwaj moi koledzy czynni w okolicach karbunkułowych, znani w kraju ze swych trzeźwych spostrzeżeń i naukowego kierunku, a mianowicie dyrektor szpitala *Popper* i fizyk *Lengele*, odzywają się w tenże sam sposób; że wreszcie pośród bogatego materiału przez *Bourgeois* zebranego, podobnych wypadków nie spotykamy.

*Canstatt* wypowiedział bardzo ważne zdanie, wskazując na podobieństwo stanów, jakie się okazują po zjedzeniu mięsa karbunkułowego i po dostaniu się do organizmu zgnilych substancji, które w następstwie przypisywane są wpływowi mléka, wyziewom zabitych zwierząt i t. p. Bez wątpienia nie jeden objaw, który zaliczony został do symptomatologii cierpienia karbunkułowego u człowieka, należy więcéj do stanów septycznych, i gdy wedle pojęć naszych przodków choroba karbunkułowa zaliczała się do stanów septycznych, obecnie odzyskuje utracone swe stanowisko.

Z jaką łatwością przytrafiają się pomyłki w tym kierunku, za dowód mogą posłużyć następane przykłady. W sierpniu 1861 roku obserwowałem dwóch młockarzy, przebywających obok położonéj owczarni, w której owce mocno były dotknięte karbunkułem. Spożywali oni mięso padłych i chorych zwierząt i skóry ściągali. To powtarzało się prawie codziennie. Jeden z nich miał czarną krostę na twarzy, ogólnie nie wydając się zbyt słabym; drugi, który przez pierwszego więcéj był niesionym niż prowadzonym, był wysoki, mocno zbudowany, ale blady, oczy zapadłe, ciało zimnym potem okryte, nos i ręce chłodne, oddech przyspieszony i możebny tylko przywspółdziałe mięśni pomocniczych. Na przedniej części klatki piersiowój od prawego obojczyka w kierunku do pępka, na szerokość ręki ku stronie lewój część skóry była czerwona, miernie obrzmiała, połyskująca i przy ucisku bolesna. Opukiwanie klatki piersiowój nie wykazało żadnej zmiany, szmer pęcherzykowy połączonej z licznymi wilgotnymi rżęczeniami, uderzenia serca słabe, częste, tony czyste, jasne ale słabe. Tępość odpowiadająca wątrobie i śledzionie, nieco powiększona, język mocno obłożony, ale nie suchy. Przytomność zwykła, znaczne uczucie strachu. Z opowiadania chorego i jego towarzysza dowiedziałem się, że choroba zaczęła się przed trzema dniami, gwałtownym bólem głowy, osłabieniem, dreszczami, następnie uczuciem gorąca, a przed wybuchem jeszcze była niechęć do pracy, brak apetytu, ból głowy; guza karbunkułowego nigdzie nie spostrzegalem. Róża wystąpiła na dzień przedtém.

Zdawało tu się bardzo prawdopodobnym, że mamy do czynienia z pierwotną gorączką karbunkułową i różą następczą, i przy ściśle badaniu zwróciłem uwagę na czerwone smugi limfatyczne na zgietéj powierzchni przedramienia, które w środkowej części ramienia były w ogóle bledsze, gruczoły limfatyczne w dole pachowym mocno obrzmiały i bolesne, na małym palcu u ręki widoczna rana cięta zaledwie półcala długości mająca, zaschniętą ropą okryta, którą sobie zadał chory na kilka dni przed wystąpieniem gorączki, obrzmienia zaś gruczołów bezpośrednio na dzień przedtém, ani też czerwonych prążków na ręce wcale nie spostrzegalem.

Nie można wątpić, że chory zmarł wskutek posokowatego zakażenia rany, które nastąpiło przy dokonywaniu czynności z trupami owiec na karbunkuł padłych, gdy tymczasem u jego towarzysza, który na całkiem podobne wpływy był wystawiony lecz nie miał żadnej rany, wystąpiła czarna krostka.



