

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 redukcji (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1878 do 1 lipca 1878) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1878 r. rsr. 218 (z przesyłką).

TRESC: Postrzeż. z prak. lekar. Czy odma piersiowa (*Pneumothorax*) — czy wzdęcie żołądka? — O ruchu chorych w Instytucie Pneumatycznym D-ra Wincent. Brodowskiego za rok 1877. — Kronika. Leczenie krwotoków macicznych za pomocą wstrzykiwań podskórnych roztworu wyciągu sporyszowego. Białko w moczu osób zdrowych. Leczenie dusznicy. (*Asthma*). O leczeniu wrzodów. Nowy sposób postępowania po amputacji. — Wiadomości bieżące. — Wykaz tygodniowy ruchu ludności miasta Warszawy. — Dodatek. Anatomii opisowej T. III. ark. 14. Anatomii chirurgicznej T. II, ark. 64. Historii Medycyny ark. 14. — Dzieje i znaczenie przeciwpasożytnego leczenia ran. R. Jasiński. (Dalszy ciąg). — Ogł. far. lek.

Czy odma piersiowa (*Pneumothorax*) — czy wzdęcie żołądka?

Postrzeżenie z praktyki domowej.

Nie bez usprawiedliwionej zasady mogłoby się zdawać, że w naszych czasach, kiedy sztuka fizykalnego badania chorych została bardzo wysoko rozwiniętą a co ważniejsza, prawidła powstawania rozmaitych odcieni głosu opukowego i szmerów przysłuchowych dostatecznie zostały zrozumiane i wyjaśnione — że teraz powtarzamy, rozpoznawanie chorób piersiowych powinno być łatwem a przynajmniej o tyle uproszczonem, żebyśmy nie byli w kłopotcie co do orzeczenia cierpienia piersiowego w ogóle i nie błakali się w powątpiewaniu: ażali w danym wypadku mamy do czynienia z chorobą piersi lub żywota, w szczególności: płuc, opłucnej, żołądka, jelita etc.? Tak byoby powinno biorąc na uwagę świetne nabytki, których opisy zapełniają dzieła odnoszące się do dyagnostyki i patologii; a przecież tak nie jest, i codziennie przekonywa nas doświadczenie przy łożu chorego, że rozpoznanie chorób piersiowych łączy się nierzadko z niemałą trudnością i że dziś jeszcze do pewnego stopnia zachowuje swą wartość aforyzm przez Baglivi'ego wyrzeczony: „*O quam difficile est cognoscere morbos pulmonum — O quam difficilium eos curare.*“ Na stwierdzenie właśnie pierwszej części przytoczonego zdania rzymskiego profesora siedemnastego wieku podajemy czytelnikom opis wypadku, który o ile pouczającym jest ze względu na trudność w stanowczem rozpoznaniu istoty cierpienia, o tyle znowu ciekawym pod względem pomyslnego zakończenia choroby.

Praczką 20-letnią, zamężną, poprzednio zawsze zdrową, nieznająca żadnych cięższych chorób w swém życiu a w szczególności nie podlegająca nigdy chorobom piersiowym, bez skłonności do nieżyków oskrzelowych, kaszlu

etc., po szczęśliwie przebytej ciąży, odbyła w końcu Marca z. r. poród bardzo ciężki (pierwiastka). Tuż po wyjściu na świat płodu nastąpił niezwykle obfity krwotok maciczny, do którego przyłączyły się kurecze drgawkowe (*Eclampsia*) w liczbie 40 napadów po kilka minut trwających, w ciągu pierwszych 48 godzin okresu połogowego. Pomimo ciężkiego porodu, znacznej utraty krwi i złośliwego powikłania z kureczami (które prawdopodobnie poczytane być mogą za następstwo nagłej niedokrewności ośrodków nerwowych — gdyż rodząca poprzednio nigdy kureczom nie podlegała), poprawił się stan chorej, po zatrzymaniu krwotoku, tak szczęśliwie i stosunkowo szybko, że już 10-go Kwietnia mogła powstać z łóżka a 12 wychodziła z domu; dziecię zdrowe karmiła sama. Zbyt pośpieszne atoli opuszczenie łóżka a tém bardziej wychodzenie na miasto stało się oczywiście przyczyną nowej choroby, której, jak opowiada chora, nabawiła się przez zaziębienie w mieście dnia 12 go. Tegoż dnia uczuła chora ból w stronie lewej klatki piersiowej, do czego przyłączył się 14-go kaszel, nie zbyt męczący, suchy. W dniu 17 wezwała rady lekarza, który dla uchylenia dolegliwości zalecił okłady ciepłe na bok lewy i przystawienie kilkunastu suchych baniek. Ponieważ leczenie to okazało się bezskuteczném polecił użyć 10 baniek ciętych, okładać dalej piersi chustą w ciepłej wodzie maczaną i wyżymaną, zaś bacząc na poniesioną utratę krwi podał chorą: *Tinct. ferri acet. aether.* Dnia 18 wieczorem pojawiło się bardzo gwałtowe kłucie w boku lewym połączone z bezdechem wywołanym niemożnością dostatecznego rozszerzenia klatki piersiowej przy wdęchaniu, któremu towarzyszył zawsze dokuczliwy ból w rzeczonej okolicy.

Badanie dokonane dnia 19-go wykazało co następuje:

Budowa ciała krzepka, mięśnie dobrze rozwinięte, powłoki powszechne i błony śluzowe blade. Oddech krótki, przyspieszony, powierzchowny (36 na minutę); przy usiłowaniu głębszego wdęchania, niemniej przy układaniu się na bok lewy powstaje ból kłujący w linii pachowej po stronie lewej.

Lewa strona klatki piersiowej w dolnej połowie, szczególnie z boku, przedstawia bardzo znaczne wypuklenie, z daleka widoczne (którego lekarz ordynujący wczoraj jeszcze nie zauważył); część ta klatki piersiowej całkiem nieruchoma przy oddechaniu, przestrzenia międzyżebrowe wygładzone, nawet nieco wystające. Opukiwanie daje w tém miejscu głos jawnie bębenkowy, niski, kiedy w górnej połowie klatki głos jest prawidłowo jasny. Jawność głosu bębenkowego w rzeczoném miejscu jest tak wybitną, że ten sam niemal niski głos wypukowy słyszeć się daje nad wydatną, jędrną sutką obficie pokarmem wypełnioną. Przysłuch wskazuje w górnej części płuca szmer pęcherzykowy, zaś w miejscu wypuklenia nie słyszymy wcale żadnego szmeru oddechowego, tylko od czasu do czasu słychać tu bardzo wyraźny, dźwięk metaliczny. Po stronie prawej opukiwanie i przysłuch zupełnie prawidłowe.

Serce wyparte daleko ku stronie prawej tak, że uderzenia jego wyczuwamy i widzimy tuż przy lewym brzegu mostka w czwartej przestrzeni międzyżebrowej; opukiwanie wskazuje lewą granicę stłumienia

sercowego równolegle z lewym brzegiem kości mostkowej; wymiary serca zdają się być prawidłowymi; stuki serca (tony) czyste, nieco cichsze.

Żywot chorej mocno wzdęty przedstawia przy pukaniu odgłos również jawnie bębnowy, a mianowicie w górnej okolicy z klatką piersiową stykającej się, skutkiem czego granicy dwóch jam (piersiowej i brzusznej) ściśle oznaczyć nie podobna; stolce zaparte i łaknienie zmniejszone.

W ogólności chora, oprócz wyżej wspomnianego bólu i kłucia w piersiach nie uskarża się na żadne dolegliwości; twarz spokojna, tętno 120 małe; mowa swobodna, ciepłota prawidłowa, kaszel niezbyt częsty, suchy. Polecono chorej lekarstwo przeczyszczające, morfinę dwa razy na dzień w ilości $\frac{1}{12}$ grana, okłady ciepłe na bok lewy, żywność posilną. Lekarstwo wywołało kilkakrotne, obfite wypróżnienia łajniste.

Przez dwa dni następne t. j. 20 i 21 Kwietnia stan choroby był mniej więcej jednakowym z tą jednak różnicą, że przez obydwa dni wieczorem występowały dosyć silne dreszcze po pół godziny trwające, po których w nocy doznawała chora nieznacznej gorączki objawiającej się pałaniem skóry, pragnieniem, poczem nad ranem występowały nie zbyt obfite poty. W czasie dreszczów wzmagał się kaszel, zawsze suchy; ból w boku lewym stawał się dokuczliwszym, tętno przyspieszało się bardzo, dochodząc do 140 na minutę. Dnia 21 podano chorej siarczan chininy w ilości 5 gran rano i wieczorem.

Dnia 23-go. Wypukłość klatki piersiowej po stronie cierpiącej zmniejszyła się; oddech powolniejszy, głębszy (30 r.); kłucie w boku trwa jeszcze wszakże mniej dokuczliwe, kaszel ustał prawie zupełnie. Odgłos przy pukaniu w miejscu poprzednio jawnie bębnowego dziś więcej zbliżony do prawidłowego, tylko postępując ku okolicy żołądka jeszcze bębnowy. Granica pomiędzy żołądkiem a płucem dzisiaj wyraźna. W miejscu, gdzie dawniej nie słyszano wcale szmeru oddechowego, występuje szmer pęcherzykowy lubo bardzo słaby. Serce znacznie posunięte ku miejscu prawidłowemu; tętno 112; łaknienie powraca; chora bez bólu może leżeć na boku lewym; żadnych dolegliwości nie doświadcza, wesoła.

Dnia 25-go. Wypuklenie klatki zmniejsza się z każdym dniem; odgłos opukowy niemal prawidłowy, szmer oddechowy jeszcze słaby ale pęcherzykowy, kaszel ustąpił, tak samo ból i kłucie, tętno 86—80, wzdęcie żywota znikło, łaknienie i sen dobry; dreszczów nie było od 21; siły powracają.

Dnia 28-go. Wypukłość nieprawidłowa znikła zupełnie, odgłos przy pukaniu całkiem prawidłowy, oddech pęcherzykowy, serce leży w miejscu zwyčajnym—pozostała tylko niedokrewność jako następstwo utraty krwi, dla usunięcia której zalecono chorej przetwory żelaziste.

*

*

Dziesięć dni trwała choroba, która pod groźbą ciężkich przypadłości rozpoczynając się przebiegła pomyślnie i zakończyła się zupełnym wyzdrowieniem;

chora zadowolona, lekarz niema powodu martwić się (mógłby nawet przy innych stosunkach chorej pozyskać sowite wynagrodzenie) — pomimo to czuje przecież jakiś (*sit venia verbo*) niesmak pochodzący z niewiadomości: z czém walczył, co pokonywał, co groziło, skąd się wzięło i gdzie się podziało?

Na pierwszy rzut oka, zestawivszy główne i bardzo widoczne przypadłości, mianowicie: wypuklenie klatki piersiowej, nieruchomość jej, odgłos bębniasty, brak szmerów oddechowych, wyparcie serca z właściwego miejsca, przyspieszenie oddechu—nie podobna pozbyć się przekonania, że przedmiotem badania jest odma piersiowa występująca w wyraźnej, iście klinicznej formie.

Kiedy jednak przy sumienniejszém badaniu zastanowimy się nad genetycznym rozwojem choroby i przywołamy do pomocy wiadomości anatomo-patologiczne zebrane z postrzeżeń klinicznych, co do sposobu powstawania odmy, wyznać należy, że niedostaje nam w danym wypadku warunków, wśród których i w następstwie których odma rozwinięaby się mogła. Anatomia zgodnie z kliniką świadczą dowodnie, że powietrze w jamie opłucnej gromadzić się może tylko dwojakim sposobem, to jest: od zewnątrz przy urazowém uszkodzeniu ścian klatki piersiowej, albo też od wewnątrz t. j. z płuc przy pęknięciu opłucnej płucowej (przerwaniu jej czy to w skutek zmiany chorobnej miąższu płuc, czy opłucnej); w szczególności zaś towarzyszy odma najpospoliciej rozpadowi serowatego w płucach złogu, obecności jamy płucowej czyli wrzodzińcy (*caverna*).

W patologii wspomina się wprawdzie także jeszcze o trzecim sposobie powstania odmy piersiowej czyli obecności gazów w jamie opłucnej, na zasadzie doniesień niektórych lekarzy, którzy twierdzą, że sam wysięk opłucnowy może stać się źródłem gazów przy rozkładzie chemicznym. Jakkolwiek twierdzeniu temu zaprzeczają niemal powszechnie, opierając się na zdaniu, że bez dostępu powietrza wysięk nie podlega rzeczonemu rozkładowi, pomimo to są fakta przez znanych z sumiennosci klinicystów sprawdzone, przekonywające, że wypadek taki wrzeczy samej może mieć miejsce—że wspomnę tu tylko o dwóch chorych leczonych i pośmiertnie badanych przez profesora Wunderlich'a (*Handb. d. spec. Path. u. Ther. III T. wyd. 2, p. 519*).

Przypuściwszy jednak, że rzecz ma się tak w istocie lubo w rzadkich wypadkach, wierząc, że podobnie jak Wunderlich tak też i inni lekarze nie mają przyczyny, okłamywać drugich i patrzeć na zwłokach potrafią tak samo jak ich przeciwnicy zobaczymy poniżej, czy przypuszczenie to może być zastosowaném do naszej chorój?

