

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

TREŚĆ: **Spostrzeżenia.** Dwa przypadki pewnej postaci przewlekłego zapalenia krtani. Podał dr. Wł. MATLAKOWSKI, ord. klin. chir. (Ciąg dalszy.) — **Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego.** J. SCHNITZLER'a: O cierpieniu przymiotowem płuc. Podał dr. E. KLINK. — **Streszczenia i wyciągi.** Uwagi nad unieruchomianiem i uruchomianiem stawów chorych. Przypadek zaparcia stolca 36 dni trwającego, wyzdrowieniem zakończony. Wyniki leczenia ciągłemi kąpielami. Użycie cytrynianu kofeiny jako środka moczopędnego przy zalewach wadami serca spowodowanych. *Acouitium* przeciw nerwobólom. — **Artenika mlejskowa.** Odpowiedź „GAZETIE LEKARSKIEJ.” Sprostowanie danych statystycznych „*Sowremiennoj Mediciny*” dotyczących szpitala Ewangielickiego. — **Ogłoszenia.**

Dwa przypadki pewnej postaci przewlekłego zapalenia krtani
zwaney „*Chorditis vocalis inferior hypertrophica*”.

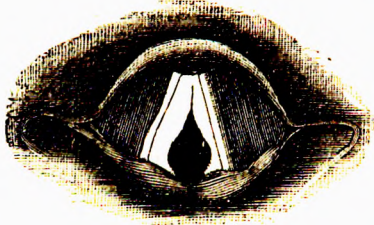
Podał Władysław **Matlakowski**, ordynator kliniki chirurgicznej.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 11).

II. Juljanna Waleniuk, włościanka lat 33 licząca, od 17-go roku zamężna, bezdzietna, rodem z Podlasia. Kiedy wyszła za mąż nie miała jeszcze miesiączki, która pokazała się po raz pierwszy dopiero w pół roku po ślubie. Początek obecnej choroby miał nastąpić na wiosnę 1877 r. w czasie robót w polu przy pieleniu kartofli. Zauważyła wtedy, że ją w gardle dusi i że nie może tak głośno zawodzić, śpiewając, jak to dawniej we zwyczajach bywało. Jeszcze wyraźniej przekonała się o swojej słabości w czasie żniw; była bowiem przodownicą i głośno śpiewywała na swoim zagonie, a teraz już tak śpiewać nie mogła bo głos był jak „u kury”. Powoli dwa te objawy t. j. duszność i zmiana głosu wzmagały się coraz bardziej. Choroba miała przebieg bardzo powolny; jeśli chora poleżała w łóżku i nie narażała się na działanie zimnego powietrza, to robiło jej się lepiej; na chłodzie, w kurzu, przy robocie, lub po kwaśnych pokarmach robiło się gorzej. Wreszcie głos utraciła prawie zupełnie, mówiła jak „pacierze” tak cicho. Po upuście krwi (przez felezera) i smarowaniach znowu głos odzyskała, lecz cienki, zmieniony. Przez długi czas pluła krwią i miała krwawienia z nosa. Kiedy popracowała w kurzu (przy międleniu lnu, w stodole i t. p.) wtedy z kaszlem wypadały kawałki zeschłego śluzu tak czasami twardego, że ją w zęby uderzały. W szpitalu gdzie, jak sama mówi, jest jednostajne ciepło, nie ma kurzu i nie potrzebuje pracować, śluz w takich twardech kawałkach się nie pokazuje. Nadto skarży się na zawroty głowy i szum w uszach. Chora często musi w czasie swych opowiadań (jest bowiem śmiałą i rezolutną) przerywać mowę, aby zacerpnąć

powietrza, przyczem zdaleka slychać wddech; nie chorowała na durzycę, ani na przymiot; nikt w rodzinie podobnej „dusznosci” nie miał. Chora nie przebywała zapalenia płuc, a na suchoty nikt w rodzinie nie zmarł. W ogóle cieszyła się dobrem zdrowiem; jest dobrej budowy i odżywiana dostatecznie.

B a d a n i e w z i e r n i k o w e. Chora, lubo nieco gorzej niż w przypadku poprzednim, wszelako w ogóle biorąc doskonale znosi manipulacje w gardzieli, a dotknięcie zwierciadelkiem błony śluzowej luków lub tylnej ścianki, uniesienie języczka nie wywołuje ruchów zwrotnych. Nagłośnia dość szeroka i niezbyt opuszczona ku tyłowi pozwala dobrze zajrzeć w głąb krtani. W tej ostatniej pierwszej rzeczy zwracająca uwagę badającego są dwie błony białe, w postaci strun głosowych rozciągnięte od przodu ku tyłowi. Pomiedzy nimi pozostaje szpara gruszkowatej postaci, której część wąziutka zwrócona jest ku przodowi, część zaś szersza ku tyłowi. Brzegi błon nigdzie do siebie nie przylegają, jak to widzieliśmy w przypadku poprzedzającym, ani też nie są ze sobą sklezione śluzem. Brzegi te są wszędzie gładkie, co także stanowi różnicę od przypadku wyżej opisanego, w którym na brzegu błon widać było chropowatości, nierówne zgrubienia organizowane, lub składające się ze śluzu przyszelego. Brzegi tych



anormalnych błon są ustawione nieruchomo i tylko przy forsownem wdęchaniu, cokolwiek się od siebie odsuwają. Skutkiem znacznego zwięzienia głośni, niepodobna zajrzeć w przestrzeń po pod błonami a zarazem cośkolwiek powiedzieć o ich grubości, a przynajmniej co się tyczy ich części przedniej. W połowie tylnej, gdzie szpara jest szersza widać, że błona lewa jest dość gruba, a w granicach tej grubości t. j. na brzegu zwróconym swą powierzchnią do brzegu błony symetrycznej widać spore guziczkowate zgrubienie, które wystaje do światła szpary bardziej niż obrys górnej powierzchni błony. Przy fonacyi błony te również prawie nieruchomo stoją; wtedy to zbliżają się do siebie struny normalne wyżej rozpięte, a mianowicie wrzekome i na chwilę cały obraz zasłaniają; dopiero przy bardzo cichem i lekkim wymawianiu litery *i* lub *y*, kiedy struny wrzekome nie zakrywają w całości obrazu, udaje się rozróżnić, że tuż ponad owymi błonami anormalnymi, nieruchomymi, znajdują się dwa wąziutkie paseczki, poruszające się przy fonacyi: są to struny głosowe, wysuwające się z pod strun wrzekomych. Bliższe a troskliwie badanie stosunku tych trzech par błon do siebie, ich kulisowego ustawienia, wykazuje, że struny prawdziwe znajdują nader blisko tuż ponad samymi błonami nieruchomymi tak, że bródka między nimi pozostająca w stanie spoczynku jest bardzo nieznaczna, co stanowi znowu różnicę od przypadku poprzedzającego; w którym struny głosowe prawdziwe znajdowały się w znacznej nad błonami chorobowemi odległości. Dalej, badając starannie przednią połowę głośni, tuż u przy-

czepu strun do chrząstki tarczowej, a u stóp nagłośni (*epiglottis*), struny wrzecznie przedstawiają nieznaczne zgrubienia, płaskie, nieróżniące się zabarwieniem od błony śluzowej, z których zgrubienie na lewej stronie jest nieco większe od prawego. Nakoniec chrząstki Santoriniuszowe i więzadła nalewko-nagłośniowe nie przedstawiają zmian żadnych. Zauważyć jeszcze raz należy, iż przy pierwszym zajrzeniu do krtani głównie uderzają owe dwie białe, nieruchomo rozpięte błony i dopiero bliższe badanie krtani, zwłaszcza podczas fonacyi wydobywa z ukrycia struny głosowe rzeczywiste, drgające przy wymawianiu głosek. Wysoki ton głosu i jego oschłą, chropowatą barwę, czasami piszczącą, wytłumaczyłoby można cienkością i napięciem wąziutkich strun, jakoteż bliskiem sąsiedztwem błon chorobowych, do których powierzchni brzegiem drgającym dotykają się prawie struny prawdziwe.

Tylna ścianka gardzieli wilgotna i prawidłowo różowa; podniebienie miękkie i łuki nie przedstawiają nic osobliwego. Przy oświetleniu reflektorem znajdujemy, że bł. śluzowa nosa pokryta zeschniętym śluzem, a na przegrodzie ma wygląd drobno-brodawkowy. Lewe nozdrze węższe od prawego. Chora skarży się na łatwe zasychanie w nosie i utrudniony oddech przez nozdrza.

Chora leżała przez pewien czas na klinice terapeutycznej, gdzie przyjmowała do środka jodek potasu bez żadnego skutku. Względności kolegi mojego d-ra GOLDFLAM'a, ordynatora tejże kliniki zawdzięczam to spostrzeżenie. Chora na tracheotomiją zgodzić się nie chciała i wyjechała do domu.