Drugi wypadek zupełnie podobny spostrzegalem w roku 1863; tu byla takze rana na prawej reke, zapalenie i obrzmienie naczyń limfatycznych, tylko zapalenie różowe bylo mniej znaczne. Chory również miał do czynienia z trupami owiec na karbunkul padlych, tu takze bylo śmiertelne zejście.

Do tych wypadków zaliczają się spostrzeżenia 41 i 42 Bourgeois, odnoszące się takze do chorych, którzy skaleczeni byli narzędziami zamieczysszczonemi krwią karbunkułową, skutkiem czego dotknięci zostali chorobami septycznemi, nie zaś karbunkulowemi, z kąd się dostatecznie okazuje, że śmierć jako też objawy chorobne, które po przyjęciu substancji karbunkułowych występują, nie powinny być bezwarunkowo uważane za objawy jadu karbunkułowego, tym mniej, gdy powszechnie wiadomo, że części zwierząt karbunkułowych wielką przedstawiają skłonność do szybkiego rozkładu. Zarazem okazują te wypadki, że miejsce podziałania gnijących substancyj często od chorych, a niekiedy nawet od lekarzy, mianowicie pod wpływem przesądu mogą być przeoczone. Trudności różniczkowego rozpoznania stają się jeszcze większe, gdy jest mowa o cierpieniu karbunkułowem, które miało powstać, po spożyciu substancji od zwierząt karbunkułowych pochodzących, jak mléka, mięsa, tłuszczu i t. p. i w ten sposób powstałe cierpienie gorączkowe bez uprzedniego ukazania się czarnej krosty przytaczają na dowód pierwotnej gorączki karbunkułowej u człowieka. Czy te gorączki bez namysłu mogą być uważane za gorączki karbunkułowe? Ja przynajmniej żadnej nie mogę znaleźć różnicy, pomiędzy gorączkami, które występują u człowieka po miejscowem wytworzeniu się czarnej krosty i z pewnością należą do gorączki karbunkułowej, i temi które również bez żadnej wątpliwości zaliczają się do septycznego zakażenia. Nie udało mi się natrafić na bakterydie, gdyż od czasu w którym Davaine wykazał takowe u człowieka, z chorobami karbunkułowemi nie miałem więcej do czynienia. Czy jednak znalezienie bakterydiów we krwi człowieka przez Lanceraux stwierdzi się we wszystkich wypadkach, jak to Davaine wykazał u zwierząt, można tylko robić proste przypuszczenia, lecz dotąd ten znak pomocniczy przy rozpoznaniu, nie jest jeszcze dostatecznie zdobyty.

Jeżeli zarazem moment etiologiczny, a mianowicie zetknięcie się z substancjami karbunkułowemi, żadnej wyłącznie pewnej podstawy w tym razie nie daje, aby każdy następczy stan chorobowy jako do karbunkułu należący uważać; jeżeli prócz tego gorączka żadnych takich właściwości nie posiada, za pomocą których można ją uważać w jednym wypadku jako należącą do karbunkułu, w drugim zaś jako od niego różną; to przyjęcie pierwotnej gorączki karbunkułowej może się tylko opierać na szeregu owych wypadków, które po działaniu substancji karbunkułowych zaraz od początku występowały jako stany gorączkowe, i w których w czasie przebiegu gorączki rozwijały się charakterystyczne miejscowe procesy karbunkułowe.

Stosownie do tego przyjęto 2 rodzaje umiejscowień, jedno na skórze, drugie w organach wewnętrznym, a mianowicie w przewodzie kiskowym.