We wszystkich trzech możliwych wypadkach nagromadzenia się powietrza czy gazów w jamie opłucnej, poprzedzać musi: albo zranienie klatki piersiowej, albo choroba w płucach lub opłucnej.

Zranienie klatki u naszej chorój możemy stanowczo wykluczyć, gdyż takowe ani ukryćby się nie dało (przy troskliwém badaniu) ani go też chora zatajać nie miała powodu. Nie podobna również domyslać się pęknięcia powierzchni płuca w skutek jakiegokolwiek innych przyczyn, np. zbyt dużego wysilenia fizycznego,

o jakimś to zdarzeniu wspomina Dr Riegel (*Respirationskrankheiten* w zbiorze Ziemsse'n'a); chora zaprzecza przynajmniej stanowczo temu, żeby miała narazić się na jakiekolwiek uszkodzenie tego rodzaju, co zresztą z uwagi na odbyty nie dawno połówg zdaje się być wielce prawdopodobnym.

Najczęstsza i najpospolitsza przyczyna odmy, t. j. poprzedzające zapalenie płuc z następczém serowatém zwyrodnieniem wysięku, wynikająca złąd jama i przerwanie mięszu—musi być w naszym wypadku uchyloną, a to z powodu niedostatku jakiegokolwiek do tego przypuszczenia objawów klinicznych lub wywodowych (anamnestycznych). Chora nigdy nie chorowała na piersi w ogóle a tém mniej na zapalenie płuc długotrwałe; nadto szczegółowe badanie wykazuje wszędzie—z wyjątkiem wypukłej okolicy—głos opukowy całkiem prawidłowy, tak samo szmer oddychowy. Kaszel trapi wprawdzie chorą od kilku dni, wszelako kaszel wydarza się, jak wiadomo bardzo często bez serowatego złogu, a ten, który widzimy u naszej choréj nie ma wcale cechy właściwej suchotom płucnym. Na zasadzie przeto wymienionych danych zarówno jak dowodów z wykluczenia czerpanych możemy śmiało twierdzić, że odma w niniejszym wypadku nie jest następstwem ani urazowego uszkodzenia płuc, ani zmian sprawami chorobnymi mięszu spowodowanych.

Co, gdy tak jest, wypada zastanowić się: azali powodem odmy piersiowej nie jest cierpienie opłucnej? Gdyby tak być miało, musiałby istnieć poprzednio już i trwać dotąd wysięk w jamie opłucnej a w szczególności ropny, czyli tak zwany otok (*Empyema, Pyotorax*). W braku innych wiarogodnych doniesień (jakich pod ręką nie mamy) musimy trzymać się opisu (wyżej wspomnianego) Wunderlich'a, który mówi wyraźnie, że w obydwóch przezeń podanych wypadkach znaleziono wysięk ropny, cuchnący, brudny i w obfitej ilości (raz 230 uncyi). Jakoż, zdaje się być rzeczą bardzo prawdopodobną a nawet konieczną, że inaczej być nie może, jeżeli rozkład wysięku ma wywołać odnę piersiową. Chociaż nie mamy innych opisów podobnych, nie ulega wątpliwości, że u innych chorych muszą być takie same albo bardzo zbliżone do tego warunki powstawania gazów rozkładowych.

Otóż u naszej choréj nic podobnego nie zauważyliśmy, a przecież wysięk ropny nie może ukryć się przed badaniem obeznanego z tém lekarza. Chora do 14-go Kwietnia nie przedstawiała żadnych objawów jakiegokolwiek a tém mniej cięższego lub przewłocznego cierpienia opłucnej; przez cały czas choroby, ani po wystąpieniu odmy nie dostrzegliśmy przypadków fizykalnych wysięku w opłucnej, z czego wynika wniosek również stanowczy, że odma piersiowa u naszej choréj nie mogła wywiązać się z rozkładu istniejącego wysięku ropnego w jamie opłucnej. Dodajmy jeszcze do tego, że pomijając badanie fizykalne, także obraz ogólny choroby ani wejrzenie choréj (jakoto: spokojna jéj twarz, swobodna mowa, brak sinicy, zimnych kończyn, cechującej duszności i t. p.) nie zgadza się do pewnego stopnia przynajmniej z przypuszczalną odną piersiową, która jako następcza zazwyczaj cho-

roba, raczej towarzysząca innej chorobie przypadłość, łączy się zawsze z wybitnym obrazem cierpienia pierwotnego.

W takim stanie rzeczy, kiedy na zasadzie praw rozpoznawczych istnienia choroby piersiowej dopuścić nie podobna, nasuwa się koniecznie myśl, że w danym wypadku nie było wcale odmy piersiowej w znaczeniu, jakie dotychczas nazwie tej nadawać zwykliśmy. Jeżeli tak jest, należy zważyć: jaka być mogła w tym wypadku inna choroba, która przedstawiała wszystkie pozory odmy piersiowej? jakie może być źródło owych pozorów? gdzie może być siedlisko gazów, które sprowadziły kliniczne objawy odmy piersiowej?

Odpowiedź na te pytania nie trudna: gazy nie mogły w tej okolicy zebrać się gdzieindziej, jak tylko w jamie brzusznej, albo w żołądku, albo w jelitach, mianowicie w okrężnicy poprzecznej.

Z organów tych można jeszcze zdaje się na pewno wykluczyć jamę otrzewną, do której dostają się gazy tylko z przewodu jelitowego przy pęknięciu lub nadżarciu przez wrzody ściany kiszek. Ponieważ zaś w naszym wypadku nie może być mowy o długotrwałej chorobie wrzodziejącej jelit, ani też o wysięku na otrzewnej złożonym, co mogłoby stać się powodem przedziurawienia ściany jelitowej, nie mogło być zatem bębniacy brzusznej.

Podobny zarzut spotyka przypuszczenie wzdęcia gazami jelit, co wydarza się czy to przy cięższym cierpieniu kiszek czy też jakiejś chorobie ogólnej zakaźnej (z następowym porażeniem ścian jelitowych) jak np. w durzycy etc.

Możnaby wprawdzie domyślać się rozkładu treści w jelitach zawartej, w następstwie czego mogą łatwo nagromadzić się w zbyt znacznej ilości gazy w przewodzie pokarmowym, i spowodować wzdęcie żywota. Bębniacy (*meteorismus*) tym sposobem wywołana może niekiedy dochodzić do takiego stopnia, szczególnie u osób starszych, wycieńczonych, po użyciu potraw wzdymających, że jak twierdzą Dechambre i Mercier, może sprowadzić zgon chorego. W takim razie atoli zajmuje wzdęcie, jak łatwo zrozumieć, cały żywot; trzewia brzuszne a poniekąd i piersiowe wraz z przeponą mogą wtedy ulegnąć przemieszczeniu (*dislocatio*) i spowodować w części obraz kliniczny do naszego zbliżony. Jakoż nie wątpimy bynajmniej, że u naszej paczki miało w rzeczy samej miejsce wzdęcie jelit i żywota, o czym świadczy napięcie i wzniesienie ścian brzusznych i odgłos bębniasty żywota. Orzeczenie to zyskuje tem więcej na pewności, ile że jak uczy doświadczenie, stan podobny rozwija się najczęściej u niewiast wśród krwotoków macicznych lub po nich, już nawet przy zwyczajnej miesiączce.

Wszelako wypełnienie jelit gazami, tłumaczące dostatecznie wzdęcie żywota u naszej chorej, nie może żadnym sposobem wytłumaczyć zjawisk klinicznych w klatce piersiowej zauważonych, mianowicie wypuklenia po stronie lewej, wyparcia serca tak wyraźnego, gdyż podniesienie przepony przez jelita (cienkie lub okrężnicę poprzeczną) powinno ucisnąć raczej płuca i wyprzeć je wraz z sercem ku górze, co np. pospolicie spotykamy przy puchlinie brzusznej.

Ta więc okoliczność zniewala nas uciec się do ostatniego przypuszczenia t. j. czy objawy odymki piersiowej nie były wywołane przez wzdęcie żołądka? Powiedzieliśmy dopiero, że chora cierpiała na wzdęcie jelit, co zdaje się nie ulegać zaprzeczeniu; blizkim jest przeto domysł, że podobnie także zgromadziły się gazy w niezwykłej ilości w samym żołądku. Do tego twierdzenia upoważnia odgłos bębniasty nad całą okolicą żołądka, który bez wyraźnego odgraniczenia przechodził na klatkę piersiową, — niemniej przypuszczenie, że pod wpływem ogólnego osłabienia po ciężkim porodzie i utracie znacznej ilości krwi w położu, ściany przewodu jelitowego, zatém i żołądka, zostały o tyle zwątłone, działanie odnośnych nerwów o tyle naruszone, że upośledzona czynność trawienia mogła przyczynić się do rozkładu przyjętych pokarmów i spowodować zbyt znaczne nagromadzenie się gazów w jamie żołądka.

Wstąpiwszy raz na tę drogę domysłów, nie trudno przypuścić, że żołądek nadmiernie rozszerzony (co zresztą u prostego ludu bynajmniej nie jest rzadkiem zjawiskiem), mógł, party przez jelita od dołu, unieść w ten sposób przeponę, że wypierając serce ku stronie prawej a płuco ku lewej i ku tyłowi, spowodować wypuklenie klatki w dolnej części i wywołać tu odgłos bębniasty niski, nawet podźwięk metaliczny (niekiedy przecież i w żołądku słyszany), co razem dało pozór odmy piersiowej; ugniecione rzeczonym sposobem płuco nie mogło przyjmować powietrza, zaczęło poszło, żeśmy nie słyszeli w tém miejscu szmerów oddechowych.

Przyznajemy, że do takiego wyparcia serca i płuca, wypuklenia klatki po jednej stronie, potrzeba było jakiegoś niezwykłej podatności przepony po lewej stronie, której znowu pojąć nie możemy i położyć musimy chyba na karb niezwykłego (jak cały wypadek) zwątlenia. Nie dostaje nam również dla uzasadnienia téj domysłnej patogenii najważniejszego może warunku t. j. wykazania, że w żołądku chorej znajdowały się w istocie pokarmy t. zw. wzdymające np. młode jarzyny, niedościgłe owoce, źle wywarzone piwo i t. p. Ponieważ jednak w rzeczach etiologii polegać musimy najczęściej na zeznaniu chorych, którzy częstokroć mimo wiedzy i woli przemilczając o tém, co potrzebne dla lekarza albo przekręcając fakta, w błąd nas wprowadzają—dla tego też brak téj wiadomości nie może obalać naszego przypuszczenia podobnie, jak odnośne zeznanie stwierdzić by go nie było w stanie.

Gdyby jednakże wzdęcie żołądka zdołało nawet spowodować kaszel, ból, kłucie i przypadłości fizykalne, do złudzenia odnę piersiową naśladowujące, toć przecież nie wyjaśnia ono innych objawów, jakoto np. dreszczów, potów i tak nadzwyczajnego przyspieszenia tętna (do 140), z wyjątkiem, że posiłkując się ciągle domysłami, odniesiemy to do upośledzenia czynności nerwowej.

Wnioskowanie „*ex juvantibus et nocentibus*“ nie przynosi nam tu także żadnej pomocy; jeżeli bowiem środki czyszczące w początku użyte pozostały bez skutku, któregooby przy wzdęciu gazami spodziewać się należało, to z drugiej strony choroba skończyła się pomyślnie przy lekarstwach obojętnych, które na żadne z przypuszczalnych cierpień żadnego wpływu wywrzeć nie mogły.

Zebrawszy, jak się zdaje, wszystko, co *pro i contra* powiedzieć się dało, nie możemy nie widzieć, że wątpliwość rozpoznania wcale wyjaśnioną nie została i musimy się tylko pocieszać nadzieją, że na zasadzie rzetelnego przedstawienia faktu; może ktoś z bystrzejszych kolegów potrafi szczęśliwie rozwiązać zagadnienie: czy w danym wypadku była odma piersiowa, czy wzdęcie żołądka, czy może całkiem inna choroba? *Dr R.*

O ruchu chorych w Instytucie pneumatycznym

Dra Wincentego Brodowskiego

za rok 1877.

W ubiegłym roku było chorych w ogóle 275; w rzędzie ich leczyło się na:

1) Rozednię płuc (<i>Emphysema</i>)	96	wyzdrow.	64	doznało ulgi	26	bez ulgi	6.
2) Nieżyt oskrzeli	34	„	23	„	7	„	4.
3) Wyсіęk opłucnej	63	„	48	„	7	„	8.
4) Przewłoczne zapalenie płuc	14	„	10	„	1	„	3.
5) Krztusiec (koklusz)	8	„	6	„	2	„	—
6) Przewłoczne zapalenie krtani	16	„	7	„	8	„	1.
7) Dusznicę oskrzel. (<i>asthma br.</i>)	28	„	18	„	6	„	4.
8) Blednicę	6	„	5	„	1	„	—
9) Zapalenie ucha długotrwałe	10	„	6	„	2	„	2.
	275		187		60		98.