Zdaje mi się, że przypadki powyższe dostateczne dają pojęcie o zewnętrznej stronie rozbieganego przedmiotu, a przeto przejdę odrazu do właściwej patologii danej choroby. Na szczęście zdania autorów co do istoty choroby nie różnią się tak dalece, jakby to odmienne nazwy proponowane przez nich wskazywać się zdawały: bo że CZERMAK uważał ją, za „nasięk zolozowaty (*infiltratio serophulosa*) bł. śluzowej”; TÜRK za „przewlekłe obrzmienie strun głosowych prawdziwych lub dolnych odcinków tychże strun”; SCHEFF za „przerost strun prawdziwych”; BUROW za „przewlekły zapalny przerost dolnego odcinka strun prawdziwych”; ZIEMSSSEN za „prawdziwe stwardnienie (*induratio*) bł. śluzowej i podśluzowej na dolnej powierzchni strun prawdziwych, powstałe skutkiem rozrostu (*hyperplasia*) tk. łącznej”; nie wypływa ztąd jeszcze by w tych zdaniach tkwiła jakaś gruntowna sprzeczność. GERHARDT zaproponował nazwę „*Chorditis vocalis hypertrophica inferior*”; CATTI poszedł za nim; VOLTOLINI proponuje nazwę: „*Inflammatio hypertrophica subvocalis*”. Dodajmy do tego, że ZIEMSSSEN ¹⁾ nazywa rozbieganą sprawę chorobową „*Laryngitis hypoglottica chronica hypertrophica*” i że Przemysław PIENIĄŻEK ²⁾, docent laryngologii w Krakowie uważa ją za powolny przerost tk. łącznej dolnego odcinka krtani.

¹⁾ ZIEMSSSEN. *Krankheiten des Kehlkopfes* str. 209. II wydanie. Tom IV, w *Handbuch Spec. Path.*

²⁾ Laryngoskopija oraz choroby krtani i tchawicy. 1879. str. 309, 310 i 311.

Zbierając te wszystkie zdania w jedno, widzimy, że sprawa chorobowa polega na przerostcie tkanki łącznej podśluzowej i bł. sluzowej zapalnego pochodzenia, przechodzącym do skutku powoli.

Jeden jednakże z autorów, SCHIROETTER, poszedł w swych pyta- niach dalej, a mianowicie zastanawia się nad tem: czy ten przerost jest sprawą pierwotną, czy tylko wtórną, powstającą w następstwie po za- paleniu ochrzęstnej (*Perichondritis laryngea*) i przechyla się ku zdaniu, że właściwie pierwotnie mamy tu do czynienia z zapaleniem ochrzęstnej. Jestto tylko domysł, gdyż dotychczas (o ile mi wiadomo) nie ma ani jednego badania anatomiczno-patologicznego ¹⁾, które samo tylko mogłoby rzucić światło na punkt wyjścia tej sprawy i dlatego też nie zgodził- bym się na zdanie SCHIROETTER'A w całej jego rozciągłości: wszak prze- rost tk. podśluzowej równie dobrze może powstać w niej pierwotnie, jak przyłączyć się do zapalenia ochrzęstnej.

Za to stanowczo podzielam zdanie SCHIROETTER'a i PIENIĄŻKA, którzy z tej sprawy patologicznej nie robią osobnej postaci chorobowej. Byłoby zabawnem, gdyby ktoś chciał ustanawiać osobną chorobę dla zastawko- wych zwężeń cewki moczowej, lub słoniowatych przerostów warg sromnych, do których to spraw można poniekąd przyrównać owe sprawy przerosto- wego pochodzenia w krtani. Treścią sprawy jest przewlekłe zapalenie, a czy ono da taki obraz wziernikowy, czy inny, to na naturę rzeczy nie wpływa. I w samej rzeczy czytając odnośne ustępy TÜRCK'A ²⁾, SCHIROET-

¹⁾ Oczywiście pisząc te słowa mam w myśli przypadek SZEPAROWICZA, w któ- rym po uskutecznionej tyreotomii i wycięciu fałd patologicznych, takowe zostały podda- ne badaniu drobnowidzowemu, dokonaniem przez d-ra FEIGEL'A, prosektora szpitalnego we Lwowie. Zdaniem mojem badanie to nie rozstrzyga wątpliwości, czy zapalenie rozrostowe rozpoczyna się przy „*Chorditis*” z tk. podśluzowej (*submucosa*) czy na tę ostatnią przechodzi tylko *per continuitatem* z ochrzęstnej, która pierwotnie ulega sprawie zapalnej. Ponie- waż jednak uważam badanie to za bardzo ważne, a dotychczas jedyne, przeto pozwalam sobie je tu umieścić w odpisie z odnośnego artykułu: „utkanie części wyciętej zbliżone jest budową najbardziej do strun głosowych prawdziwych, na przekrojach prostopadłych do powierzchni i równoległych do niej przedstawia powierzchnię gładką, tu i owdzie tylko lekko falistą, pokrytą nabłonkiem niskim, niewyraźnym, płaskim, na niektórych odcinkach tu i owdzie migawkowym. Utkanie to składa od powierzchni, warstwa zbita falista tkanki łącznej z odosobnionemi włóknami sprężystymi pomieszana; w głębszych warstwach tkani- na ta układa się w siatki w rozmaitych kierunkach przebiegające, które otaczają spore pęczki włókien sprężystych w różnych kierunkach, a przeważnie nieco ukośnie od głębi do powierzchni i w poprzek długości owych kawałków przebiegające; poniżej tej warstwy tk. łączna staje się bardziej wiotką. Utkanie to zaopatrzone jest skąpo w naczynia i to prze- ważnie w głębszych jego warstwach przebiegające, brak zaś w nim zupełnie gruczołów, nie można też dostrzedz ani śladu nacieku zapalnego, komórek tk. łącznej młodszych i t. p. Budowę tkaniny tej musimy więc uważać jako należącą do strun prawdziwych i jako prze- rost tylko tkaniny prawidłowej, żadną miarą zaś nie możemy jej uważać za nowotwór, za naciek żółzowy”. (PRZEGL. LEK. 1890 Nr. 7 str. 84). W opisie tym nie ma wzmianki o stosun- ku tych kawałków do ochrzęstnej i o charakterze tkanki w głębszych warstwach błon pa- tologicznych.

²⁾ *Klinik der Kehlkopfkrankheiten.*

TERA³⁾ i PIENIAŻKA⁴⁾ przekonywamy się, że istnieją wszelakie przejścia od tak klasycznych przypadków, jak podane przezemnie do częściowych przerostów krtani umiejscowionych do jednej tylko strony⁵⁾, do przedniego kąta głośni, do tylnej powierzchni krtani; wreszcie przerost „może także występować w postaci odosobnionych lub zlewających się guzów, częstokroć lekko faldzistych lub nierównych”⁶⁾. Niedosć na tem. Przerost niebyswa stale ograniczonym tylko do przestrzeni głośni pod strunami prawdziwymi się znajdującej. Już z moich przypadków widać, że w drugim np. błony patologiczne znacznie bliżej leżały strun głosowych niż w pierwszym. Są spostrzeżenia, że przerostowi ulegały same struny, a nie tkanka pod spodem ich się znajdujące. Są zatem wszelkie możliwe przejścia.

Godnem atoli jest uwagi (jesli istotnie punktem wyjścia sprawy jest ochrzęstna), że następne kureczenie się tkanki łącznej przerosłej tak mało odbija się na ogólnej postaci krtani, na jej chrzęstnym szkielecie⁷⁾, na jej symetrii bez względu na to, że sprawa niekiedy trwa tak długo. Powtóre, że zapalenie i przerost w ogromnej większości przypadków ograniczały się do dolnego odcinka krtani, poniżej strun głosowych prawdziwych. Anatomija prawidłowa drobnowidzowa i patologiczna wyjaśni nam dopiero tego zjawiska przyczyny.

(dok. nast.).

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

O cierpieniu przymiotowem płuc⁸⁾

przez prof. J. SCHNITZLER'a z Wiednia.

Podał w streszczeniu E. Klink, ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

Kiedy jedni badacze zupełnie zaprzeczają możliwości powstawania cierpienia przymiotowego płuc, inni przeciwnie przyjmują, że przymiotowe cierpienie płuc jest faktem nieulegającym zaprzeczeniu, tylko powątpiewają aby możliwym było dokładne rozpoznanie tego cierpienia, ponieważ objawy prawie niezem się nie różnią od objawów zwykłych suchot płucnych. SCHNITZLER przez ciąg lat kilku, pilnie zajmował się badaniem cierpienia przymiotowego płuc i przyszedł do przekonania, że płuca daleko częściej cierpią w następstwie choroby przymiotowej niż to dotychczas przypuszczają, a nadto przekonał się, że wprawdzie rozpoznanie cierpienia płuc natury przymiotowej nie jest łatwe, jednakże przy szczegółowem badaniu i przy rozważeniu objawów subiektywnych i obiektywnych, w wielu przypadkach nie tylko że jest możliwe, ale niekiedy z całą stanowczością orzec można, że mamy do czynienia z cierpieniem płuc przymiotowem.