Słusznym jest twierdzenie, że rozwój czarnej krosty na skórze może być poprzedzony stanem gorączkowym; podobne wypadki sam spostrzegalem. W spotykanych tylko przezemnie wypadkach ta poprzedzająca gorączka pod względem natężenia, trwania i przebiegu, bardzo była różną od owych gorączek, które spotykałem jako niewątpliwe ogólne cierpienie karbunkułowe poprzedzające wystąpienie czarnej krosty. Były to po większej części gorączki umiarkowanego lub bardzo niewielkiego natężenia, zwykle z wyraźnymi objawami gastrycznymi związane, albo też i bez nich. W tych ostatnich wypadkach były to bardzo nieznaczne gorączki i ustawały podczas rozwijania się czarnej krosty na skórze, lub też nieco wcześniej. Nigdy nie spostrzegalem, aby te poprzedzające gorączki dłużej nad 2 — 3 dni trwały. Następco występujące czarne krosty nie mogłem przyjąć za złoگی krytyczne (*kritische Ablagerungen*), gdyż pomiędzy nimi były wypadki, w których początkowa gorączka trwała jeszcze po wystąpieniu czarnej krosty, u innych znowu ustawała gorączka przed ukazaniem się téjże, gdy tymczasem z drugiej strony dalszy przebieg czarnej krosty, która po takiej pierwotnej gorączce wystąpiła, w niczym się zupełnie nie różnił od innych, które podobnych zwiastunów nie przedstawiały. Wprost przeciwne tym są właściwe, pierwotne gorączki karbunkułowe u zwierząt i u człowieka, które następczo po pierwotnym karbunkule występują, są to najcięższe wypadki, oka-



zujące wysoki stopień ciepłoty, skłonność do adynamii i najczęściej kończące się śmiercią.  
(Dalszy ciąg nastąpi).

## Wiadomości bieżące.

— Nowa metoda dla chirurgicznego leczenia owrzodzeń jamy nosowej (*ozaena*). (Dr Rouge — Centr. f. Chir. Nr. 1 1873). Według zdania autora przy owrzodzeniach jamy nosowej chodzi nie tylko o rozkład zatrzymujących się mas ropy i śluzu; po najrozmaitszych operacjach w jamie nosowej, przy wrzodach powstałych po ospie, durzycy, nosaciznie przekonywano się nieraz o zły woni, ale nigdy o owym charakterystycznym odorze przy cierpieniu znanem pod nazwą *ozaena*. Przyczyną tego cierpienia jest zawsze zajęcie procesem chorobowym kości jamy nosowej. Autor mógł też w każdym wypadku dowieść, że cierpienie ogarnęło także kości. Z tego powodu uleczenia tego przykrego stanu można się spodziewać w największej części wypadków tylko za pomocą operacji. Przy operacji zaś na dwie głównie należy zważać okoliczności: 1) jamę nosową należy jak najwięcej otworzyć, ażeby takową mógł gruntownie przejrzeć i łatwo usunąć wszystkie chore części kości; 2) należy się strzedz, ażeby nie zeszpecić twarzy bliznami. Tym dwom wskazaniom odpowiada zupełnie następujące postępowanie, przez autora zalecane: Przecina się błonę śluzową ust w tem miejscu, gdzie z warg przechodzi na dziąsło, i to w odległości od pierwszego lewego aż do ostatniego prawego zęba trzonowego. W tej rozległości dochodzi się do *spin. nas. ant.*, potem nożycami oba skrzydła nosowe i *septum cartilagineum* oddziela się od górnej szczęki, aż się nie uda nosa wraz z górną wargą przewrócić na czoło. Gdy się to stało, można jak najwyraźniej przejrzeć jamę nosową. Gdyby zaś *septum* miało jeszcze stać na przeszkodzie, to można je przeciąć albo częściowo oddalić. Teraz wyjmuje się martwinne kawałki kości; miejsca spróchniałe należy gruntownie wyłuszkować; często wypada usunąć znaczne części labiryntu kości sitowej. Skoro się zaraz z początku nie trafi na chorą kość, to przy dokładném badaniu dalszem da się jednakże zawsze wyszukać ognisko choroby. Krwotok jest zwykle mierny i da się powstrzymać zimną wodą; raz tylko był autor zmuszonym uciec się do tamponady. Ażeby chorych mógł spokojniej chloroformować, zaleca się także nozdrza tylne wypchać poprzecznie. Po ukończeniu operacji przyprowadza się wargi i nos w ich dawne położenie i zważa się na to, ażeby nos zajął stanowisko zupełnie proste. Szwów zaś nie nakłada się wcale. Reakcyja po tej operacji jest niespodziewanie małą; warga przyrasta pospolicie *per prim. int.* Rezultaty są świetne; z 31 wypadków uleczono radykalnie 28, chociaż u niektórych chorych cierpienie to trwało było już od 20 lat. Dwa razy polepszył się tylko nieco stan choroby, ponieważ prawdopodobnie nie usunięto wszystkiego chorego. W jednym tylko wypadku nastąpiła śmierć po operacji. Kość sitowa po prawej stronie była tak mocno chorą, że trzeba było przedziurawić *lamina papyracea* i tym sposobem otworzyć oczodół. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono zakrzepicę żyły ocznej i ropne zapalenie błon mózgowych. Krótco przedtem jednakże operował autor młodego człowieka, u którego wyjęto zupełnie całą *lam. papyracea*, a mimo tego nie pokazała się żadna reakcyja.