Pierwotna czyli samoistna *rozedma* (*Em. essentielle*) zdarza się bardzo rzadko i wtedy wyleczy się w krótkim czasie, przecięciowo w 30-stu posiedzeniach; gdy zaś rozedma powstaje w skutek przewłocznego nieżyty oskrzeli, to w takim razie liczba posiedzeń powinna być daleko większa. Millier twierdzi, że leczenie powinno trwać kilka miesięcy; podług mego zdania potrzebuje chory wzięść od 45 do 60-ciu posiedzeń. Jeden tylko zdarzył się wypadek w moim Instytucie, że chory odbywał kuracyą bez przerwy codziennie przez trzy miesiące a zatem wzięł 90-iat posiedzeń, jakoż nieżyt oskrzeli został zupełnie usunięty i przez następnych 6 lat chory nie miewa najmniejszych napadów duszności.

Gdy zaś rozedmie towarzyszy zapalenie ziarniste błony śluzowej krtani, bywa leczenie trudnym: tego samego zdania jest Sandal, Bertin, Brunich i Vivenot.

Sandal donosi że z 212 chorych na nieżyt oskrzelowy z rozedmą i dusznicą, wyleczyło się lub doznało ulgi w 33 przecięciowo posiedzeniach, najwyżej 173, najmniej 9 chorych.

Bertin (*Etude clinique de l'emploi et des effets du bain d'air comprime. Paris et Montpellier 1868*) mówi, że zupełne wyleczenie następowało w 13-tu razach po 33-ch posiedzeniach a w 9-ciu wypadkach przecięciowo w 35–40-tu posiedzeniach. Dunnot mniema, że *Asthma nervos.* potrzebuje dłuższego

czasu. Pravots wyleczał je po 60-ciu posiedzeniach, Milier po 100-tu posiedzeniach, Freyd potrzebował kilka miesięcy do zupełnego wyleczenia rzezonej choroby.

Zapalenie płuc nieżytowe następuje najczęściej po długim zapaleniu nieżytowym oskrzeli, rozszerza się z błony śluzowej oskrzeli na pęcherzyki płucne; czasami powstaje zapalenie nieżytowe w tkance płucnej poprzednio opadniętej — nigdy zatem nie rozwija się ono samodzielnie, podobnie także zapalenie śródmiąższowe (*Pneum-interst.*), nigdy nie bywa samodzielne lecz towarzyszy zawsze zapaleniu długotrwałemu krupowemu i nieżytoowemu; niekiedy znowu zapad płuc pociąga zasobą zapalne bujanie śródmiąższowej tkanki z zejściem w stwardnienie; nierzadko towarzyszy ono przewlekłym zapaleniom oskrzeli, gruźlicy i t. p.

Z podanych przezemnie 14-tu wypadków, 8-ju było ze zapaleniem przewłocznem płuc, powstałem z nieżyto oskrzeli, z których u 5-ju ograniczyło się na $\frac{1}{3}$ cz. górnego płata prawego płuca, a u 3-ch na połowie górnego lewego płuca; w dwóch wypadkach po zapaleniu krupowem nastąpiło śródmiąższowe ze stwardnieniem miąższu górnej części prawego płuca.

Obydwa te wypadki były podobne do tego, który miałem zaszczyt przedstawić przed paru laty naszemu Towarzystwu Lekarskiemu, który to chory dotychczas cieszy się najlepszym zdrowiem; podobnie także i dwaj nadmienieni chorzy opuścili Instytut odzyskawszy zdrowie w zupełności. U czterech zaś było zapalenie gruźelkowe, z których jeden doznał ulgi, trzech opuściło Instytut bez najmniejszego polepszenia. Co się zaś tyczy czasu trwania leczenia, wymaga ono naszym zdaniem od 40—60 posiedzeń.

W poprzednich sprawozdaniach, kilka razy przytaczałem historye chorych wyleczonych z koklusu w moim Instytucie. Pod tym względem doszedłem do przekonania wypowiedzianego przez Sandal'a, który miał największą liczbę chorych na koklusz, t. j. że ścieśnione powietrze jest w krzutuścu najpewniejszym i najradykałniej szym środkiem ze wszystkich dotąd nam znanych. I tak z 96 chorych przez S. leczonych wyzdrowiało 88 przecięciowo po 3-ch tygodniach kuracyi, 8-ju zaś opuściło zakład bez skutku, z liczby których 4-ch cierpiało na suchoty płucne. Brunich leczył 19-tu chorych i na wyleczenie takowych potrzebował czasu od 11 do 20 posiedzeń. Według mego zdania ścieśnione powietrze nie tylko wylecza koklusz w bardzo krótkim czasie, ale co najważniejsza leczenie to nie dopuszcza do rozwinięcia się rozedmy płuc, chronicznego zapalenia tychże, które często bywa następstwem długotrwałego koklusu.

Dziwi mię bardzo, że nasi lekarze mając tak potężny środek jakim jest ścieśnione powietrze w koklusu, pomijają tę metodę leczenia obojętnie, wnosząc z tego, że utrzymując 12-cie lat Instytut Pneumatyczny miałem zaledwo około 70-ciu chorych na koklusz gdy tymczasem Sandal (w Szwecyi) w jednym roku miewa około 100-u chorych; Provatz, Brunich też daleko więcej chorych miewają w jednym roku, niż ja przez cały czas trwania In-

stytutu w takim mieście jak Warszawa, które liczy przeszło 300,000 mieszkańców.

Przy wysiękach opłucnowych otrzymywałem tak znakomite skutki, że śmiało mogę zalecać ścieśnione powietrze jako jeden z najlepszych środków; czas potrzebny do leczenia wynosi od 20—45 posiedzeń.

W liczbie 16-tu wypadków przewlekłego zapalenia krtani, choroba nie była silnie rozwiniętą u 5 chorych, jakkolwiek głos bądź co bądź był chrypliwy; kompletne wyleczenie nastąpiło u tych chorych w przeciągu 30 posiedzeń. U reszty było zapalenie daleko silniejsze i dłużej trwałe, tak że chorzy przybyli do mnie prawie bez głosu. Dwóch z nich wyzdrowiało zupełnie po 45-ciu posiedzeniach; nie mając zresztą cierpliwości poddać się dłuższej kuracyi opuścili Instytut z wyraźnym polepszeniem.

Sandall przytacza 148 wypadków zapalenia krtani, z których 114 wyzdrowiało po 19-tu posiedzeniach. Milier potrzebował 40-tu posiedzeń dla wyleczenia wyżej wspomnianej choroby. Tabatier opisuje zajmujący wypadek wyleczenia z chronicznego zapalenia krtani u jednego członka Akademii Francœur'a mianowicie pod tym względem, że leczenie ścieśnionem powietrzem odbywało się przy komisji wyznaczonej z łona Akademii nauk dla przekonania się o skuteczności działania ścieśnionego powietrza. Przewłoczny nieżyt krtani u Francoeur'a trwał pięć miesięcy, przyczem była zupełna utrata głosu; pomimo to nastąpiło wyleczenie po 14 posiedzeniach.

Vivenot opisuje chroniczne zapalenie krtani z utratą głosu u jednego artysty opery Wiedeńskiej, który już nie mógł śpiewać przez cały rok, a po 45 posiedzeniach nastąpiło przeciwieństwo zupełne wyleczenie.

Vivenot i Sange opierając się na swych obserwacyach radzą używać ścieśnionego powietrza: śpiewakom, mówcom i profesorom, jako środka głosu wzmacniającego i nadającego mu pewną czystość.

KRONKA.

Leczenie krwotoków macicznych za pomocą wstrzykiwań podskórnych roztworu wyciągu sporyszowego. Sprawozdanie przedstawione Paryskiemu Towarzystwu terapeutycznemu co do wyciągu wodnego sporyszu (*secale cornutum*), przygotowanego w celu użycia go do wstrzykiwań podskórnych, zrodziło w wielu lekarzach myśl, aby go użyć przy leczeniu krwotoków macicznych. — PP. Montard-Martin, Bucquoy, Guéneau de Mussy, Edouard Labbé, Dujardin-Beaumez w krótko potem przedstawili Towarzystwu bardzo zadawalniające wyniki, jakie z tego otrzymali. Konstanty Paul robił również z nim próby i oto rezultaty, które zamieścił w *Bulletin de thérapeutique*. Paul używa mieszaniny, której używał już z powodzeniem Montard-Martin:

Rp. Extr. secal. cor. spir. dr. S
Aquae dest,
Glycyryni $\overline{\text{aa}}$ unc. semis.
MDS.

W czternastu wypadkach używał tego środka w szpitalu św. Antoniego. Pierwsza chora, którą leczył za pomocą tego środka miała lat 40; weszła do szpitala z rakowcem na szyjce macicy. Kobieta ta była mocno wyniszczoną i cierpiała od dziesięciu miesięcy na upławy, miała prócz tego obrzęk kończyn dolnych. Szyjka po części w stanie rozkładowym będąca, powodowała płynienie cieczy śluzowato-ropiastój, smrodliwój, i częste upławy krwawe. — W trzy dni po przybyciu, dostała obfitego krwotoku macicznego. P a u l przepisał 1 gram rozczyń wyżej wzmiankowanego w formie wpryskiwania podskórnego, co przedstawia 66 miligr. ekstraktu. W pięć minut potem krwotok ustał.

Druga chora dostała również krwotoku z powodu rakowca (*kankroida*) szyjki macicy. Chora ta, od 15 lat już cierpi na krwotoki, które z początku rzadko ją nawiedzały, a które od 2 lat stały się dosyć częstymi. W chwili wstąpienia do szpitala, miała krwotok tak obfity, że asystent na służbie będący, uważał za stosowne założyć tampon do pochwy macicznej. Krwotok został zatrzymany, lecz po czterech dniach powtórzył się znowu. Zastosowano trzykrotnie wstrzyknięcie podskórne jak w powyższym wypadku i za każdym razem krwotok ustawał w przeciągu dziesięciu minut.

Trzecia chora operowana już kilka razy z powodu kankroidu na szyjce, miewała również częste krwotoki. Pierwszy krwotok, który miał miejsce w szpitalu, został zatrzymany w dziesięć minut po wstrzyknięciu. Nazajutrz nowy krwotok, powtórne wstrzyknięcie; takiż rezultat.

W piętnaście dni później nowy krwotok obfitszy jak poprzednie; czwarte wstrzyknięcie; zatrzymanie w przeciągu dziesięciu minut.

Przeszło miesiąc pokazywała się u tej chorej tylko wydzielina wodnisto-krwawa. Ale po upływie tego czasu następuje nowy silny krwotok; piąte wstrzyknięcie; rezultat najpomysłniejszy w dziesięć minut.

Tego samego dnia krwotok się pojawia wieczorem; szóste wstrzyknięcie znowu go zatrzymuje; w trzy godziny potem jeszcze raz występuje i tym samym sposobem zostaje zatrzymanym.

Nazajutrz krwotok się powtarza, ale tak słaby, że kilka okładów z zimnej wody na brzuch okazały się wystarczającymi do usunięcia go. Od tego czasu krwotoki już się nie pojawiały.

Czwarta chora miała w skutek poronienia ciągłą wydzielinę krwawą w ilości odpowiedniej zwyczajnemu czyszczeniu miesięcznemu. Stan ten trwał już od sześciu tygodni. Jedno wstrzyknięcie było wystarczającym do zatrzymania utraty krwi w przeciągu sześciu minut.

U piątój chorej krwotok bardzo obfity został zatrzymany prawie natychmiast, w parę minut po wstrzyknięciu.

U szóstej, wkrótce po porodzie wystąpił krwotok nadzwyczaj obfity. Jedno wstrzyknięcie wystarczało do zatrzymania go.

Słowem, w czternastu wypadkach obfitych krwotoków, przy użyciu podskórnych wstrzykiwań ekstraktu sporyszu, krwotok zawsze został zatrzymany w przeciągu czasu nie dłuższym nad szesnaście minut. Dr F. O.

Białko w moczu osób zdrowych. Trzydzieści lat zaledwie upłynęło, kiedy wykazanie białka w moczu należało w klinice do wypadków ciekawych, ważnych, szczególną uwagę wzbudzających i służyło niewątpliwie do stwierdzenia ciężkiej choroby nerek, ogólném mianem „choroby Bright'a“ oznaczonej. — Przypadłość to była osobliwsza, jak rzeczony cierpienie, nowa, a co ważniejsza: patognomaniczna. Od tego czasu zmieniły się poglądy bardzo znacznie, chociaż rzecz sama przez się pozostała niezmienną. Niebawem przekonano się, że mocz w przebiegu innych chorób może także zawierać białko — choroba Bright'a zajęła całkiem oddmienne w nauce stanowisko — moczenie białkowe straciło na swój powadze klinicznej, a ostatecznie postrzeżono, że jak wiele innych objawów, niegdyś za „patognomoniczne“ poczytywanych, tak i białkomocz może pojawić się w stanie fizyologicznym. Dowodem tego twierdzenia jest doniesienie W. Leube'go (*Virch. Archiv. Bd. 52, p. 145*), który zajął się dochodzeniem moczu zdrowych żołnierzy na obecność w nim białka. Badanie (sposobem Millon'a i za pomocą potasu etc.) prowadzone przez siedm dni wykazało, że z liczby 119 żołnierzy mocz u 5-ciu (t. j. 4,2%) przedstawiał białko w porze ranniej, zaś u 19 t. j. w 16% w porze południowej, po odbytych ćwiczeniach wojskowych, marszach. Dochodzenie ilościowe, mianowicie u dwóch żołnierzy, których mocz był niezwykle zamąconym, wykazało 0,068% czystego białka.