³⁾ l. c.

⁴⁾ l. c.

⁵⁾ PIENIAŻEK takich widział 3 przypadki l. c.

⁶⁾ PIENIAŻEK l. c.

⁷⁾ Jeden tylko SCHROETTER w jednym przypadku widział zapadnięcie chrząstki nalewkowej, co oczywiście dowodzi głębokich zmian, l. c.

⁸⁾ Ueber Lungensyphilis. „Wiener Mediz. Presse” od Nr. 11—41 włącznie 1879.

Pozwalamy sobie przytoczyć tu cały szereg spostrzeżeń, przez autora podanych, a dokładnie przedstawiających objawy przymiotu płuc.

Spostrzeżenie I. M. K. lat 32 licząca, po raz pierwszy przedstawiła się autorowi w 1875, uskarżając się na ból gardła. Przy badaniu znaleziono: owrzdzenie przebiegające od lewego brzegu nagłośni przez więzadło nalewko-nagłośniowe do lewej chrząstki nalewkowej. Tak umiejscowienie, jako też i wygląd owrzdzenia, przemawiały za jego naturą przymiotową. Chora objaśniła, że przed 5 laty dotknięta była chorobą przymiotową w postaci obrzmienia gruczołów błonnych i wysypki skórnej, które to objawy po leczeniu wcieraniami ustąpiły. Od tego czasu zapadała dosyć często na owrzdzenia w gardle, które po wiele kroć razy ustępowały po przyżęganii lapisem, to znowu powracały. S. nieznajdując, prócz powyżej opisanego owrzdzenia, żadnych innych objawów przymiotu, zalecił tylko miejscowe leczenie, które zasadzało się na codziennem pędzlowaniu owrzdzenia roztworem jodu w glicerynie (*Jod. pur.* 0,5; *Kali hydr.* 2,0; *Glycerini* 10,0). Po kilku tygodniach owrzdzenie w zupełności się zblizniło. Po pewnym czasie, chora powtórnie zgłosiła się do S. i ten spostrzegł takie same owrzdzenie jak opisaliśmy, lecz nie z lewej a z prawej strony. Leczenie polecono takie same jak i poprzednim razem i wyleczenie też wkrótce nastąpiło. Lecz w Lipcu 1876 chora zgłasza się po raz trzeci, w następującym stanie: mocno osłabiona i wyniszczona gorączkuje i kaszle, uskarżając się na ból gardła i piersi. Przy badaniu znaleziono: ogólne wyniszczenie, stan gorączkowy, tętno przyspieszone. Przy opukiwaniu obu wierzchołków płuc odgłos jasny, wyraźny lecz przy dolnym prawym kącie opatki odgłos przytłumiony na znaczniejszej przestrzeni. Przy wysłuchiwaniu tego miejsca znaleziono wdęchanie nieokreślone a wydęchanie oskrzelowe, drobno-i grubo pęcherzykowe rżenia; w innych częściach płuc oddech nieokreślony i rżenia. Poszukiwanie w krtani wykryło: znaczne zgrubienie nagłośni; na brzegu tylnym wolnym nagłośni w samym prawie środku guzik owrzdzony, skąd przebiegały z obu stron owrzdzenia na więzadła nalewko nagłośniowe (*lij. ary-epigl.*) aż do chrząstek nalewkowych. Owrdzenia te głębokie, z sadłowatym dnem, wygrzyzionymi brzegami, niepozostawiały wątpliwości co do swej przymiotowej natury.

S. przyjął cierpienie płuc za przymiotowe i z tego względu, że w rodzinie chorej, nikt na suchoty nie zmarł i na nie niecierpiał; nadto umiejscowienie cierpienia nie w wierzchołku płuc, jak to najczęściej przy zwykłych suchotach płucnych bywa, a w płacie średnim, w którym jak wykazano najczęściej przymiot się umiejscowia, skłoniły S. do przyjęcia całego cierpienia płuc za cierpienie pochodzenia przymiotowego.

Dodać trzeba, że chora przedtem nigdy niekasłała; kłatkę piersiową miała prawidłową i mieszkała stale na wsi w zdrowej miejscowości.

Z tych względów, polecono chorej roztwór jodku potasu w znacznych dawkach, początkowo po 2 później po 3—5 grm. dziennie; nadto pędzlowano owrzdzenia roztworem jodu w glicerynie.

Wkrótce gorączka ustąpiła, owrzdzenia w krtani się oczyszczały i zablizniały, rozumie się że znaczną utratą tkanki (mianowicie nagłośni). Stopień odgłosu przy opukiwaniu płatu średniego płuc zmiknęło, zarówno też ustąpiły oddech oskrzelowy, rżenia i kaszel. Chora na siłach i w wyglądzie ogólnym znacznie się poprawiła.

W r. 1878 we Wrześniu, a więc po dwóch latach, chora zgłosiła się do autora kaszląca, wyniszczona i przytem uskarżająca się na obfity i złowonny wypływ z nosa.

Badanie wykazało: stopień odgłosu w średnim i dolnym płacie i to po obu stronach (z prawej strony więcej niż z lewej), oddech oskrzelowy i liczne rżenia. W jamie nosowej owrzdzenia na błonie śluzowej; w krtani żadnych zmian. I w tym razie leczenie swoiste jodkiem żelaza przez czas dłuższy prowadzone, dopięło celu, chora bowiem pozbyła się wszystkich objawów dopiero co opisanych.

W tym przypadku S. rozpoznanie swoje opierał na następujących danych:

cierpienie płuc wystąpiło społecznie z cierpieniem krtani; zmiany w płucu były w płacie średnim, co prawie zawsze napotyka się w cierpieniu przyzmiotowém płuc; wreszcie opierał się na braku dziedzicznego usposobienia do suchot. Nie we wszystkich przypadkach rozpoznanie stanowcze można uczynić po pierwszym badaniu; owszem, w największej liczbie przypadków dopiero przebieg choroby wskazuje nam istotę choroby.

Spostrzeżenie II. Chory, w chwili kiedy go S. po raz pierwszy widział, przedstawiał się jako suchotnik blizki prawie śmierci, dopiero po stanowczem rozpoznaniu cierpienia jako przyzmiotowego, leczenie swoiste spowodowało wyzdrowienie.

Chory około 30 lat liczący, gorączkujący i kaszlący, wyniszczony, z wielką trudnością i bolesnością polyka, głos bezdźwięczny i ochryply, wysłuchiwanie wskazywało miejscami oddech nieokreślony, miejscami oskrzelowy połączony z drobno i grubo-pęcherzykowemi rżęczeniami. S. cierpienie rozpoznał w pierwszej chwili jako suchoty (*phthisis*). Lecz przy poszukiwaniu gardła i krtani okazało się: brak języzka i części podniebienia miękkiego, na ścianie tylnej gardła blizna, która idzie ku górze. W krtani nagłośnia bardzo znacznie zgrubiała i na jej powierzchni przedniej, ze strony lewej, głębokie owrzodzenia, na ścianie tylnej nieco mniejsze lecz zupełnie podobne owrzodzenia; owrzodzenia te były pokryte grubym: żółtawym nalotem i miały podobne brzegi. W ogóle błona śluzowa krtani jako też i strun głosowych mocno obrzmiała i zaczerwieniona. Chrzastki nalewkowe z powodu tego obrzmienia mało ruchome. Te dane posłużyły S. do rozpoznania cierpienia jako przyzmiotowego i jak sam autor przyznaje sądził, że społecznie oprócz przyzmioty są i suchoty płucne.

Chory opowiada, że cierpienie płucne dopiero od kilku miesięcy się rozpoczęło i że poprzednio nigdy na płuca niechorował. W rodzinie nikt nie cierpiał na płuca. Przed 5 laty był dotknięty chorobą przyzmiotową; przed 6 miesiącami wystąpiło na goleni owrzodzenie, które ciągle się powiększało lecz nie zwracał na nie wcale uwagi.

Autor rozpoczął od leczenia miejscowego, a mianowicie od pędzlowania roztworem morfiny i jodu w glicerinie, następnie przeszedł do wstrzykiwania i wdmuchiwania środków narkotycznych a to dla ulżenia choremu z powodu bardzo dokuczliwego bólu i ułatwienia przez to możliwości polykania. W skutek takiego leczenia owrzodzenie na nagłośni zbliżniło się, grubość nagłośni bardzo się zmniejszyła, chory z powodu mniejszego bólu mógł jeść. Do wewnątrz podawano jodek żelaza w syropie, a następnie jodek potasu w znacznych (2—4 grm) dawkach. Poprawa po kilku miesiącach była zadziwiająca. Po 4 latach nastąpił powrót choroby pod postacią owrzodzeń na udzie i zapalenia płuc nieżyłowego (przyzmiotowego?). Wówczas zalecono choremu weterania z maści szarej, w skutek czego wszelkie objawy ze strony płuc znikły jako też i owrzodzenia na udzie się zbliżniły.