— Sztuczna woda mineralna przeciwko dnie według B. Jones: *Kali benzoici*, *Kal. bor. aa* 0,9; *Kal. bicarbon.* 7,25, *Aq. destill.* 300,0. Do mieszaniny tej dodaje się potem kwasu węglanego w tym stopniu, jak do zwyczajnej wody selcerskiej lub sodowej, i zaleca się chorym pić dziennie 2—3 szklanek, w przerwach kilkogodzinnych, ażeby uraty zamienić w hypouraty, które się rozpuszczają łatwiej, i ażeby krew uwolnić od przeżytki kwasu moczowego.

— Cztery wypadki tężca u osób mocno zranionych (Dr Delsol. Gaz. hebdom. Nr. 31. 1871). Czworoga cierpiącym na tężec kazał autor przy każdorazowym pojawieniu się napadu z następującego rozczyntu podawać co kwadrans łyżkę stołową, dopóki nie ustąpią napady: *chloralhydrat* 6,0, *tinct. theb. gtt.* 60, *aq. destill.* 150,0. Równocześnie, ażeby picie uczynić możliwem, włożono klin między zęby. W ogóle zużyto w jednym dniu 12,0 gramów wodanu chloralu i 120 kropli nastoju makowcowego. W jednym wypadku nastąpiła śmierć w 40 godzin. W trzech pozostałych wypadkach chorzy wyleczyli



się, wszakże wyraźna poprawa w stanie zdrowia (tak iż można było zmniejszyć dawkę tego środka) była widoczną dopiero po 3 tygodniach. Jeden z chorych po 14 dniach cierpienia obrzmiał na całym ciele, jednakże w moczu nie można było dociec białka.