Ponieważ u żadnego z całej liczby badanych żołnierzy nie można było dopatrzeć się żadnej, właściwej choroby, przychodzi Leube do wniosku, że białkomocz może pojawiać się u ludzi zupełnie zdrowych i to w dwojakiiej postaci: raz, jako objaw czynności żywotnych w stanie spokojnego ich odbywania się — powtóre jako następstwo żywszej przemiany pierwiastków np. po silniejszych ruchach fizycznych. Zaznaczyć wszelako wypada, że w każdym razie ilość wydalającego się z moczem białka w stanie fizyologicznym jest w ogóle nieznaczną t. j. nie przechodzi 0,1%.

Dla wytłumaczenia rzeczony zjawiska sięga autor do fizyologicznych teoryi objaśniających wydzielanie moczu, z których jedna widzi w tej sprawie filtracją przez torebki Malpighiego, a druga swoistą czynność nabłonka kanalików moczowych. Stosownie do tego mogłoby białko przechodzić zawsze przez ścianki naczyń do kanalików a tu dopiero być napowrót wessaném z pozostawieniem tylko wody z solami w moczu—albo też białko nie przenika ścian naczyńiowych z powodu niestosownych do tego własności ścian i białka, a przedewszystkiem dla zbyt wązkich porów ścian naczyńiowych. Być

zatem może, że w pewnych razach (podczas zdrowia) czynność nabłonka—niby znuzonego zmniejsza się, przyczem białko przechodzi z wodą do mocu, lub też, że nie kiedy owe pory stają się przystępniejszymi dla substancji koloidalnych, i przepuszczają białko.

Cokolwiekby fakt dostrzeżony przez Leube'go (potrzebujący rozumie się potwierdzenia ze strony innych lekarzy) zasługuje na baczną uwagę przy ocenianiu obecności białka w moczu i rozpoznawaniu chorób, w szczególności zapalenia nerek.

Leczenie dusznicy (*Asthma*). Jakkolwiek dawno już zalecano przetwory jodu, a mianowicie jodek potasu w dusznicy, przyczem różni lekarze rozmaite widzieli skutki, raz pomyslnie to znów nieużyteczne; występuje znowu z zaleceniem tego środka Germain Sée, łącząc użycie jodku potasu z eterem jodowym, zapewniając zarazem o stanowczej ich użyteczności w pomienionej chorobie (*L'Union med. N. 13. 1878*). Autor różni się od innych lekarzy ten sam środek zalecających przez to, że używa jodka potasu bez wszelkich innych lekarstw, dodając tylko w bardzo ciężkich napadach duszności do rzeczzonego leku jeszcze po 5—10 centigr. *Extr Opii gummosi* albo 1—2 grm. *Hydratis Chlorali*. Sée podaje jodek potasu zrazu po 1,5 grm. dziennie, postępując stopniowo do 2—3 gramów, zastrzegając, aby chory dla uniknięcia dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego używał lekarstwo podczas obiadu. Zatrucie jodem (*jodismus*) wystąpić może, zdaniem autora, zarówno przy użyciu małych jak i większych dawek, wszakże przypadłości zatrucia znikają (w czem zgadza się także doniesienie Gosse lin'a) przy zdwojeniu użytej ilości. Jodek potasu pomnaża, jak twierdzi Sée, wydzielinę błony śluzowej oskrzeli, przyczem nikną rżenia suche i gwizdzące, obrzmienie błony śluzowej pomniejsza się, a w następstwie tego dochodzi powietrze łatwiej do pęcherzyków płucnych; nadto pomniejsza się świeża rozedma płuc. Ponieważ przy użyciu jodku potasu ustępują napady dusznicy nerwowej (*Asthma nervosum*) podobnie jak nieżytowej (*a. catarrhale*), należy przypuścić, że środek ten wywiera wpływ na układ nerwowy. W celu zabezpieczenia chorego od powtarzania się cierpienia, wypada jodek potasu podawać przez długi czas, a nawet od czasu do czasu zalecać go przez kilka miesięcy, parę lat. Podczas samego napadu dusznicy podaje autor do wdychania eter jodowy (*Aether jodatus*) po 5—6—10 kropli; napad dusznicy przerywa się przy wdychaniu tego środka prawie natychmiast, dalsze zaś leczenie odbywa się przy pomocy jodku potasu.

W tem miejscu także nie od rzeczy będzie wspomnieć o drugim doniesieniu mianowicie Wahltuch'a (*Brit. med. Journal, 15 Sept. 1877.*), który w 7 wypadkach dusznicy nerwowej z pomyslnym skutkiem posługiwał się wdychaniem pary przetworów arsenikowych wraz z galwanizacją nerwu błędnego. Napady dusznicy objawiały się ciężką dusznością, której towarzyszyły gwizdzące rżenia w płu-

each. U wszystkich chorych występowały napady w bardzo wysokim stopniu i choroba trwała już przez parę lat. Do wdęchania używano arsenikanu sody (0,01—0,03), na przemian z roztworem Fowler'a (2,0—4,0) i arsenikanem amonii (0,015—0,03), po dwa razy dziennie, postępując stopniowo i zmieniając środki. Przy galwanizacji stosowano biegun dodatni do tylnego brzegu m. mostko-obojęzycznego a ujemny tuż przy tchawicy do przyczepu obojęzycznego tegoż mięśnia. W początku używano co najwięcej 5 ogni (elementów) a z czasem pomnażano siłę do 30. Leczenie trwało w większej liczbie wypadków sześć miesięcy.

O leczeniu wrzodów D-ra Mandelbaum'a w Odessie. W myśl artykułu Becker'a o leczeniu wrzodów goleni (*Berl. klin. Wochens.* 1877. N. 47) podaje Dr Mandelbaum z Odessy (*Berl. klin. Wochenschr.* 1878. N. 10) następującą wiadomość:

„Wypróbowałem wszelkie znane środki przeciw temu upartemu cierpieniu (w tej liczbie plaster zupełnie podobny ze składu do opisanego przez pana Becker'a, jako też metodę przesadzenia, podaną przez Keverdin'a i przypiekanie potażem gryzącym), najlepsze skutki otrzymałem z użycia następujących trzech środków: z żelaznego narzędzia do wyskrobywania, używanego przez Hebrę (zmieniona łyżka Volkman'n'a), jodoformu i plastru rtęciowego z plastrem mydlanym w różnych częściach (*Empl. mercurial. saponati* aa). Nie zdarzyło mi się spotkać żadnego wrzodu goleni ani też innych części, niezależnie od ich trwania, formy, wielkości i głębokości, któreby się tej kuracji oprzeć mogły. Jeżeli wrzody są głębokie, zniszczenie tkanki znaczne, brzegi nierówne, wystrzępione, stwardniałe, natenczas oczyszczam je żelazem, póki się zdrowa tkanka nie ukaże, poczem pokrywam je przez dni kilka grubą warstwą jodoformu, aż do ukazania się świeżej ziarniny (która zawsze się ukazuje przy tym sposobie leczenia); następnie, kiedy już wrzód tak się ziarniną wypełnił, że dosięga powierzchni skóry, obwiązuję go codziennie powyżej wymienionym plastrem, który musi być dosyć miękim, bardzo gładko i równo nasmarowanym na płótnie. Jeżeli wrzody nie mają tak złej powierzchowności i są pokryte tylko warstwą ropy, to można się obejść bez przygotowawczego wyskrobywania ich.

Opisaną metodą udawało mi się zagajać wrzody, które przez całe lata i dziesiątki lat opierały się wszelkim możliwym środkom. Byłoby zbyt rzadką rzeczą chcieć uzupełniać krótką tę wzmiankę długim szeregiem historii uleczonych w ten sposób wrzodów, gdyż każda z nich w szczególności wymieniałaby to, co już w ogólności o wszystkich powiedziałem.“

Nowy sposób postępowania po amputacji. Kiedy dotychczas przy najrozmaitszych sposobach leczenia rany zadanej przez operację odjęcia kończyny,

nie udaje się pospolicie sprowadzić bezpośredniego zagojenia się jęj (*p. primam intentionem*) i zapobiedz ropieniu — podaje Gaurveau (*The Lancet N. 11, 1877*) nowy, dotąd przez nikogo nie próbowany sposób postępowania, który spełniać ma jedno z najważniejszych zadań chirurgicznych. Autor podaje myśl swoją kolegom dla sprawdzenia w większych szpitalach i przyrzeka ogłosić wkrótce odnośną kazuistykę. Postępowanie Dra Gaurveau'a jest nadzwyczaj proste, a jak twierdzi, bardzo skuteczne i polega na tem: że po założeniu turnikietu lub elastycznej podwiązki Esmarch'a i wykonaniu operacyi, autor nakłada płaty starannie na trzon i zawija go w opaski płócienne poprzednio w roztwór wodny półtora chlorka żelaza zamaczane. Opaska kładzie się lekko naciskając najprzód poziomo, następnie wężykowato i powleka się wreszcie jeszcze raz wspomnianym roztworem. Turniket lub podwiązka Esmarch'a popuszcza się nieco tak, żeby odeszło trochę krwi do opaski. Krew spotkawszy się z roztworem żelaza łączy się chemicznie i tworzy gęstą, zlepłą masę, która zakleja w zupełności brzegi płatów a zarazem odcina całkowicie przystęp powietrza. Po zdjęciu turnikietu zakłada się na istniejącą jeszcze jedna opaska.

Postępowanie to zdaniem autora ma te ważne zalety, że przedewszystkiem skraca sam akt operacyjny, czyni bowiem zbytecznym podwiązywanie naczyń i zakładanie szwów,—że sprowadza bezpośrednie połączenie się brzegów rany, niedopuszcza fermentacyi z ropienia (w którym to celu używają obecnie bardzo złożonej metody Lister'a), że jest niezmiernie łatwym i przyspiesza sprawę gojenia się rany.

Wiadomości bieżące.

— Istniejące w Sistowie D o r p a c k i e s z p i t a l e p o l o w e zostały zniesione a inwentarze ich, zapasy etc. oddane ogólnemu Zarządowi szpitali polowych Rządowych. Lekarze przy pomienionych lazaretach zatrudnieni powrócili do domu z wyjątkiem Dra B o t t c h e r a, który obłożnie chory na tyfus pozostał w Sistowie. Niebawem zniesionym ma być również szpital e w a n g i e l i c k i w Sistowie.

— Stowarzyszenie lekarzy wiedeńskich (*Doctoren Collegium*) powzięło w następstwie długich rozpraw co do wynagradzania usług lekarskich następujące postanowienie: dotychczasowy sposób wynagradzania lekarzy, wedle którego chory składa lekarzowi honorarium w czasie dowolnym, po ukończeniu kuracyi, powinien być usunięty; ze względu na dobro lekarzy i publiczności należy wynagradzać lekarza za każdą jego wizytę; w przeciwnym razie wypada najprzód porozumieć się z lekarzem ordynującym co do późniejszego wynagrodzenia a zarazem oznaczyć termin złożenia należnej mu zapłaty. (Zaprowadzenie takiego *modus vivendi* byłoby w rzeczy samej bardzo pożądanym i w naszym kraju, gdzie niestety dosyć często usługi lekarza bywają niezwykle szybko zapominane!).

— W Wiedniu podjęto myśl utworzenia komisji międzynarodowej, któraby zajęła się oczyszczeniem pod względem sanitarnym (dezynfekcją) miejsc, na których stoczone były walki w ostatniej wojnie rossyjsko-tureckiej. Wiadomość niesie, że komissya rzeczona złożona z delegowanych ze strony Rossyi, Austryi i Niemiec, ma się w krótkim czasie zebrać; dodają nawet, że Rząd Rossyjski ma wysłać w tym celu R. St. Dra L e n z'a, Austryacki Dra S i g m u n d'a.

— W Tyrnowie umarł na durzycę d. 15 Marca Dr J a n c z y c z b. asystent prof. S a w a r y k i n' a, poświęcający się głównie histologii. Nieboszczyk odbył szczęśliwie kampanią serbską, poczem zaraz znowu przyjął obowiązki lekarza Towarzystwa Czerwonego Krzyża—i padł ofiarą zarazy tyfusowej.

— W Petersburgu utrzymuje się ciągle złośliwa epidemia durzycowa, która straszliwie podnosi cyfrę śmiertelności ogólnej. 12-go Marca wynosiła liczba tyfusowych w szpitalach: 3681, 19-go Marca 3625, 23-go Marca 3541, 2-go Kwietnia 3586 9-go Kw. 3508; śmiertelność zaś wzrosła w ostatnich tygodniach tak, że od 26 Marca do 1 Kwietnia wynosiła 65,21 p. mille (w tymże tygodniu wynosiła śmiertelność w Waszawie 30,52). W liczbie 840 zmarłych w ciągu upłynionego tygodnia (na ogólną liczbę ludności 669,741) było wypadków ospy 16, odry 6, płonicy 12, błonicy 13, dławca 4, gorączki durzycowej 29, durzycy wysypkowej 63, durzycy brzusznej 56, gorączki powrotnej 51, etc.