W tym więc przypadku, rozpoznanie opierało się na społecznem wystąpieniu swoistego cierpienia krtani z cierpieniem płuc, na objawach ogólnej choroby przyzmiotowej, w końcu na skutecznem leczeniu swoistem.

Spostrzeżenie III. Chory, 25 lat liczący, zgłosił się do autora na początku Września 1875, uskarżając się na kaszel, który wprawdzie oddawna go trapił, lecz w ostatnich kilku tygodniach, jest szczególnie męczący. Głos ochryply, ustawiczne bóle gardła i w wysokim stopniu trudność w polykaniu. Chory doskonale zbudowany i odżywany. Oddychanie krótkie i powierzchowne, przy wysłuchiwaniu zaś miejscami nieokreślone, miejscami, mianowicie na dole w prawem płucu, oddech oskrzelowy i liozne drobno- i grubo-pęcherzykowe rżęczenia. Przy oglądaniu jamy ustnej znaleziono: w części zbliżnione lub też zupełnie świeże owrzodzenia, umiejscowione na błonie śluzowej podniebienia miękkiego i języzka. Badanie krtani wykazało: znaczne zgrubienie nagłośni, na powierzchni której znajdowały się dosyć liczne, po większej części już rozpadłe guziczki przyzmiotowe (*gummata*), tak że nagłośnia cała przedstawiała się jako pokryta jednym owrzodzeniem. Powierzchnowe owrzodzenia przechodzą po więzadle nagłośnio-nalewkowem

aż do chrząstki nalewkowej. Prawa chrząstka nalewkowa zgrubiała, lewa owrzodzona, struny głosowe zeczerwienione, obrzmiałe, owrzodzone. Przed 5 laty chory był dotknięty chorobą przymiotową po raz pierwszy i przechodził objawy następnej choroby; po kilka kroć używał wcierań z maści szarej. Cierpienie obecne S. uznał za przymiotowe.

Poleciono pędzlowanie roztworem jodu w glicerynie nagłośni, wewnątrz zaś jodek potassu, początkowo 2 grm. dochodząc do 5 grm. dziennie. Po pewnym czasie owrzodzenie na nagłośni zablizniło się zupełnie, zarówno i objawy ze strony płuc ustąpiły, a mianowicie owo nacieczenie płuc które przy pierwszym badaniu się okazało, bez śladu zniknęło.

Spostrzeżenie IV. Dr. X. 50 lat liczący, zgłosił się do autora na początku Marca 1878, i opowiedział co następuje: Od wielu miesięcy cierpi z powodu chrypki do której wkrótce przyłączył się kaszel. W r. 1877 z porady jednego z laryngoskopistów wyjechał do Meran, lecz tam nieznajdując, przez przeciąg kilku miesięcy, żadnej ulgi, powrócił do Wiednia. Przy opukiwaniu znaleziono: stopienie obu wierzchołków płuc, oddech w tych miejscach częścią nieokreślony, częścią oskrzelowy, prócz tego rzęzenia pęcherzykowe. Przy laryngoskopowaniu znaleziono: struny głosowe obrzmiałe i zacerwienione, lewa od przodu owrzodzona, lewa chrząstka nalewkowa znacznie powiększona, na wnęce nalewko-nagłośniowej lewej, owrzodzenie dosyć znaczne i głębokie, pokryte nalotem brudno żółtym. W ogóle obraz choroby niepozwalał na stanowcze rozpoznanie, zmiany w płucach przemawiały za suchotami, zaś zmiany w krtani za chorobą przymiotową. Chory twierdził, że nie był dotknięty przymiotem. Zalecono pędzlowanie owrzodzeń w krtani roztworem jodu w glicerynie; wcierano w skórę w okolicy krtani *Ungt. hydr. ciner.* a do wewnątrz podano jodek żelaza.

Następstwem takiego leczenia była poprawa z dnia na dzień coraz większa, tak, że chory począł zajmować się praktyką. Wkrótce jednakże kaszel i chrypka powtórnie wystąpiły, tak że chory na początku Września przedstawił się w następującym stanie. Nadzwyczajna trudność w oddychaniu, wskazywała na znaczne zwężenie krtani, błona śluzowa krtani zacerwieciona i obrzmiała, mianowicie zaś nagłośnia w stanie nacieczenia, a na brzegu wolnym lewej połowy dosyć znaczne owrzodzenie. Chrząstki nalewkowe obrzmiały lewa więcej niż prawa, zaś na zewnętrznej powierzchni pierwszej, owrzodzenie ciągnące się przez więzadło nalewko-nagłośniowe do nagłośni. Na prawej stronie głosowej znaczne, sadłowate owrzodzenie, na lewej zaś nieco mniejsze owrzodzenie. Stopienie odgłosu u obu wierzchołkach płuc, było na większej powierzchni niż poprzednio; zarówno i oddech oskrzelowy dał się słyszeć w tych miejscach. Przy oglądaniu skóry znaleziono: na skórze klatki piersiowej ze strony prawej rozpadły gummat. Skoro wówczas zapytano chorego, czy nie był dotknięty chorobą przymiotową, przypomniał sobie, że na palcu wskazicieli prawej ręki, miał owrzodzenie długotrwałe i połączone z obrzmieniem gruczołów łokciowych i pachowych.

Ponieważ chory nigdy na płuca nie cierpiał i cierpienie płucne wystąpiło prawie spóźnie z cierpieniem krtani, które niewątpliwie było przymiotowego pochodzenia, rozpoznano i cierpienie płuc jako przymiotowej przyrody. Wówczas zalecono choremu wcierania z maści szarej po 2,5 grm. Po 6 tygodniowym leczeniu, podczas którego to czasu uskuteczono 30 wcierań, wszystkie powyżej opisane groźne objawy ustąpiły, chociaż pozostał jeszcze głos ochrypły. Wówczas dokonane badanie laryngoskopowe wykazało: nagłośnia nieco zgrubiała, na lewym brzegu której widoczna blizna. Lewa chrząstka nalewkowa jeszcze nieco zgrubiała; owrzodzenia na tej chrząstce, jako też i na więzadle nalewko-nagłośniowym lewym zabliznione, w płucach bardzo nieznaczna poprawa. Ogólny stan również uległ dosyć znacznej poprawie.

W końcu Grudnia tegoż roku, wskutek przeziębienia się wystąpił obrzęk głośni i koniecznym było wykonanie tracheotomii. Ponieważ dalszy przebieg nieprzedstawia nic szczególnego, pomijamy opis takowego.

Spostrzeżenie V. Wyrobnica lat 26 licząca, zgłosiła się w połowie Listopada

1878 r. z głosem ochryplym, uskarża się na kaszel i trudność w oddychaniu. Cierpienie to rozwinęło się przed 6 miesiącami i w ostatnich tygodniach znacznie się pogorszyło. Chora wyniszczona, blada, przedstawia wygląd suchotniczy. Odgłos przy opukiwaniu w obu wierzchołkach płuc, tak z przodu jako też i od tyłu przytłumiony, a oddychanie nieokreślone, przyczem i bardzo liczne rżenia pęcherzykowe. W ogóle stan płuc przedstawiał się jako zwykły w przebiegu suchot płucnych. Przy badaniu krtani znaleziono następujące zmiany: błona śluzowa krtani zaczerwieniona, struny głosowe na brzegu wewnętrznym wolnym, owrzodzone, chrząstki nalewkowe obrzmiałe i mało ruchome. Na lewej chrząstce nalewkowej okrągłe, dosyć głębokie owrzodzenie z wyzębieniem brzegami; podobne, lecz nieco mniejsze owrzodzenie, na brzegu nagłośni. Opierając się na zmianach w krtani S. przyjął cierpienie to za przymiotowe. Chora przyznała, że przed 6 laty miała owrzodzenie szankrowe, po którem występowały rozmaite wysypki ustępujące po leczeniu swoistem. Przed 6 miesiącami, wczasie gdy zmiany w krtani i płucach wystąpiły, zauważyła znaczny wrzód na lewym przedramieniu.

Dla S. cierpienie w krtani niewątpliwie było przymiotowego pochodzenia, co zaś do cierpienia płuc zachodziły wątpliwości.