— Przegięcia i przechylenia macicy ciężarnej ku tyłowi (Prof. E. Martin.—Sitzungsber. d. Ges. f. Gyn. zu Berlin, 1874). Już dawniej ogłosił był autor 57 tego rodzaju wypadków, a obecnie przytacza 16 nowych, które w ostatnich czasach spostrzegł w swjej klinice. Czas ciąży wahał się między 9-tym a 17-tym tygodniem, i pomiędzy kobietami były 3, które poraz pierwszy zaszły w ciążę, 13 zaś ponownie ciężarnych. Przy regularnem, kilka dni trwającym katetyzowaniu pęcherza moczowego i bocznem położeniu ciężarnej zakończyły się 4 wypadki samodzielnem odłożeniem i poronienie nie nastąpiło. W 11 wypadkach gdy po upuszczeniu moczu nie następowało odłożenie samodzielne i groźne występowały objawy, odłożono macicę w położeniu kolano-łokciowem chorą za pomocą dwóch palców, wprowadzonych do pochwy; w tych wszystkich wypadkach nie przerwała się również ciąża. 16-ty wypadek dotyczył ciężarnej, którą już od 14 dni chorą prawie umierającą przyniesiono do zakładu. Wypadek ten okazując preparat opisuje autor dokładniej: dotyczył on 29-letniej kobiety, która ośm razy rodziła bez trudności. Teraz w 4 miesiącu jej dziewiątej ciąży zatrzymał się u niej mocz i doznała gwałtownych bólów w podbrzuszu; akuszerce udało się tylko z wielką trudnością i wśród mocnych boleści ciężarnej upuścić małą ilość krwią zabarwionego moczu za pomocą cewnika żeńskiego. W kilka dni później przyniesiono chorą konającą do zakładu. *Status praesens* w tym dniu: brzuch mocno wzdęty, dołem po prawej stronie stłumienie i wyraźne chęłbotanie, po za *port. vagin.* naprężony i elastyczny guz. Kilkakrotne wymioty. Poronienie w biegu, które się zakończyło w kilku godzinach. Za pomocą męskiego cewnika upuszczono średnią ilość moczu krwawego, mocno amoniakiem cuchnącego. Kobietę ułożono na boku; poczem wkrótce nastąpiła śmierć. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono przekłóta tylną ścianę pęcherza moczowego (bez wątpienia przez gwałtowne katetyzowanie akuszerki) i w jamie brzusznej dużo moczu. W epikrytycznych uwagach, dołączonych do tego wypadku, zwracał M. uwagę na niekiedy bardzo trudne przy pierwszym badaniu rozpoznanie różniczkowe pomiędzy przegięciem macicy ciężarnej ku tyłowi a guzami położonemi w tył macicy. Dla opróżnienia pęcherza moczowego, należy używać męskiego cewnika, ponieważ cewnik żeński jest nietylko niestosownym dla tego rodzaju wypadków, ale nadto niebezpiecznym, jak to poucza powyżej przytoczone spostrzeżenie.

— Następujący wypadek zatrucia skutkiem palenia cygar opisuje prof. Chevallier (Journ. de chimie méd. 1874). Młody człowiek zrobił zakład, że 12 cygar wypali jedno po drugim. Już przy ósmym cygarze zrobiło mu się źle, przy dziewiątem zaczęło mu się ćmić w oczach i przechodzić zimno, które to objawy wzmogły się jeszcze przy dziesiątem cygarze. Mimo to chory palił dalej, wkrótce jednakże kazał się odprowadzić do domu, gdzie dostał bardzo gwałtownych boleści brzucha i wymiotów. Mimo wczesnej pomocy chory zmarł tej samej nocy. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono przerost (*hypertrophia*) serca.

— O wielorakim szankrze liszajowym (A. Dubuc. Paris. 1874. Centralbl. Nr. 60. 1874). Pod powyższą nazwą opisuje autor nową odmianę szankra, który występuje w mnogiej liczbie (7—14) owrzodzeń. Owrzodzenia te są powierzchowne i równają się prawie zwyczajnemu łuszczeniu się naskórka. W takim stanie trwają 8—20 dni; dopiero później zaczynają się zagłębiać, nie dosięgają jednakże w ogóle żadnej większej głębokości. Niektóre tworzą plamy łatwo krwawiące, stemżące nieco nad powierzchnię skóry i podobne do *plaques muqueuses*. Śluzo-ropne wydzieliny odchodzą w obfitęj ilości. Teraz dopiero zaczyna twardnieć podstawa i przybierać ów charakter pergamentu. Gruczolę pachwinowe nabrzmiwiają po obu stronach i przedstawiają małe niebolesne twarde guzy. Po 10—15 dniach rozpoczyna się zabliznienie, które postępuje szybko. W następstwie rozwijają się objawy drugorzędne przymiotu.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr. Girsztowt.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

---

W Druk. Gazety Lekarskiej. Ulica Św. Krzyzka Nr. 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.