— „Stukanie duchów“ w obec fizyologii. Prof. Schiff, który niedawno z Florencyi objął katedrę fizyologii w Genewie, na publicznym odczycie w tém mieście wypowiedział swoje poglądy co do kurczliwości mięśni w związku z systematem nerwowym i kostnym. W prelekcjach potrącił kwestyę „stukania duchów.“ W organizmie człowieka niema tak twardych ciał, któreby przy normalnym stanie mogłyby stukać jedne o drugie. Co najwięcej udaje się nam słyszeć przy pewnych ruchach organów chrzęst, np. gdy rozprostowujemy i rozciągamy palec. Przyczyną tego jest to, że łączące się kości pokryte są chrząstką, łagodzącą uderzenia jednej o drugą. Jednakże jest pewna część ciała, gdzie niektóre kości posiadają bardzo mało chrząstek—jest to pięta, gdzie prócz tego prawie niema mięśni, ani tłuszczu pokrywających kości warstwą przeszkadzającą słyszeć uderzenia jednej o drugą. W pięcie więc jest siedzenie duchów, wyzywanych przez „medjum,“ gdy się robi niewidzialne stukanie. Prof. Schiff robił doświadczenia nad medjumem ułożonym w pierzynie i pomimo to stukającym—chociaż niewykonywano żadnych ruchów ani też nie opierano się o twarde przedmiot. Zauważył przytém, że stukanie wychodziło z nogi; Schiff wystudował najdetaliczniej anatomię kości, ścięgien, mięśni i nerwów pięty i zaczął robić nad sobą samym też same doświadczenia, jakie zadziwiają publiczność. Rezultat przeszedł oczekiwania: na swych odczytach w Genewie robił on te doświadczenia w obec 700 słuchaczy i stuk słyszano wszędzie pomimo obszerności auli. Dr J. T.

Wykaz tygodniowy ruchu ludności miasta Warszawy,

za czas od 14-go do 20go Kwietnia 1878 r.

Ludność m. Warszawy r. 1877 wynosi 315,199.

W upłynionym tygod. urodziło się dzieci religii prawosławnej	praw. małż.	—	niepr.	1
	religii rzymsko-katolickiej	„	46	„ 11
	„ protestanckiej	„	8	„ 1
	„ mojżeszowej	„	35	„ —

Razem praw. małż. 89 niepr. 13

W tymże tygodniu umarło w skutek ospy 16, odry 1, płonicy 3, durzycy 5, błonicy 3, chor. pługowych 3, zapalenia oskrzeli i płuc 25, suchot pł. 18, niezytu kiszki 72; wiadu schyłkowego 11, samobójstwa 1, zabójstwa —, rozmaitych chorób 43, niewiadomych przyczyn 13. W ogóle mężczyzn 124, kobiet 90, razem umarło 214, poprzedniego tygodnia 243.

W stosunku do 1000 mieszkańców wynosi śmiertelność roczna 35.30.

Zawarto małżeństw w ubiegłym tygodniu 5.

Redaktor odpowiedzialny, Prof. Dr Łuczkiwicz.

Wydawca, Szymkiewicz.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy ulicy
Ś-to Krzyskiej Nr. 1343 (nowy Nr. 9).

Druk. Gaz. Lek. Ul. Ś-to Krzyska N. 9. Дозвол. Цензурою. Варшава, 20 Апрель (2 Мая) 1878 г.

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 redukcji (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1878 do 1 lipca 1878) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1878 r. rsr. 218 (z przesyłką).

TRESC: Postrzeż. z prak. lekar. Czy odma piersiowa (*Pneumothorax*) — czy wzdęcie żołądka? — O ruchu chorych w Instytucie Pneumatycznym D-ra Wincent. Brodowskiego za rok 1877. — Kronika. Leczenie krwotoków macicznych za pomocą wstrzykiwań podskórnych roztworu wyciągu sporyszowego. Białko w moczu osób zdrowych. Leczenie dusznicy. (*Asthma*). O leczeniu wrzodów. Nowy sposób postępowania po amputacji. — Wiadomości bieżące. — Wykaz tygodniowy ruchu ludności miasta Warszawy. — Dodatek. Anatomii opisowej T. III. ark. 14. Anatomii chirurgicznej T. II, ark. 64. Historii Medycyny ark. 14. — Dzieje i znaczenie przeciwpasożytnego leczenia ran. R. Jasiński. (Dalszy ciąg). — Ogł. far. lek.

Czy odma piersiowa (*Pneumothorax*) — czy wzdęcie żołądka?

Postrzeżenie z praktyki domowej.

Nie bez usprawiedliwionej zasady mogłoby się zdawać, że w naszych czasach, kiedy sztuka fizykalnego badania chorych została bardzo wysoko rozwiniętą a co ważniejsza, prawidła powstawania rozmaitych odcieni głosu opukowego i szmerów przysłuchowych dostatecznie zostały zrozumiane i wyjaśnione — że teraz powtarzamy, rozpoznawanie chorób piersiowych powinno być łatwem a przynajmniej o tyle uproszczonem, żebyśmy nie byli w kłopotcie co do orzeczenia cierpienia piersiowego w ogóle i nie błakali się w powątpiewaniu: ażali w danym wypadku mamy do czynienia z chorobą piersi lub żywota, w szczególności: płuc, opłucnej, żołądka, jelita etc.? Tak byoby powinno biorąc na uwagę świetne nabytki, których opisy zapełniają dzieła odnoszące się do dyagnostyki i patologii; a przecież tak nie jest, i codziennie przekonywa nas doświadczenie przy łożu chorego, że rozpoznanie chorób piersiowych łączy się nierzadko z niemałą trudnością i że dziś jeszcze do pewnego stopnia zachowuje swą wartość aforyzm przez Baglivi'ego wyrzeczony: „*O quam difficile est cognoscere morbos pulmonum — O quam difficilium eos curare.*“ Na stwierdzenie właśnie pierwszej części przytoczonego zdania rzymskiego profesora siedemnastego wieku podajemy czytelnikom opis wypadku, który o ile pouczającym jest ze względu na trudność w stanowczem rozpoznaniu istoty cierpienia, o tyle znowu ciekawym pod względem pomyselnego zakończenia choroby.

Praczką 20-letnią, zamężną, poprzednio zawsze zdrową, nieznająca żadnych cięższych chorób w swem życiu a w szczególności nie podlegająca nigdy chorobom piersiowym, bez skłonności do nieżyków oskrzelowych, kaszlu

etc., po szczęśliwie przebytej ciąży, odbyła w końcu Marca z. r. poród bardzo ciężki (pierwiastka). Tuż po wyjściu na świat płodu nastąpił niezwykle obfity krwotok maciczny, do którego przyłączyły się kurecze drgawkowe (*Eclampsia*) w liczbie 40 napadów po kilka minut trwających, w ciągu pierwszych 48 godzin okresu połogowego. Pomimo ciężkiego porodu, znacznej utraty krwi i złośliwego powikłania z kureczami (które prawdopodobnie poczytane być mogą za następstwo nagłej niedokrewności ośrodków nerwowych — gdyż rodząca poprzednio nigdy kureczom nie podlegała), poprawił się stan chorej, po zatrzymaniu krwotoku, tak szczęśliwie i stosunkowo szybko, że już 10-go Kwietnia mogła powstać z łóżka a 12 wychodziła z domu; dziecię zdrowe karmiła sama. Zbyt pośpieszne atoli opuszczenie łóżka a tém bardziej wychodzenie na miasto stało się oczywiście przyczyną nowej choroby, której, jak opowiada chora, nabawiła się przez zaziębienie w mieście dnia 12 go. Tegoż dnia uczuła chora ból w stronie lewej klatki piersiowej, do czego przyłączył się 14-go kaszel, nie zbyt męczący, suchy. W dniu 17 wezwała rady lekarza, który dla uchylenia dolegliwości zalecił okłady ciepłe na bok lewy i przystawienie kilkunastu suchych baniek. Ponieważ leczenie to okazało się bezskuteczném polecił użyć 10 baniek ciętych, okładać dalej piersi chustą w ciepłej wodzie maczaną i wyżymaną, zaś bacząc na poniesioną utratę krwi podał chorej: *Tinct. ferri acet. aether.* Dnia 18 wieczorem pojawiło się bardzo gwałtowe kłucie w boku lewym połączone z bezdechem wywołanym niemożnością dostatecznego rozszerzenia klatki piersiowej przy wdęchaniu, któremu towarzyszył zawsze dokuczliwy ból w rzeczonej okolicy.

Badanie dokonane dnia 19-go wykazało co następuje:

Budowa ciała krzepka, mięśnie dobrze rozwinięte, powłoki powszechne i błony śluzowe blade. Oddech krótki, przyspieszony, powierzchowny (36 na minutę); przy usiłowaniu głębszego wdęchania, niemniej przy układaniu się na bok lewy powstaje ból kłujący w linii pachowej po stronie lewej.

Lewa strona klatki piersiowej w dolnej połowie, szczególnie z boku, przedstawia bardzo znaczne wypuklenie, z daleka widoczne (którego lekarz ordynujący wczoraj jeszcze nie zauważył); część ta klatki piersiowej całkiem nieruchoma przy oddechaniu, przestrzenia międzyżebrowe wygładzone, nawet nieco wystające. Opukiwanie daje w tém miejscu głos jawnie bębenkowy, niski, kiedy w górnej połowie klatki głos jest prawidłowo jasny. Jawność głosu bębenkowego w rzeczoném miejscu jest tak wybitną, że ten sam niemal niski głos wypukowy słyszeć się daje nad wydatną, jędrną sutką obficie pokarmem wypełnioną. Przysłuch wskazuje w górnej części płuca szmer pęcherzykowy, zaś w miejscu wypuklenia nie słyszemy wcale żadnego szmeru oddechowego, tylko od czasu do czasu słychać tu bardzo wyraźny, dźwięk metaliczny. Po stronie prawej opukiwanie i przysłuch zupełnie prawidłowe.

Serce wyparte daleko ku stronie prawej tak, że uderzenia jego wyczuwamy i widzimy tuż przy lewym brzegu mostka w czwartej przestrzeni międzyżebrowej; opukiwanie wskazuje lewą granicę stłumienia

sercowego równoległe z lewym brzegiem kości mostkowej; wymiary serca zdają się być prawidłowymi; stuki serca (tony) czyste, nieco cichsze.

Żywot chorej mocno wzdęty przedstawia przy pukaniu odgłos również jawnie bębnowy, a mianowicie w górnej okolicy z klatką piersiową stykającej się, skutkiem czego granicy dwóch jam (piersiowej i brzusznej) ściśle oznaczyć nie podobna; stolce zaparte i łaknienie zmniejszone.

W ogólności chora, oprócz wyżej wspomnianego bólu i kłucia w piersiach nie uskarża się na żadne dolegliwości; twarz spokojna, tętno 120 małe; mowa swobodna, ciepłota prawidłowa, kaszel niezbyt częsty, suchy. Polecono chorej lekarstwo przeczyszczające, morfinę dwa razy na dzień w ilości $\frac{1}{12}$ grana, okłady ciepłe na bok lewy, żywność posilną. Lekarstwo wywołało kilkakrotne, obfite wypróżnienia łajniste.

Przez dwa dni następne t. j. 20 i 21 Kwietnia stan choroby był mniej więcej jednakowym z tą jednak różnicą, że przez obydwa dni wieczorem występowały dosyć silne dreszcze po pół godziny trwające, po których w nocy doznawała chora nieznacznej gorączki objawiającej się pałaniem skóry, pragnieniem, poczem nad ranem występowały nie zbyt obfite poty. W czasie dreszczów wzmagał się kaszel, zawsze suchy; ból w boku lewym stawał się dokuczliwszym, tętno przyspieszało się bardzo, dochodząc do 140 na minutę. Dnia 21 podano chorej siarczan chininy w ilości 5 gran rano i wieczorem.

Dnia 23-go. Wypukłość klatki piersiowej po stronie cierpiącej zmniejszyła się; oddech powolniejszy, głębszy (30 r.); kłucie w boku trwa jeszcze wszakże mniej dokuczliwe, kaszel ustał prawie zupełnie. Odgłos przy pukaniu w miejscu poprzednio jawnie bębnowego dziś więcej zbliżony do prawidłowego, tylko postępując ku okolicy żołądka jeszcze bębnowy. Granica pomiędzy żołądkiem a płucem dzisiaj wyraźna. W miejscu, gdzie dawniej nie słyszano wcale szmeru oddechowego, występuje szmer pęcherzykowy lubo bardzo słaby. Serce znacznie posunięte ku miejscu prawidłowemu; tętno 112; łaknienie powraca; chora bez bólu może leżeć na boku lewym; żadnych dolegliwości nie doświadcza, wesoła.

Dnia 25-go. Wypuklenie klatki zmniejsza się z każdym dniem; odgłos opukowy niemal prawidłowy, szmer oddechowy jeszcze słaby ale pęcherzykowy, kaszel ustąpił, tak samo ból i kłucie, tętno 86—80, wzdęcie żywota znikło, łaknienie i sen dobry; dreszczów nie było od 21; siły powracają.

Dnia 28-go. Wypukłość nieprawidłowa znikła zupełnie, odgłos przy pukaniu całkiem prawidłowy, oddech pęcherzykowy, serce leży w miejscu zwyčajném—pozostała tylko niedokrewność jako następstwo utraty krwi, dla usunięcia której zalecono chorej przetwory żelaziste.

*

*

Dziesięć dni trwała choroba, która pod groźbą ciężkich przypadłości rozpoczynając się przebiegła pomyślnie i zakończyła się zupełnym wyzdrowieniem;

chora zadowolona, lekarz niema powodu martwić się (mógłby nawet przy innych stosunkach chorej pozyskać sowite wynagrodzenie) — pomimo to czuje przecież jakiś (*sit venia verbo*) niesmak pochodzący z niewiadomości: z czém walczył, co pokonywał, co groziło, skąd się wzięło i gdzie się podziało?