Polecono chorej wcierania z maści rtęciowej; już po kilku wcieraniach, duszność się zmniejszyła, głos się oczyścił, kaszel zmniejszył się, a co ważniejsza, zmiany chorobowe w płucach zniknęły. Po 30 wcieraniach wypisano chorą ze szpitala jako wyleczoną. Krtani przy badaniu była w stanie zupełnie prawidłowym; obrzmienie chrząstek nalewkowych ustąpiło, owrzodzenia na strunach głosowych, na nagłośni i chrząstce nalewkowej zabiłiły się, głos był czysty i silny, kaszel ustał. (d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Uwagi nad unieruchomianiem i uruchomianiem stawów chorych.

W towarzystwie chirurgicznym w Paryżu toczyły się w r. z. bardzo pouczające rozprawy, dotyczące wymienionego przedmiotu, które wywołane zostały obszerną pracą prof. VERNEUILA treści następującej:

Unieruchomienie przedłużone, niewątpliwie wywołuje zmiany w stawach zdrowych, jednakże bez wywołania w nich przeobrażeń głębokich co do kształtu, lub budowy ich części składowych, a więc i co do ich działalności. Nauka dotąd nie posiada przykładów zeszywnienia prawdziwego (*ankylosis*) samym faktem unieruchomienia wywołanego; przeciwnie znane są liczne przypadki w których stawy skazane na długie unieruchomienie zachowały swą nietykalność anatomiczną i fizjologiczną. Czestem następstwem chorób stawów jest zmniejszenie, zawieszenie lub całkowite ustanie ich ruchów, czasowe lub trwałe. W ostatnim tym razie pojawiające się zeszywnienie (*ankylosis*), zależy od wielorakich przyczyn od zewnątrz i wewnątrz pochodzących, z łatwością same przez się zeszywnienie wyjaśniających, bez obwiniania o to następstwo unieruchomienia. Między temi przyczynami, zapalenie zwykle pierwsze zajmuje miejsce, pierwszorzędnym zaś środkiem przeciwwzapalnym, jest unieruchomienie; nie logicznem więc byłoby mniemanie, że ono to właśnie wywołuje następstwa, których skutecznie zwalcza przyczyny. Jeżeli w pewnych przypadkach unieruchomienie przyczynia się do wywołania zeszywnienia, to należy przedewszystkiem odróżnić unieruchomienie chirurgiczne czyli bierne, od czynnego, zależnego od skurczu mięśni okółostawowych. To ostatnie, o tyle ułatwia a nawet wywołuje zaburzenia w stawach, o ile pierwsze bierne skutecznie przeciw nim oddziaływa. Istnieją więc dwa rodzaje unieruchomienia stawów. Powstanie zeszywnienia nie jest stałym

zejściem chorób stawowych. I tak: wyjątkowem jest po cierpieniach stawowych przyrody zołzowej: nieco częstszem przy zapaleniu bł. maziowej (*synovitis*) ręki; lecz należy głównie go się obawiać przy zapaleniach ropnych i obrażeniowych stawów. Przesadzona obawa zeszywnienia, wywołuje codziennie dwa wielkie błędy ze strony lekarzy praktycznych: za prędkie zaprzestanie unieruchomienia biernego i rozpoczęcie przedczesne ruchów stawowych. Uruchomienie następowe jest dwojakie: 1^o sztuczne czyli mechaniczne za pomocą manewrów i różnych przyrządów; 2^o naturalne czyli fizjologiczne, mające swe czynniki w mięśniach pobudzanych wołą lub innym środkiem. Pierwszy rodzaj uruchomienia, używanym jest powszechnie przez ankylowstrętów (*les ankylophobes*), co wyjątkowo tylko może być uzasadnionem, gdy się zwalczą niewłaściwe ułożenie członka lub zapobiega się zeszywnieniu utrwalonemu; lecz sztuczne to uruchomienie należy uważać za niepotrzebne, bezskuteczne i niebezpieczne, jeżeli ma ono uprzedzać pojawienie się zeszywnień. Przeciwnie zaś uruchomienie naturalne fizjologiczne staje się nadzwyczaj użytecznem, jeśli jest zastosowanem w chwili odpowiedniej, a z biegiem czasu znakomicie się przyczynia do przywrócenia właściwej działalności stawu. Unieruchomienie sztuczne z jednej strony, uruchomienie naturalne z drugiej, są to dwa główne czynniki lecznicze dla cierpień stawowych: pierwszy bowiem pokonywa obrażenia anatomiczne, gdy drugi zapewnia odnowę fizjologiczną. Można dopomódz pierwszemu za pomocą środków miejscowych, farmaceutycznych i higienicznych; ułatwiać zaś drugi, elektryzowaniem mięśni około stawowych, dokonywanem jeszcze podczas unieruchomienia, a to w celu zapobiegania zwyrodnieniu się mięśni. Zwalczanie zapalenia, to najlepszy środek zapobiegający zeszywnieniu. Co zaś się dotyczy środków chirurgicznych właściwych, to V. nie zna skuteczniejszego nad wyciąganie ciągle (*extension continue*) i wypiłowanie (*resectio*) zapobiegające w przypadkach nadzwyczajnych.

TILLAUX dodaje: 1) dopóki zapalenie danego stawu nie zostało usuniętem, główną podstawą leczenia winno być jego unieruchomienie; 2) jeżeli staw przyjął położenie wadliwe, to takowe należy sprostować przed unieruchomieniem; 3) jeżeli po usunięciu zapalenia ostrego nastąpiło zeszywnienie stawu, to należy przystąpić do nadawania mu ruchów; 4) lecz w ogóle po wyleczeniu zapalenia przewlekłego stawów, nigdy nie należy ich uruchamiać, z wyjątkiem konieczności poprawienia niewłaściwego położenia stawu.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE wypowiada zdanie, że unieruchomianie stawów samo przez się nie wywołuje zeszywnienia; zeszywnienie w takich razach powstaje skutkiem obrażenia tkanek staw otaczających, jakto ma miejsce przy złamaniach kości promieniowej, wyrostka łokciowego i rzepki. Dla starców szczególnie bywa niekorzystnem przedłużane unieruchomienie. To ostatnie nie jest jednak koniecznem przy ostrych zapaleniach stawów, a mianowicie gdy się widziało konieczną potrzebę otwierania stawu kolanowego. L-CH. u 5-ciu chorych, którzy podlegli takowemu rękoczynowi, najlepsze osiągał wyniki z rychłego nadawania ruchów temu stawowi. JARJAVAY uważał za prawo, aby nie zostawiać dłużej nad dni ośm opaski przy złamaniach kości promieniowej.

BERGER spostrzegał wiele przypadków, gdzie nadawane ruchy sztuczne były szkodliwe, albowiem wywoływały zapalenie z następowem zeszywnieniem, co miało szczególnie miejsce przy złamaniach w sąsiedztwie stawu łokciowego. W niektórych jednak razach niezaprzecza on korzyści odniesionych ze zginań przymusowych; lecz w ogóle uważa uruchomienie sztuczne za wywołujące zapalenie, a więc jako opóźniające powrót zwykłej działalności członka.