Na pierwszy rzut oka, zestawivszy główne i bardzo widoczne przypadłości, mianowicie: wypuklenie klatki piersiowej, nieruchomość jej, odgłos bębniasty, brak szmerów oddechowych, wyparcie serca z właściwego miejsca, przyspieszenie oddechu—nie podobna pozbyć się przekonania, że przedmiotem badania jest odma piersiowa występująca w wyraźnej, iście klinicznej formie.

Kiedy jednak przy sumienniejszém badaniu zastanowimy się nad genetycznym rozwojem choroby i przywołamy do pomocy wiadomości anatomiczno-patologiczne zebrane z postrzeżeń klinicznych, co do sposobu powstawania odmy, wyznać należy, że niedostaje nam w danym wypadku warunków, wśród których i w następstwie których odma rozwinięaby się mogła. Anatomia zgodnie z kliniką świadczą dowodnie, że powietrze w jamie opłucnej gromadzić się może tylko dwojakim sposobem, to jest: od zewnątrz przy urazowém uszkodzeniu ścian klatki piersiowej, albo też od wewnątrz t. j. z płuc przy pęknięciu opłucnej płucowej (przerwaniu jej czy to w skutek zmiany chorobnej miąższu płuc, czy opłucnej); w szczególności zaś towarzyszy odma najpospoliciej rozpadowi serowatego w płucach złogu, obecności jamy płucowej czyli wrzodzińcy (*caverna*).

W patologii wspomina się wprawdzie także jeszcze o trzecim sposobie powstania odmy piersiowej czyli obecności gazów w jamie opłucnej, na zasadzie doniesień niektórych lekarzy, którzy twierdzą, że sam wysięk opłucnowy może stać się źródłem gazów przy rozkładzie chemicznym. Jakkolwiek twierdzeniu temu zaprzeczają niemal powszechnie, opierając się na zdaniu, że bez dostępu powietrza wysięk nie podlega rzeczonemu rozkładowi, pomimo to są fakta przez znanych z sumiennosci klinicystów sprawdzone, przekonywające, że wypadek taki wrzeczy samej może mieć miejsce—że wspomnę tu tylko o dwóch chorych leczonych i pośmiertnie badanych przez profesora Wunderlich'a (*Handb. d. spec. Path. u. Ther. III T. wyd. 2, p. 519*).

Przypuściwszy jednak, że rzecz ma się tak w istocie lubo w rzadkich wypadkach, wierząc, że podobnie jak Wunderlich tak też i inni lekarze nie mają przyczyny, okłamywać drugich i patrzeć na zwłokach potrafią tak samo jak ich przeciwnicy zobaczymy poniżej, czy przypuszczenie to może być zastosowaném do naszej chorój?

We wszystkich trzech możliwych wypadkach nagromadzenia się powietrza czy gazów w jamie opłucnej, poprzedzać musi: albo zranienie klatki piersiowej, albo choroba w płucach lub opłucnej.

Zranienie klatki u naszej chorój możemy stanowczo wykluczyć, gdyż takowe ani ukryćby się nie dało (przy troskliwém badaniu) ani go też chora zatajać nie miała powodu. Nie podobna również domyslać się pęknięcia powierzchni płuca w skutek jakiegokolwiek innych przyczyn, np. zbyt dużego wysilenia fizycznego,

o jakimś to zdarzeniu wspomina Dr Riegel (*Respirationskrankheiten* w zbiorze Ziemsse'n'a); chora zaprzecza przynajmniej stanowczo temu, żeby miała narazić się na jakiekolwiek uszkodzenie tego rodzaju, co zresztą z uwagi na odbyty nie dawno połówg zdaje się być wielce prawdopodobnym.

Najczęstsza i najpospolitsza przyczyna odmy, t. j. poprzedzające zapalenie płuc z następczém serowatém zwyrodnieniem wysięku, wynikająca złąd jama i przerwanie mięszu—musi być w naszym wypadku uchyloną, a to z powodu niedostatku jakiegokolwiek do tego przypuszczenia objawów klinicznych lub wywodowych (anamnestycznych). Chora nigdy nie chorowała na piersi w ogóle a tém mniej na zapalenie płuc długotrwałe; nadto szczegółowe badanie wykazuje wszędzie—z wyjątkiem wypukłej okolicy—głos opukowy całkiem prawidłowy, tak samo szmer oddychowy. Kaszel trapi wprawdzie chorą od kilku dni, wszelako kaszel wydarza się, jak wiadomo bardzo często bez serowatego złogu, a ten, który widzimy u naszej choréj nie ma wcale cechy właściwej suchotom płucnym. Na zasadzie przeto wymienionych danych zarówno jak dowodów z wykluczenia czerpanych możemy śmiało twierdzić, że odma w niniejszym wypadku nie jest następstwem ani urazowego uszkodzenia płuc, ani zmian sprawami chorobnymi mięszu spowodowanych.

Co, gdy tak jest, wypada zastanowić się: azali powodem odmy piersiowej nie jest cierpienie opłucnej? Gdyby tak być miało, musiałby istnieć poprzednio już i trwać dotąd wysięk w jamie opłucnej a w szczególności ropny, czyli tak zwany otok (*Empyema, Pyotorax*). W braku innych wiarogodnych doniesień (jakich pod ręką nie mamy) musimy trzymać się opisu (wyżej wspomnianego) Wunderlich'a, który mówi wyraźnie, że w obydwóch przezeń podanych wypadkach znaleziono wysięk ropny, cuchnący, brudny i w obfitej ilości (raz 230 uncyi). Jakoż, zdaje się być rzeczą bardzo prawdopodobną a nawet konieczną, że inaczej być nie może, jeżeli rozkład wysięku ma wywołać odnę piersiową. Chociaż nie mamy innych opisów podobnych, nie ulega wątpliwości, że u innych chorych muszą być takie same albo bardzo zbliżone do tego warunki powstawania gazów rozkładowych.

Otóż u naszej choréj nic podobnego nie zauważyliśmy, a przecież wysięk ropny nie może ukryć się przed badaniem obeznanego z tém lekarza. Chora do 14-go Kwietnia nie przedstawiała żadnych objawów jakiegokolwiek a tém mniej cięższego lub przewłocznego cierpienia opłucnej; przez cały czas choroby, ani po wystąpieniu odmy nie dostrzegliśmy przypadków fizykalnych wysięku w opłucnej, z czego wynika wniosek również stanowczy, że odma piersiowa u naszej choréj nie mogła wywiązać się z rozkładu istniejącego wysięku ropnego w jamie opłucnej. Dodajmy jeszcze do tego, że pomijając badanie fizykalne, także obraz ogólny choroby ani wejrzenie choréj (jakoto: spokojna jéj twarz, swobodna mowa, brak sinicy, zimnych kończyn, cechującej duszności i t. p.) nie zgadza się do pewnego stopnia przynajmniej z przypuszczalną odną piersiową, która jako następcza zazwyczaj cho-

roba, raczej towarzysząca innej chorobie przypadłość, łączy się zawsze z wybitnym obrazem cierpienia pierwotnego.

W takim stanie rzeczy, kiedy na zasadzie praw rozpoznawczych istnienia choroby piersiowej dopuścić nie podobna, nasuwa się koniecznie myśl, że w danym wypadku nie było wcale odmy piersiowej w znaczeniu, jakie dotychczas nazwie tej nadawać zwykliśmy. Jeżeli tak jest, należy zważyć: jaka być mogła w tym wypadku inna choroba, która przedstawiała wszystkie pozory odmy piersiowej? jakie może być źródło owych pozorów? gdzie może być siedlisko gazów, które sprowadziły kliniczne objawy odmy piersiowej?

Odpowiedź na te pytania nie trudna: gazy nie mogły w tej okolicy zebrać się gdzieindziej, jak tylko w jamie brzusznej, albo w żołądku, albo w jelitach, mianowicie w okrężnicy poprzecznej.

Z organów tych można jeszcze zdaje się na pewno wykluczyć jamę otrzewną, do której dostają się gazy tylko z przewodu jelitowego przy pęknięciu lub nadżarciu przez wrzody ściany kiszek. Ponieważ zaś w naszym wypadku nie może być mowy o długotrwałej chorobie wrzodziejącej jelit, ani też o wysięku na otrzewnej złożonym, co mogłoby stać się powodem przedziurawienia ściany jelitowej, nie mogło być zatem bębniacy brzusznej.

Podobny zarzut spotyka przypuszczenie wzdęcia gazami jelit, co wydarza się czy to przy cięższym cierpieniu kiszek czy też jakiejś chorobie ogólnej zakaźnej (z następowym porażeniem ścian jelitowych) jak np. w durzycy etc.

Możnaby wprawdzie domyślać się rozkładu treści w jelitach zawartej, w następstwie czego mogą łatwo nagromadzić się w zbyt znacznej ilości gazy w przewodzie pokarmowym, i spowodować wzdęcie żywota. Bębniacy (*meteorismus*) tym sposobem wywołana może niekiedy dochodzić do takiego stopnia, szczególnie u osób starszych, wycieńczonych, po użyciu potraw wzdymających, że jak twierdzą Dechambre i Mercier, może sprowadzić zgon chorego. W takim razie atoli zajmuje wzdęcie, jak łatwo zrozumieć, cały żywot; trzewia brzuszne a poniekąd i piersiowe wraz z przeponą mogą wtedy ulegać przemieszczeniu (*dislocatio*) i spowodować w części obraz kliniczny do naszego zbliżony. Jakoż nie wątpimy bynajmniej, że u naszej paczki miało w rzeczy samej miejsce wzdęcie jelit i żywota, o czym świadczy napięcie i wzniesienie ścian brzusznych i odgłos bębniasty żywota. Orzeczenie to zyskuje tem więcej na pewności, ile że jak uczy doświadczenie, stan podobny rozwija się najczęściej u niewiast wśród krwotoków macicznych lub po nich, już nawet przy zwyczajnej miesiączce.

Wszelako wypełnienie jelit gazami, tłumaczące dostatecznie wzdęcie żywota u naszej chorej, nie może żadnym sposobem wytłumaczyć zjawisk klinicznych w klatce piersiowej zauważonych, mianowicie wypuklenia po stronie lewej, wyparcia serca tak wyraźnego, gdyż podniesienie przepony przez jelita (cienkie lub okrężnicę poprzeczną) powinno ucisnąć raczej płuca i wyprzeć je wraz z sercem ku górze, co np. pospolicie spotykamy przy puchlinie brzusznej.

Ta więc okoliczność zniewala nas uciec się do ostatniego przypuszczenia t. j. czy objawy odymki piersiowej nie były wywołane przez wzdęcie żołądka? Powiedzieliśmy dopiero, że chora cierpiała na wzdęcie jelit, co zdaje się nie ulegać zaprzeczeniu; blizkim jest przeto domysł, że podobnie także zgromadziły się gazy w niezwykłej ilości w samym żołądku. Do tego twierdzenia upoważnia odgłos bębniasty nad całą okolicą żołądka, który bez wyraźnego odgraniczenia przechodził na klatkę piersiową, — niemniej przypuszczenie, że pod wpływem ogólnego osłabienia po ciężkim porodzie i utracie znacznej ilości krwi w położu, ściany przewodu jelitowego, zatém i żołądka, zostały o tyle zwątłone, działanie odnośnych nerwów o tyle naruszone, że upośledzona czynność trawienia mogła przyczynić się do rozkładu przyjętych pokarmów i spowodować zbyt znaczne nagromadzenie się gazów w jamie żołądka.

Wstąpiwszy raz na tę drogę domysłów, nie trudno przypuścić, że żołądek nadmiernie rozszerzony (co zresztą u prostego ludu bynajmniej nie jest rzadkiem zjawiskiem), mógł, party przez jelita od dołu, unieść w ten sposób przeponę, że wypierając serce ku stronie prawej a płuco ku lewej i ku tyłowi, spowodować wypuklenie klatki w dolnej części i wywołać tu odgłos bębniasty niski, nawet podźwięk metaliczny (niekiedy przecież i w żołądku słyszany), co razem dało pozór odmy piersiowej; ugniecione rzeczonym sposobem płuco nie mogło przyjmować powietrza, zaczęło poszło, żeśmy nie słyszeli w tém miejscu szmerów oddechowych.

Przyznajemy, że do takiego wyparcia serca i płuca, wypuklenia klatki po jednej stronie, potrzeba było jakiegoś niezwykłej podatności przepony po lewej stronie, której znowu pojąć nie możemy i położyć musimy chyba na karb niezwykłego (jak cały wypadek) zwątlenia. Nie dostaje nam również dla uzasadnienia téj domysłnej patogenii najważniejszego może warunku t. j. wykazania, że w żołądku chorej znajdowały się w istocie pokarmy t. zw. wzdymające np. młode jarzyny, niedościgłe owoce, źle wywarzone piwo i t. p. Ponieważ jednak w rzeczach etiologii polegać musimy najczęściej na zeznaniu chorych, którzy częstokroć mimo wiedzy i woli przemilczając o tém, co potrzebne dla lekarza albo przekręcając fakta, w błąd nas wprowadzają—dla tego też brak téj wiadomości nie może obalać naszego przypuszczenia podobnie, jak odnośne zeznanie stwierdzić by go nie było w stanie.