LE FORT zapytuje: czy unieruchomienie przedłużone jest szkodliwem dla ruchów stawu zdrowego? Otóż gdy V. na nie odpowiada przecząco, LE F. zaś potwierdzająco, nadmienając, że chociaż nieznanemi są spostrzeżenia przerodzonych zeszywnień powstałych w takich warunkach, to przecież napotykamy wrzekome zeszywnienia, przedstawiające obrażenia anatomiczne i zбочenia czynnościowe w następstwie długiego unieruchomienia: ścięгна wówczas się skracają, części zwolnione naprężają, co jest później przyczyną niemożności sprowadzenia ich do prawidłowego położenia; dla tego też jeśli pozostawimy palce wyprostowane, to na powierzchni ich grzbietowej odpowiadającej stawom, gdzie w stanie zwykłym dla ułatwienia ich ruchów istnieją zmarszczki, skóra staje się gładką, naprężoną i nie pozwala choremu zginać palców bez doznania silnego bólu. V. wprawdzie wspomina że po upływie sześciu miesięcy utrudnienia takowe znikają, dzięki zwykłym ruchom chorego; lecz przeciąg tak długi czasu czyż nie jest bez znaczenia dla robotnika. LE F. możebnie jak najkrócej unieruchomia złamaną kość udową, gdyż zauważył że powstające zeszywnienie kończyny, jest w stosunku prostym do czasu pozostawiania opatrunku. Dla tego to zaraz po zrośnięciu są złamania, stara się zawsze nadawać ruchy powolne, stopniowe, unikając wyprostowań gwałtownych wywołujących zapalenia, a tem samem wymagających powtórnego unieruchomienia. Po odprowadzonych zwichnięciach, nie należy ani zakrótko ani zadługo wyczekiwać z nadawaniem ruchów stawom; tak np. dla barku nie dłużej nad dni 15. Unieruchomienie przy zapaleniach stawów rzeźączkowem, goscowem i obrażeniowem, może wywołać zeszywnienie. LE F. wtedy tylko uruchomia, gdy zapalenie już znikło i używa do tego właściwych przyrządów o słabem lecz ciągłym działaniu (kauczuku), bez spófundziału chloroformu, gdyż należy zwracać uwagę na czułość chorego. Niezawsze unieruchomienie daje się zastosować przy leczeniu guzów białych, gdyż nie należy do jednego szeregu zaliczać tego cierpienia w różnych stawach. Staw kolanowy, przedramienio-napięstkowy i stopowy, ulegają w tych razach grzybowatemu zapaleniu błony maziowej (*synovitis fungosa*); przeciwnie staw barku i biodra, najczęściej właściwemu zapaleniu *arthritis fungosa*. Początkowo LE F. zaleca unieruchomienie; lecz gdy już powstało zeszywnienie, to uruchomia tylko w tych razach, gdy chrząstki stawowe nie są nadpsute i czyni to powolnie zapomocą swej maszyny, posuwając szrubkę o 1 lub 2 jej przebiegi. W przeciwnym razie, uważa za konieczne poszanowanie zeszywnienia. Przy leczeniu zapalenia stawu biodrowego (*coxitis*) V. zaleca unieruchomienie, gdy przeciwnie LE F. staw ten uruchomia i rozróżnia w nim zapalenie torebkowe, gościcowe, od prawdziwego kostnego. Dla niego, chłamanie i brak silnych bólów zdradza postać kostną *coxitis*; unieruchomienie winno tu być podstawą racjonalnego leczenia. Przeciwnie, gdy istnieją silne bóle z powiększeniem w nocy i rozprzestrzenieniem się ich aż do kolana, przy przyciągnięciu uda do miednicy, to *coxitis* winno być uważanem za torebkowe; wtedy w okresie początkowym należy połączyć unieruchomienie z wyciąganiem stałem, które skutecznie zwalcza ból, nie wywołując zeszywnienia, co nie jest bez znaczenia dla młodego człowieka. Przy postaci gościcowej *coxitis*, nigdy cierpiącego stawu nie unieruchomia. W chwili gdy chorzy dotknięci *coxitis* szukają porady, to już wtedy sztywność i łakowatość istnieją. W takich razach LE F. najprzód poprawia niewłaściwe położenie członka zapomocą powolnego wyprostowania; w tym to celu używa swego przyrządu wydłużającego kończynę podczas chodzenia, a który pokonywając ciężar ciała ochrania od ciśnienia na panewkę biodrową (*acetabulum*). Dzięki temu LE F. leczy *coxitis* z zachowaniem $\frac{2}{3}$ zwykłych stawowi ruchów.

DESPRÈS opowiada że w 1830 r., pewien książę po zwiechnięciu stopy będąc dotkniętym sztywnością stępu nieznikającą z czasem, jako zapewniał leczący go chirurg, zasiągnął porady szarlatana, a dzięki użytemu przez tegoż masażowi i czasowi, ruchy powróciły. Od tego to głównie czasu poczęto nadawać ruchy stawom, po poprzednim ich unieruchomieniu. BOYER jeszcze uważał ankylozę, jako szczęśliwe zejście dla guza białego; dla osiągnięcia zaś tego nie wystarcza samo unieruchomienie stawu, gdyż należy tu jeszcze dołączyć jego ucisk. Nie wszystkie jednak stawy są dotknięte tem samym rodzajem guza białego: niektóre z nich podlegają ropieniu, dzieje się to mianowicie ze stawem udo-biodrowym, albowiem nieposiadamy możliwości doskonałego jego unieruchomienia, jak to czynimy dla kolana lub łokcia. D. stanowczo zaprzecza wyleczalności guza białego z możliwością nadawania ruchów poprzednio dotkniętemu stawowi, taką możliwość tylko uznaje po *synovitis fungosa*, gdzie unieruchomienie nie pociąga za sobą powstania zeszywnienia. Zapalenia stawów pojawiające się podczas ciąży, znikają po jej ustaniu (po porodzie) jeśli stawy nie były unieruchomianemi. Toż samo ma miejsce przy zapaleniach gościecowych. D. w tych razach nadaje ruchy i otrzymuje pomyslnie wyleczenia. Lecz w jakiej to chwili należy nadawać te ruchy? Nie należy nigdy się dotykać stawu bolącego i czekać na pojawienie się małych ruchów dowolnych, a wtedy to tylko z ostrożnością dalej należy je rozwijać. Po miesięcznem unieruchomieniu przy *arthritis traumatica* dolnej kończyny, gdy chory może chodzić ze swą opaską, a kolano w niej zawarte dokonywa nieznacznych ruchów, jest to chwila stosowna do ostrożnego a dalszego ich rozwijania, albowiem naturalne ruchy chorego nie będą nigdy w stanie porozrywać zrostów powstałych w sąsiedztwie ścięgien i torebki maziowej. Co się zaś dotyczy zeszywnień po wyleczonych złamaniach, to BOYER zwykł był zawsze zalecać jak najkrótsze pozostawianie opatrunku, jak najmniej radził nie utrudzać ruchów stawów sąsiednich. Przy złamaniach dolnego końca kości promieniowej D. na dni tylko osm nakłada opatrunek NELATON'A, później zastępuje go opaską krzemionkową (pozostawioną najdłużej przez miesiąc) dosięgającą zaledwie górnych końców kości śródreżca. Dla takich złamań u dzieci GIRALDES nigdy nie nakładał opaski właściwej, gdyż zauważył iż po 15 dniach unieruchomienia, już zeszywnienie istniało. Powstaje ono również łatwo przy złamaniach wyrostka łokciowego. D. stanowczo potępia przyrządy unieruchamiające przegub stopowy, kości stępu, używane dla złamań piszczeli.

MARJOLIN w szpitalu dziecięcym IS-te Eugénii, nigdy nie nakłada opasek przy złamaniach końca dolnego kości promieniowej.

(Posiedz. Tow. chirurg. z d. 4 Czerw., 12, 19, 26 Listop. i 3, 10 Grudnia 1879 r.)

S. Perkowski.

Przypadek zaparcia stolca 36 dni trwającego, wyzdrowieniem zakończony opisał WALTER HUTCHINSON (*The Lancet* z 3 Stycznia 1880 r.). Gluchoniemy 17 lat życia liczący zachorował d. 11 Maja na gwałtowne bóleści w okolicy jelita ślepego, połączone z rozwolnieniem i wymiotami. Nazajutrz wymioty były kałowe i od tego czasu zaparcie stolca stało się tak uporczywem że nie dało się pokonać żadnemi środkami. Ponieważ wszelkie pożywienie przyjęte przez usta, chory natychmiast wyrzucał, nie pozostawało nic innego jak uciec się do żywienia go *per anum*. Przeżył on zaledwie po kilka kawałków lodu i trochę wina szampańskiego zamrozonego. Przez cały miesiąc stan chorego był rozpaczliwy. 13 Czerwca wypłynęło przez otwór stolcowy nieco krwi wraz z kawałkiem błoniastym, który zrazu uważano za część jelita zgorzeline uległego. Przepisano wtedy proszek DOWER'A 4 gr. (0,24) co 4 godziny. 19 go chory wydalil znowu przez jelito stolcowe dosyć znaczną ilość krwi ze strzępami wyglądu błoniastego, bardzo podobnemi do części jelita. Nakoniec 24 Czerwca zjawił się pierwszy stolec, którego ślady znaleziono na

prześcieradle łożka, poplamionego również krwią i ropą. Przez cały następnny miesiąc podobne stolce powtarzały się co drugi dzień. Pożywienie zadawano z całą ścisłością i ostrożnością i około połowy Września chory zupełnie wyzdrowiał. Strzępy błoniaste jakże chory *per rectum* wydalal po ścisłem zbadaniu ich nie były niczem innym jak tylko skrzepami krwi zmieszanemi ze śluzem; nie było zatem żadnego wydalania części jelita wpochwionego (*invaginatio*). Jest zatem bardzo prawdopodobnem przypuszczenie, że zaparcie stolca w tym przypadku było wywołane obecnością skrzepów powstałych z krwotoku jelitowego. (*Ref. w Gaz. méd. de Paris—1880—8*). J. R.

Wyniki leczenia ciągłemi kąpielami, po przeprowadzeniu szeregu doświadczeń w klinice prof. HEBRY w Wiedniu, od kilku już lat, dr. JARISCH były asystent zestawia następnie (*Jahresbericht des Wien. allg. Krankenk.*). Kąpiele ciągłe (łożko wodne HEBRY) mają najprzyjaźniejszy wpływ na sprawy chorobne na powierzchni skóry odbywające się [bąblica, łuszczyca, dymienice zgorzelinowe, wrzody przymiotowe, zgorzel powierzchowna, odleżyny, strupień ślimaczący (*impetigo*), zagojenie daleko prędzej następuje, cierpienia zaś mające głębsze siedlisko (oparzenia, głębokie ropienia wskutek zapalenia tkanki łącznej (*phlegmone*), choroby kości do leczenia tego rodzaju nie są odpowiedniami. (*Prager med. Wochensft. 1880—3*).