Gdyby jednakże wzdęcie żołądka zdołało nawet spowodować kaszel, ból, kłucie i przypadłości fizykalne, do złudzenia odnę piersiową naśladowujące, toć przecież nie wyjaśnia ono innych objawów, jakoto np. dreszczów, potów i tak nadzwyczajnego przyspieszenia tętna (do 140), z wyjątkiem, że posiłkując się ciągle domysłami, odniesiemy to do upośledzenia czynności nerwowej.

Wnioskowanie „*ex juvantibus et nocentibus*“ nie przynosi nam tu także żadnej pomocy; jeżeli bowiem środki czyszczące w początku użyte pozostały bez skutku, któregooby przy wzdęciu gazami spodziewać się należało, to z drugiej strony choroba skończyła się pomyślnie przy lekarstwach obojętnych, które na żadne z przypuszczalnych cierpień żadnego wpływu wywrzeć nie mogły.

Zebrawszy, jak się zdaje, wszystko, co *pro i contra* powiedzieć się dało, nie możemy nie widzieć, że wątpliwość rozpoznania wcale wyjaśnioną nie została i musimy się tylko pocieszać nadzieją, że na zasadzie rzetelnego przedstawienia faktu; może ktoś z bystrzejszych kolegów potrafi szczęśliwie rozwiązać zagadnienie: czy w danym wypadku była odma piersiowa, czy wzdęcie żołądka, czy może całkiem inna choroba? *Dr R.*

O ruchu chorych w Instytucie pneumatycznym

Dra Wincentego Brodowskiego

za rok 1877.

W ubiegłym roku było chorych w ogóle 275; w rzędzie ich leczyło się na:

1) Rozednię płuc (<i>Emphysema</i>)	96	wyzdrow.	64	doznało ulgi	26	bez ulgi	6.
2) Nieżyt oskrzeli	34	„	23	„	7	„	4.
3) Wyсіęk opłucnej	63	„	48	„	7	„	8.
4) Przewłoczne zapalenie płuc	14	„	10	„	1	„	3.
5) Krztusiec (koklusz)	8	„	6	„	2	„	—
6) Przewłoczne zapalenie krtani	16	„	7	„	8	„	1.
7) Dusznicę oskrzel. (<i>asthma br.</i>)	28	„	18	„	6	„	4.
8) Blednicę	6	„	5	„	1	„	—
9) Zapalenie ucha długotrwałe	10	„	6	„	2	„	2.
	275		187		60		98.

Pierwotna czyli samoistna *rozedma* (*Em. essentielle*) zdarza się bardzo rzadko i wtedy wyleczy się w krótkim czasie, przecięciowo w 30-stu posiedzeniach; gdy zaś *rozedma* powstaje w skutek przewłocznego nieżytu oskrzeli, to w takim razie liczba posiedzeń powinna być daleko większa. Millier twierdzi, że leczenie powinno trwać kilka miesięcy; podług mego zdania potrzebuje chory wzięść od 45 do 60-ciu posiedzeń. Jeden tylko zdarzył się wypadek w moim Instytucie, że chory odbywał kuracyą bez przerwy codziennie przez trzy miesiące a zatem wzięł 90-iat posiedzeń, jakoż nieżyt oskrzeli został zupełnie usunięty i przez następnych 6 lat chory nie miewa najmniejszych napadów duszności.

Gdy zaś *rozedmie* towarzyszy zapalenie ziarniste błony śluzowej krtani, bywa leczenie trudnem: tego samego zdania jest Sandal, Bertin, Brunich i Vivenot.

Sandal donosi że z 212 chorych na nieżyt oskrzelowy z *rozedmą* i dusznicą, wyleczyło się lub doznało ulgi w 33 przecięciowo posiedzeniach, najwyżej 173, najmniej 9 chorych.

Bertin (*Etude clinique de l'emploi et des effets du bain d'air comprimé. Paris et Montpellier 1868*) mówi, że zupełne wyleczenie następowało w 13-tu razach po 33-ch posiedzeniach a w 9-ciu wypadkach przecięciowo w 35–40-tu posiedzeniach. Dunnot mniema, że *Asthma nervos.* potrzebuje dłuższego

czasu. Pravots wyleczał je po 60-ciu posiedzeniach, Milier po 100-tu posiedzeniach, Freyd potrzebował kilka miesięcy do zupełnego wyleczenia rzezonéj choroby.

Zapalenie płuc nieżytowe następuje najczęściej po długim zapaleniu nieżytowym oskrzeli, rozszerza się z błony śluzowej oskrzeli na pęcherzyki płucne; czasami powstaje zapalenie nieżytowe w tkance płucnej poprzednio opadniętej — nigdy zatem nie rozwija się ono samodzielnie, podobnie także zapalenie śródmiąższowe (*Pneum-interst.*), nigdy nie bywa samodzielne lecz towarzyszy zawsze zapaleniu długotrwałemu krupowemu i nieżytoowemu; niekiedy znowu zapad płuc pociąga zasobą zapalne bujanie śródmiąższowej tkanki z zejściem w stwardnienie; nierzadko towarzyszy ono przewlekłym zapaleniom oskrzeli, gruźlicy i t. p.

Z podanych przezemnie 14-tu wypadków, 8-ju było ze zapaleniem przewłoczném płuc, powstałem z nieżyto oskrzeli, z których u 5-ju ograniczyło się na $\frac{1}{3}$ cz. górnego płata prawego płuca, a u 3-ch na połowie górnego lewego płuca; w dwóch wypadkach po zapaleniu krupowém nastąpiło śródmiąższowe ze stwardnieniem miąższu górnej części prawego płuca.

Obydwa te wypadki były podobne do tego, który miałem zaszczyt przedstawić przed paru laty naszemu Towarzystwu Lekarskiemu, który to chory dotychczas cieszy się najlepszym zdrowiem; podobnie także i dwaj nadmienieni chorzy opuścili Instytut odzyskawszy zdrowie w zupełności. U czterech zaś było zapalenie gruźelkowe, z których jeden doznał ulgi, trzech opuściło Instytut bez najmniejszego polepszenia. Co się zaś tyczy czasu trwania leczenia, wymaga ono naszym zdaniem od 40—60 posiedzeń.

W poprzednich sprawozdaniach, kilka razy przytaczałem historye chorych wyleczonych z koklusu w moim Instytucie. Pod tym względem doszedłem do przekonania wypowiedzianego przez Sandal'a, który miał największą liczbę chorych na koklusz, t. j. że ścieśnione powietrze jest w krzutuścu najpewniejszym i najradykałniej szym środkiem ze wszystkich dotąd nam znanych. I tak z 96 chorych przez S. leczonych wyzdrowiało 88 przecięciowo po 3-ch tygodniach kuracyi, 8-ju zaś opuściło zakład bez skutku, z liczby których 4-ch cierpiało na suchoty płucne. Brunich leczył 19-tu chorych i na wyleczenie takowych potrzebował czasu od 11 do 20 posiedzeń. Według mego zdania ścieśnione powietrze nie tylko wylecza koklusz w bardzo krótkim czasie, ale co najważniejsza leczenie to nie dopuszcza do rozwinięcia się rozedmy płuc, chronicznego zapalenia tychże, które często bywa następstwem długotrwałego koklusu.

Dziwi mię bardzo, że nasi lekarze mając tak potężny środek jakim jest ścieśnione powietrze w koklusu, pomijają tę metodę leczenia obojętnie, wnosząc z tego, że utrzymując 12-cie lat Instytut Pneumatyczny miałem zaledwo około 70-ciu chorych na koklusz gdy tymczasem Sandal (w Szwecyi) w jednym roku miewa około 100-u chorych; Provatz, Brunich też daleko więcej chorych miewają w jednym roku, niż ja przez cały czas trwania In-

stytutu w takim mieście jak Warszawa, które liczy przeszło 300,000 mieszkańców.

Przy wysiękach opłucnowych otrzymywałem tak znakomite skutki, że śmiało mogę zalecać ścieśnione powietrze jako jeden z najlepszych środków; czas potrzebny do leczenia wynosi od 20—45 posiedzeń.

W liczbie 16-tu wypadków przewlekłego zapalenia krtani, choroba nie była silnie rozwiniętą u 5 chorych, jakkolwiek głos bądź co bądź był chrypliwy; kompletne wyleczenie nastąpiło u tych chorych w przeciągu 30 posiedzeń. U reszty było zapalenie daleko silniejsze i dłużej trwałe, tak że chorzy przybyli do mnie prawie bez głosu. Dwóch z nich wyzdrowiało zupełnie po 45-ciu posiedzeniach; nie mając zresztą cierpliwości poddać się dłuższej kuracyi opuścili Instytut z wyraźnym polepszeniem.

Sandal przytacza 148 wypadków zapalenia krtani, z których 114 wyzdrowiało po 19-tu posiedzeniach. Milier potrzebował 40-tu posiedzeń dla wyleczenia wyżej wspomnionej choroby. Tabatier opisuje zajmujący wypadek wyleczenia z chronicznego zapalenia krtani u jednego członka Akademii Francjeour'a mianowicie pod tym względem, że leczenie ścieśnionem powietrzem odbywało się przy komisji wyznaczonej z łona Akademii nauk dla przekonania się o skuteczności działania ścieśnionego powietrza. Przewłoczny nieżyt krtani u Francoeur'a trwał pięć miesięcy, przyczém była zupełna utrata głosu; pomimo to nastąpiło wyleczenie po 14 posiedzeniach.

Vivenot opisuje chroniczne zapalenie krtani z utratą głosu u jednego artysty opery Wiedeńskiej, który już nie mógł śpiewać przez cały rok, a po 45 posiedzeniach nastąpiło przecież zupełne wyleczenie.

Vivenot i Sange opierając się na swych obserwacyach radzą używać ścieśnionego powietrza: śpiewakom, mówcom i profesorom, jako środka głosu wzmacniającego i nadającego mu pewną czystość.

KRONKA.

Leczenie krwotoków macicznych za pomocą wstrzykiwań podskórnych roztworu wyciągu sporyszowego. Sprawozdanie przedstawione Paryskiemu Towarzystwu terapeutycznemu co do wyciągu wodnego sporyszu (*secale cornutum*), przygotowanego w celu użycia go do wstrzykiwań podskórnych, zrodziło w wielu lekarzach myśl, aby go użyć przy leczeniu krwotoków macicznych. — PP. Montard-Martin, Bucquoy, Guéneau de Mussy, Edouard Labbé, Dujardin-Beaumez w krótcie potem przedstawili Towarzystwu bardzo zadawalniające wyniki, jakie z tego otrzymali. Konstanty Paul robił również z nim próby i oto rezultaty, które zamieścił w *Bulletin de thérapeutique*. Paul używa mieszaniny, której używał już z powodzeniem Montard-Martin:

Rp. Extr. secal. cor. spir. dr. S
Aquae dest,
Glycyryni \overline{aa} unc. semis.
MDS.

W czternastu wypadkach używał tego środka w szpitalu św. Antoniego. Pierwsza chora, którą leczył za pomocą tego środka miała lat 40; weszła do szpitala z rakowcem na szyjce macicy. Kobieta ta była mocno wyniszczoną i cierpiała od dziesięciu miesięcy na upławy, miała prócz tego obrzęk kończyn dolnych. Szyjka po części w stanie rozkładowym będąca, powodowała płynienie cieczy śluzowato-ropiastój, smrodliwój, i częste upławy krwawe. — W trzy dni po przybyciu, dostała obfitego krwotoku macicznego. P a u l przepisał 1 gram roztworu wyżej wzmiankowanego w formie wpryskiwania podskórnego, co przedstawia 66 miligr. ekstraktu. W pięć minut potem krwotok ustał.

Druga chora dostała również krwotoku z powodu rakowca (*kankroida*) szyjki macicy. Chora ta, od 15 lat już cierpi na krwotoki, które z początku rzadko ją nawiedzały, a które od 2 lat stały się dosyć częstymi. W chwili wstąpienia do szpitala, miała krwotok tak obfity, że asystent na służbie będący, uważał za stosowne założyć tampon do pochwy macicznej. Krwotok został zatrzymany, lecz po czterech dniach powtórzył się znowu. Zastosowano trzykrotnie wstrzyknięcie podskórne jak w powyższym wypadku i za każdym razem krwotok ustawał w przeciągu dziesięciu minut.

Trzecia chora operowana już kilka razy z powodu kankroidu na szyjce, miewała również częste krwotoki. Pierwszy krwotok, który miał miejsce w szpitalu, został zatrzymany w dziesięć minut po wstrzyknięciu. Nazajutrz nowy krwotok, powtórne wstrzyknięcie; takiż rezultat.

W piętnaście dni później nowy krwotok obfitszy jak poprzednie; czwarte wstrzyknięcie; zatrzymanie w przeciągu dziesięciu minut.

Przeszło miesiąc pokazywała się u tej chorej tylko wydzielina wodnisto-krwawa. Ale po upływie tego czasu następuje nowy silny krwotok; piąte wstrzyknięcie; rezultat najpomyślniejszy w dziesięć minut.

Tego samego dnia krwotok się pojawia wieczorem; szóste wstrzyknięcie znowu go zatrzymuje; w trzy godziny potem jeszcze raz występuje i tym samym sposobem zostaje zatrzymanym.