Użycie cytrynianu kofeiny jako środka moczopędnego przy zalewach (hydrops) wadami serca spowodowanych. Dr. LEWIS SHAPPER (*The practitioner January 1879*) opierając się na licznych spostrzeżeniach twierdzi, że kofeina od 0.2—0.4, trzy do czterech razy dziennie podawana, stanowi wyborny środek moczopędny i podniecający serce, ale tylko przy tych zalewach które z cierpień serca powstały, gdzie mięsień sercowy wątły, rozszerzony, nie prawidłowo kurczący się, ściany zaś jego postępującemu z wyrodnieniu ulegają. Zupełna bezskuteczność kofeiny przy zalewach z innych powodów pochodzących pogląd wypowiedziany popierać się zdaje.

Toj adnik (aconitium) przeciw nerwobólom. OULMONT używa tego przetworu z pomyslnym skutkiem przy nerwobólach twarzowych, wskutek tak zwanego „przeziębienia” powstałych, które nie wyrażają się napadami okresowemi. Dawka dzienna $\frac{1}{120}$ — $\frac{1}{10}$ gr. ($\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ Mgm.) Na jedną pigułkę przypadać ma $\frac{1}{360}$ gr. ($\frac{1}{3}$ Mgm.), zaczynać od 3 dziennie a dojść do 6 (należy przepisywać *aconitium* angielskie, inne bowiem okazało się niepewnem w działaniu. *Red.*).

KRONIKA MIEJSCOWA.

Odpowiedź „Gazecie lekarskiej”. Doniesienia nasze o statniem posiedzeniu biologicznem Towarzystwa lekarskiego i o artykułach d-ra KRASIŃSKIEGO drukowanych w „GAZ. LEKARSKIEJ” skłoniły Redakcyję tego czasopisma do zrobienia nam łardzo przykrych uwag, głównie z tego powodu żeśmy uczynili redakcyję GAZ. LEK. odpowiedzialną za ogłoszenie pracy d-ra KRASIŃSKIEGO i z powodu jakobyśmy stawali na stanowisku bezwzględnych obrońców opinii Podkomitetu Obywatelskiego jako nieomyślnej. Zdaje nam się że rozebrawie historii całej tej sprawy doprowadzić może do złagodzenia, jeżeli nie do całkowitego usunięcia nieporozumienia, nad którem tembardziej ubolewamy że można go było uniknąć, gdyby redakcyja GAZ LEKARSKIEJ była, rozpoczynając druk artykułów swego współpracownika, wyrzekła się solidarności z jego opinijami tak jak to uczyniła w Nr. 10 swego pisma to jest przy czwartym z rzędu artykule d-ra KRASIŃSKIEGO. Zasada względnej nieodpowiedzialności redaktora pisma za prace w niem pomieszczone a opatrzone podpisem autora jest i przez nas wyznawana jeżeli chodzi o prace czysto naukowe.

Ale jeżeli pismo choćby specjalne daje miejsce artykułom traktującym kwestyje bieżące, miejscowe społeczne, ekonomiczne, finansowe, jeżeli w artykułach tych rozbierną jest działalność współobywateli, to wprawdzie niemożna nie w zasadzie powiedzieć przeciwko drukowaniu podobnych artykułów w piśmie specjalnem ale od redakcyi wymaga się stanowczego zaznaczenia stanowiska jakie ona zajmuje względem zdań przez autora artykułu wyrażonych. Redakcyja niepotrzebuje się bynajmniej oświadczać za autorem, ani

też przeciw niemu, ale winna koniecznie w podobnym razie oświadczyć że za zdanie autora wcale nieodpowiada. Milczenie zaś równa się akceptacyi.

Nadto ośmielamy się twierdzić że w pewnych okolicznościach drukowanie pewnych opinij choćby nie bezimiennych w pewnych pismach jest niestosownem. Nie ma takiej opinii której by niemożna było lub niewolno było krytykować, ale każdy przyzna że zawsze a tembardziej w rzeczach i sprawach bieżących, miejscowych obywatelskich krytyka może być stosowną lub niestosowną, co zależy od jej postaci, od chwili w której się pojawia i od miejsca gdzie krytyk ją wypowiada.

Otóż zobaczymy czy krytyka Opinii Podkomitetu była stosowną pod temi trzema względami, wcale w ocenę jej *in merito* niewchodząc i czy za grzech niestosowności nie mieliśmy prawa do pewnego stopnia czynić redakcyą GAZETY LEK. odpowiedzialną.

Artykuł d-ra KRASIŃSKIEGO jest skierowany przeciw Opinijom Podkomitetu Obywatelskiego. Jaka jest wartość tych Opinij to czas pokaże. To jednak zapewne redakcyja GAZ. LEK. przyznać zechce że ani skłanił osobisty Podkomitetu, ani kilkomiesięczna pilna jego praca nie dają prawa nikomu lekceważyć tego ciała obywatelskiego i nazywać „tak zwanym” Podkomitetem i podawać tym sposobem w wątpliwość nie tylko jego kompetencyją ale i jego obywatelski charakter. Postać ta była zdaniem naszym w najwyższym stopniu niestosowną.

Podkomitet Obywatelski nie skończył swych czynności, jak o tem dr. KRASIŃSKI i redakcyja GAZ. LEK. wiedzieć musiały, a przynajmniej wiedzieć powinny jeżeli uznały się za uprawnione do traktowania sprawy bieżącej. W pismach codziennych i w Tow. lek. było wyraźnie doniesionem że się odbędzie jeszcze jedno posiedzenie podkomitetu, na którym postulaty dotyczące reformy miejsc ustępowych rozbieranemi będą. Z tego powodu egzemplarze „Opinij” rozesłane zostały tylko członkom Podkomitetu jako materyjał przygotowawczy do mającej się odbyć dyskusyi. Dr. KRASIŃSKI dostał oczywiście egzemplarz „Opinij” od któregoś z członków Podkomitetu i z niecierpliwością, zdaniem naszym niestosowną, użył go do napisania krytyki, która brzmi tak jak by Opinije miały już dziś charakter projektu przygotowanego przez Podkomitet do oddania władzy. Krytykę zatem d-ra KRASIŃSKIEGO uważamy jako ogłoszoną w niewłaściwej chwili. Nadto na miesiąc przed ogłoszeniem krytyki d-ra KRASIŃSKIEGO Towarzystwo lekarskie postanowiło zebrać w swem gronie te kwestyje które dały powód do rozdziału głosów w Podkomitecie a głównie kwestyje reformy miejsc ustępowych; poruczyło dlatego opracowanie wniosków osobnej komisyi. Czy dr. KRASIŃSKI jako członek Towarzystwa lekarskiego niepowinien był albo podczas obrad Towarzystwa opinije swe wypowiedzieć, albo z wydrukowaniem ich się wstrzymać do chwili odbycia się dyskusyi nad wnioskami komisyi Towarzystwa? Czy stosownem było z jego strony i ze strony Redaktora GAZETY LEKARSKIEJ zabieranie głosu w tej sprawie przed odbyciem się obrad w gronie Towarzystwa? Nam się zdaje że chwila była niestosowną.

Wreszcie co się dotyczy miejsca, to jest co się tyczy pisma w którym dr. KRASIŃSKI rzecz swą wydrukował nazywamy je dlatego jedynie niestosownem, że z jednej strony artykuł d-ra KRASIŃSKIEGO mimo licznych cytata i odsyłaczów ma tak mało naukowy charakter iż w piśmie specyjalnem miejsce dlań nie jest odpowiedniem, a z drugiej strony pomieszczenie go w takim piśmie jest dlań u ludzi niekompetentnych reklama, której mu GAZETA LEKARSKA o tyle odmówić niepotrzebowała, o ile by się z opinijami autora solidaryzować chciała, o ile by chciała aby jej egzemplarze z artykułami d-ra KRASIŃSKIEGO były, jak to miało miejsce rozsyłane tym obywatelom naszego miasta, którzy pragnęliby znaleźć broń do walki przeciw zasadom przyjętym na ostatniem posiedzeniu biologicznem Tow. lek. Mamy najzupełniejszy powód wierzyć że GAZ. LEKARSKA tego nie chciała i dlatego właśnie uważamy, że miejsce dla artykułu d-ra KRASIŃSKIEGO było w niej niestosownem.

Może to objaśnienie naszego poglądu w obchodzącej nas tu sprawie pozwoli, by dobry koleżeński na wzajemnym szacunku oparty stosunek pomiędzy pismami lekarskiemi w Warszawie istniejący pozostał nadal równie dobrym jak był nim przez ostatnie lat kilka.

W końcu słów parę dla sprostowania paru omyłek. Redaktor GAZ. LEKARSKIEJ

występował wprawdzie przeciw wnioskom technicznym kolegi NATANSONA ale tak jakeśmy w kronice naszej napisali mileżeniem przyjął przemówienie tego kolegi co do uznania potrzeby bezwzględnej melioracji i co do zdania lekarzy w tej mierze. Co się dotyczy wytkniętego jakoby przez pana MAKOWIECKIEGO w „WIEKU” błędu w obliczeniach statystycznych zawartych w Opiniach Podkomitetu, to o ile wiemy błąd jest dość grubzy; z czyżej jednak strony o tem się dowie GAZETA LEKARSKA przy pierwszych obradach nad kwestyjami bieżącymi sanitarnymi, jakie się toczyć zapewne jeszcze będą w Towarzystwie lekarskiem.

Sprostowanie. *Szanowny Redaktorze!* W Nr. 9 r. b. piśmie pańskiego, w dziale Kroniki miejscowej spotykamy wyjątek z „*Sowremiennoy Mediciny*”, przedstawiający ruch chorych w szpitalu Ewangelickim za r. 1877.

Niewidząc potrzeby legitymowania się z pewnych kwestyj na czele rzezonego artykułu postawionych, dotykających pobieżnie urządzenia szpitala, kierunku naukowego, zarządu i t. d. przechodzę wprost do rzeczy, która mnie najbardziej uderzyła i którą tu dosłownie powtórzyć muszę: „Co się dotyczy samej statystyki to spotykamy cyfry, które nam dziwne światło rzucają no ów, jakoby zagwarantowany naukowy kierunek w zarządzie szpitala. Już cyfra ogólnej śmiertelności jest znaczną (15⁰/₀). Ale prawie nie do uwierzenia wysoką jest cyfra śmiertelności z gorączki durzycowej, wynosząca 18⁰/₀ chorych durzycowych. Z tak wysoką cyfrą śmiertelności durzycowych w szpitalach, spotykaliśmy się rzadko, nawet dawniej, kiedy leczenie nie było jeszcze oparte na zasadach nowoczesnej nauki. Dziś śmiertelność ta w dobrych szpitalach miast zagranicznych spadła na 5 do 8⁰/₀ chorych durzycowych i t. d.

Otóż przytoczone wyżej cyfry są fałszywe, jak się o tem dowodnie przekonać można z załączonej przy niniejszem kopii Sprawozdania szpitalnego, przesłanego Warszawskiej Radzie Miejskiej Dobroczynności publicznej za r. 1877. I tak, co do 1-go ogółem chorych leczonych w szpitalu w r. 1877 było 761. Z tych zmarło 88; ogólna zatem śmiertelność wynosi 11⁰/₀.

Co do 2-go t. j. odnośnie chorych durzycowych. Było leczonych wszystkich 56, a że zmarło 4, mamy więc 7⁰/₀ śmiertelności chorych z gorączki durzycowej, a nie 18⁰/₀ jakto chce mieć „*Sowremiennoy Medicina*”.

Pod względem cyfry ogólnej śmiertelności zachodzą tu jeszcze pewne okoliczności tłumaczące te wysokie odsetki. Zwrócić bowiem musimy uwagę na warunki pod jakimi szpital Ewangelicki istnieje. Zakład ten będąc instytucją gminną, czerpiącą w pewnej mierze z jej funduszków zasiłki, jest tem samem obowiązany przyjmować chorych nadsyłanych przez dom starców tejże gminy, którzy naturalnie jako marazmatycy w szpitalu umierają na choroby temuż stanowi właściwe, jak: *phthisis, emphysema pulmonum, morbus Bright* i t. d.

Wreszcie i inni ewangelicy nie mający żadnego schronienia, czasami nawet cudzoziemcy, bądź w wieku podeszłym, lub osłabieni, do zakładu przyjmowanymi zostają i jako tacy najczęściej umierają. W obronie bezstronnej prawdy uważałem się w obowiązku podać niniejsze sprostowanie, które Szanowny Redaktorze raczy pomieścić w łamach pisma Twojego.

Dr. Libchen, lekarz naczelny w szpitalu Ewangelickim.

Aczkolwiek nie wiemy dokładnie, skąd „*Sowr. med.*” czerpie statystyczne dane dotyczące ruchu chorych w szpitalach Warszawskich, albowiem nigdy źródła nie podaje, to jednakże sądziliśmy, że Redaktor tego czasopisma, jako Inspektor szpitali cywilnych w Warszawie, podaje takowe dane z najpewniejszego źródła t. j. z raportów rocznych tychże szpitali, składanych Radzie miejskiej dobroczynności publicznej. W obec zatem wykazanej powyższem piśmie sprzeczności, następuje się uzasadniona wątpliwość co do pewności źródła z którego „*Sowr. med.*” dane statystyczne ogłasza. W imieniu zatem lekarzy szpitali Warszawskich i naszych czytelników, upraszamy Redakcję „*Sowremiennoy Mediciny*” o wyjaśnienie niedokładności w jej statystycznych wiadomościach, dotyczących ruchu chorych w tutejszych szpitalach. *Red.*

OGŁOSZENIA.

Dr. Z. Dobieszewski, przyjmować będzie chorych, tak jak lat poprzednich, w **Marienbadzie**, od d. 1 Maja do końca pory kąpielowej. Przytem leczy elektrycznością. Mieszka w domu własnym, p. n. *Villa Dobieszewski*; gdzie również chorzy mogą znaleźć pomieszczenie i wszelkie potrzebne wygody.

Dr. Izidor Kopernicki, docent uniwersytetu Jagiellońskiego i były lekarz zdrojowy w Rabce, przyjmować będzie chorych w **Marienbadzie** od d. 1 Maja r. b.

Pepsine Boudault.

Pepsina ta została wprowadzoną w życie lekarskie przez BOUDAULT'A i d-ra CORVISART'A w r. 1854. Od tego czasu przetwór ten jest uważany jako lepszy od wszelkich pepsin handlowych. Pepsina ta jest jedyną w szpitalach paryżkich stosowaną i nagrodzoną została medalami na wystawach międzynarodowych: w Paryżu 1867, w Wiedniu 1873, w Filadelfii 1876 i w Paryżu 1878 r.

Pepsine Boudault en poudre

kwaśna i obojętna,

w całych słoikach 30 grammowych i w $\frac{1}{2}$ słoikach 15 gram. Dawka dla dzieci: 1 do 2 łyżeczek znajdujących się w słoiku; dla dorosłych: 2—4 takich łyżeczek (1 łyżeczka zawiera 4 granów (0,25).

Pepsina kwaśna zadaje się w większości przypadków. Użycie pepsiny obojętnej jest wskazane w przypadkach nadmiaru kwasu w soku żołądkowym.

Vin de Pepsine Boudault

Wino to bardzo przyjemnego smaku zaleca się osobom, dla których przyjmowanie pepsiny w proszku jest wstrętnem. Częściami składowymi tego wina jest czysta pepsyna i wino hiszpańskie, którego ilość wyskoku jest tak małą, że pepsyny nie strąca, a tem samem przetwór ten zachowuje wszystkie swe własności trawiące. Dawka: łyżka stołowa przed lub po jedzeniu.

Paris, Hottot-Boudault, 7, Avenue Victoria.

Sprzedaje się nadto we wszystkich aptekach Królestwa i Cesarstwa.

Wody lecznicze alkaliczno-żelaziste

c. k. ZAKŁADU KRYNICA-SŁOTWINY


napełniane do flaszek ulepszoną metodą HECHT'A, mocą której namienione wody nawet po najdłuższem ich przechowywaniu, zatrzymują w sobie wszelkie ich części składowe, a zatem swą właściwość i cały skutek leczniczy. są powszechnie uznanym lekarstwem: w niedokrewności i w blednicy, nieocenionym lekiem we wszelkich chronicznych cierpieniach żołądka lub kiszek, połączonych z osłabionem trawieniem lub z biegunką, w rozlicznych chorobach organów płciowych u niewiast, tudzież są jedynym lekarstwem w chorobie angielskiej i skrofuleicznej u dzieci, jakoteż w przeróżnych cierpieniach nerwowych, opartych na osłabieniu lub na niedokrewności.

W Warszawie o każdej porze roku do nabycia w aptekach: HEINRICHA, LILPOPPA i KUCHARZEWSKIEGO, tudzież w handlu LANDEGO.

W Kijowie w aptece SEIDLA. **W Wileńcu** w aptek: GRUŻEWSKIEGO i SZERSZEWSKIEGO. **Zamówienia** na wody krzyńskie przyjmuje c. k. Zarząd zdrojowy (poczta Krynica w Galicyi).

Rozsyłka wód rozpoczyna się corocznie w Kwietniu. — **Broszury** o skutkach wód krzyńskich we wszelkich językach udziela się na żądanie gratis.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

 Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Nowogrodzka Nr. 20