Nazajutrz krwotok się powtarza, ale tak słaby, że kilka okładów z zimnej wody na brzuch okazały się wystarczającymi do usunięcia go. Od tego czasu krwotoki już się nie pojawiały.

Czwarta chora miała w skutek poronienia ciągłą wydzielinę krwawą w ilości odpowiedniej zwyczajnemu czyszczeniu miesięcznemu. Stan ten trwał już od sześciu tygodni. Jedno wstrzyknięcie było wystarczającym do zatrzymania utraty krwi w przeciągu sześciu minut.

U piątą chorą krwotok bardzo obfity został zatrzymany prawie natychmiast, w parę minut po wstrzyknięciu.

U szóstej, wkrótce po porodzie wystąpił krwotok nadzwyczaj obfity. Jedno wstrzyknięcie wystarczało do zatrzymania go.

Słowem, w czternastu wypadkach obfitych krwotoków, przy użyciu podskórnych wstrzykiwań ekstraktu sporyszu, krwotok zawsze został zatrzymany w przeciągu czasu nie dłuższym nad szesnaście minut. Dr F. O.

Białko w moczu osób zdrowych. Trzydzieści lat zaledwie upłynęło, kiedy wykazanie białka w moczu należało w klinice do wypadków ciekawych, ważnych, szczególną uwagę wzbudzających i służyło niewątpliwie do stwierdzenia ciężkiej choroby nerek, ogólném mianem „choroby Bright'a“ oznaczonej. — Przypadłość to była osobliwsza, jak rzeczony cierpienie, nowa, a co ważniejsza: patognomaniczna. Od tego czasu zmieniły się poglądy bardzo znacznie, chociaż rzecz sama przez się pozostała niezmienną. Niebawem przekonano się, że mocz w przebiegu innych chorób może także zawierać białko — choroba Bright'a zajęła całkiem oddmienne w nauce stanowisko — moczenie białkowe straciło na swój powadze klinicznej, a ostatecznie postrzeżono, że jak wiele innych objawów, niegdyś za „patognomoniczne“ poczytywanych, tak i białkomocz może pojawić się w stanie fizyologicznym. Dowodem tego twierdzenia jest doniesienie W. Leube'go (*Virch. Archiv. Bd. 52, p. 145*), który zajął się dochodzeniem moczu zdrowych żołnierzy na obecność w nim białka. Badanie (sposobem Millon'a i za pomocą potasu etc.) prowadzone przez siedm dni wykazało, że z liczby 119 żołnierzy mocz u 5-ciu (t. j. 4,2%) przedstawiał białko w porze ranniej, zaś u 19 t. j. w 16% w porze południowej, po odbytych ćwiczeniach wojskowych, marszach. Dochodzenie ilościowe, mianowicie u dwóch żołnierzy, których mocz był niezwykle zamąconym, wykazało 0,068% czystego białka.

Ponieważ u żadnego z całej liczby badanych żołnierzy nie można było dopatrzeć się żadnej, właściwej choroby, przychodzi Leube do wniosku, że białkomocz może pojawiać się u ludzi zupełnie zdrowych i to w dwojakiiej postaci: raz, jako objaw czynności żywotnych w stanie spokojnego ich odbywania się — powtóre jako następstwo żywszej przemiany pierwiastków np. po silniejszych ruchach fizycznych. Zaznaczyć wszelako wypada, że w każdym razie ilość wydalającego się z moczem białka w stanie fizyologicznym jest w ogóle nieznaczną t. j. nie przechodzi 0,1%.

Dla wytłumaczenia rzeczony zjawiska sięga autor do fizyologicznych teoryi objaśniających wydzielanie moczu, z których jedna widzi w tej sprawie filtracyą przez torebki Malpighiego, a druga swoistą czynność nabłonka kanalików moczowych. Stosownie do tego mogłoby białko przechodzić zawsze przez ścianki naczyń do kanalików a tu dopiero być napowrót wessaném z pozostawieniem tylko wody z solami w moczu—albo też białko nie przenika ścian naczyńiowych z powodu niestosownych do tego własności ścian i białka, a przedewszystkiem dla zbyt wązkich porów ścian naczyńiowych. Być

zatem może, że w pewnych razach (podczas zdrowia) czynność nabłonka—niby znuzonego zmniejsza się, przyczem białko przechodzi z wodą do mocu, lub też, że nie kiedy owe pory stają się przystępniejszymi dla substancji koloidalnych, i przepuszczają białko.

Cokolwiekby fakt dostrzeżony przez Leube'go (potrzebujący rozumie się potwierdzenia ze strony innych lekarzy) zasługuje na baczną uwagę przy ocenianiu obecności białka w moczu i rozpoznawaniu chorób, w szczególności zapalenia nerek.

Leczenie duszniczy (*Asthma*). Jakkolwiek dawno już zalecano przetwory jodu, a mianowicie jodek potasu w duszniczy, przyczem różni lekarze rozmaite widzieli skutki, raz pomyslnie to znów nieużyteczne; występuje znowu z zaleceniem tego środka Germain Sée, łącząc użycie jodku potasu z eterem jodowym, zapewniając zarazem o stanowczej ich użyteczności w pomienionej chorobie (*L'Union med. N. 13. 1878*). Autor różni się od innych lekarzy ten sam środek zalecających przez to, że używa jodka potasu bez wszelkich innych lekarstw, dodając tylko w bardzo ciężkich napadach duszności do rzeczzonego leku jeszcze po 5—10 centigr. *Extr Opii gummosi* albo 1—2 grm. *Hydratis Chlorali*. Sée podaje jodek potasu zrazu po 1,5 grm. dziennie, postępując stopniowo do 2—3 gramów, zastrzegając, aby chory dla uniknięcia dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego używał lekarstwo podczas obiadu. Zatrucie jodem (*jodismus*) wystąpić może, zdaniem autora, zarówno przy użyciu małych jak i większych dawek, wszakże przypadłości zatrucia znikają (w czem zgadza się także doniesienie Gosse lin'a) przy zdwojeniu użytej ilości. Jodek potasu pomnaża, jak twierdzi Sée, wydzielinę błony śluzowej oskrzeli, przyczem nikną rżenia suche i gwizdzące, obrzmienie błony śluzowej pomniejsza się, a w następstwie tego dochodzi powietrze łatwiej do pęcherzyków płucnych; nadto pomniejsza się świeża rozedma płuc. Ponieważ przy użyciu jodku potasu ustępują napady duszniczy nerwowej (*Asthma nervosum*) podobnie jak nieżytowej (*a. catarrhale*), należy przypuścić, że środek ten wywiera wpływ na układ nerwowy. W celu zabezpieczenia chorego od powtarzania się cierpienia, wypada jodek potasu podawać przez długi czas, a nawet od czasu do czasu zalecać go przez kilka miesięcy, parę lat. Podczas samego napadu duszniczy podaje autor do wdychania eter jodowy (*Aether jodatus*) po 5—6—10 kropli; napad duszniczy przerywa się przy wdychaniu tego środka prawie natychmiast, dalsze zaś leczenie odbywa się przy pomocy jodku potasu.

W tem miejscu także nie od rzeczy będzie wspomnieć o drugim doniesieniu mianowicie Wahltuch'a (*Brit. med. Journal, 15 Sept. 1877.*), który w 7 wypadkach duszniczy nerwowej z pomyslnym skutkiem posługiwał się wdychaniem pary przetworów arsenikowych wraz z galwanizacją nerwu błędnego. Napady duszniczy objawiały się ciężką dusznością, której towarzyszyły gwizdzące rżenia w płu-

each. U wszystkich chorych występowały napady w bardzo wysokim stopniu i choroba trwała już przez parę lat. Do wdęchania używano arsenikanu sody (0,01—0,03), na przemian z roztworem Fowler'a (2,0—4,0) i arsenikanem amonii (0,015—0,03), po dwa razy dziennie, postępując stopniowo i zmieniając środki. Przy galwanizacji stosowano biegun dodatni do tylnego brzegu m. mostko-obojęzycznego a ujemny tuż przy tchawicy do przyczepu obojęzycznego tegoż mięśnia. W początku używano co najwięcej 5 ogniów (elementów) a z czasem pomnażano siłę do 30. Leczenie trwało w większej liczbie wypadków sześć miesięcy.

O leczeniu wrzodów D-ra Mandelbaum'a w Odessie. W myśl artykułu Becker'a o leczeniu wrzodów goleni (*Berl. klin. Wochens. 1877. N. 47*) podaje Dr Mandelbaum z Odessy (*Berl. klin. Wochenschr. 1878. N. 10*) następującą wiadomość:

„Wypróbowałem wszelkie znane środki przeciw temu upartemu cierpieniu (w tej liczbie plaster zupełnie podobny ze składu do opisanego przez pana Becker'a, jako też metodę przesadzenia, podaną przez Keverdin'a i przypiekanie potażem gryzącym), najlepsze skutki otrzymałem z użycia następujących trzech środków: z żelaznego narzędzia do wyskrobywania, używanego przez Hebrę (zmieniona łyżka Volkman'n'a), jodoformu i plastru rtęciowego z plastrem mydlanym w różnych częściach (*Empl. mercurial. saponati aa*). Nie zdarzyło mi się spotkać żadnego wrzodu goleni ani też innych części, niezależnie od ich trwania, formy, wielkości i głębokości, któreby się tej kuracji oprzeć mogły. Jeżeli wrzody są głębokie, zniszczenie tkanki znaczne, brzegi nierówne, wystrzępione, stwardniałe, natenczas oczyszczam je żelazem, póki się zdrowa tkanka nie ukaże, poczem pokrywam je przez dni kilka grubą warstwą jodoformu, aż do ukazania się świeżej ziarniny (która zawsze się ukazuje przy tym sposobie leczenia); następnie, kiedy już wrzód tak się ziarniną wypełnił, że dosięga powierzchni skóry, obwiązuję go codziennie powyżej wymienionym plastrem, który musi być dosyć miękim, bardzo gładko i równo nasmarowanym na płótnie. Jeżeli wrzody nie mają tak złej powierzchowności i są pokryte tylko warstwą ropy, to można się obejść bez przygotowawczego wyskrobywania ich.

Opisaną metodą udawało mi się zagajać wrzody, które przez całe lata i dziesiątki lat opierały się wszelkim możliwym środkom. Byłoby zbyt rzadką rzeczą chcieć uzupełniać krótką tę wzmiankę długim szeregiem historii uleczonych w ten sposób wrzodów, gdyż każda z nich w szczególności wymieniałaby to, co już w ogólności o wszystkich powiedziałem.“

Nowy sposób postępowania po amputacji. Kiedy dotychczas przy najrozmaitszych sposobach leczenia rany zadanej przez operacją odjęcia kończyny,

nie udaje się pospolicie sprowadzić bezpośredniego zagojenia się jęj (*p. primam intentionem*) i zapobiedz ropieniu — podaje Gaurveau (*The Lancet N. 11, 1877*) nowy, dotąd przez nikogo nie próbowany sposób postępowania, który spełniać ma jedno z najważniejszych zadań chirurgicznych. Autor podaje myśl swoją kolegom dla sprawdzenia w większych szpitalach i przyrzeka ogłosić wkrótce odnośną kazuistykę. Postępowanie Dra Gaurveau'a jest nadzwyczaj proste, a jak twierdzi, bardzo skuteczne i polega na tem: że po założeniu turnikietu lub elastycznej podwiązki Esmarch'a i wykonaniu operacyi, autor nakłada płaty starannie na trzon i zawija go w opaski płócienne poprzednio w roztwór wodny półtora chlorka żelaza zamaczane. Opaska kładzie się lekko naciskając najprzód poziomo, następnie wężykowato i powleka się wreszcie jeszcze raz wspomnianym roztworem. Turniket lub podwiązka Esmarch'a popuszcza się nieco tak, żeby odeszło trochę krwi do opaski. Krew spotkawszy się z roztworem żelaza łączy się chemicznie i tworzy gęstą, zlepłą masę, która zakleja w zupełności brzegi płatów a zarazem odcina całkowicie przystęp powietrza. Po zdjęciu turnikietu zakłada się na istniejącą jeszcze jedna opaska.

Postępowanie to zdaniem autora ma te ważne zalety, że przedewszystkiem skraca sam akt operacyjny, czyni bowiem zbytecznym podwiązywanie naczyń i zakładanie szwów,—że sprowadza bezpośrednie połączenie się brzegów rany, niedopuszcza fermentacyi z ropienia (w którym to celu używają obecnie bardzo złożonej metody Lister'a), że jest niezmiernie łatwym i przyspiesza sprawę gojenia się rany.

Wiadomości bieżące.

— Istniejące w Sistowie D o r p a c k i e s z p i t a l e p o l o w e zostały zniesione a inwentarze ich, zapasy etc. oddane ogólnemu Zarządowi szpitali polowych Rządowych. Lekarze przy pomienionych lazaretach zatrudnieni powrócili do domu z wyjątkiem Dra B o t t c h e r a, który obłożnie chory na tyfus pozostał w Sistowie. Niebawem zniesionym ma być również szpital e w a n g i e l i c k i w Sistowie.

— Stowarzyszenie lekarzy wiedeńskich (*Doctoren Collegium*) powzięło w następstwie długich rozpraw co do wynagradzania usług lekarskich następujące postanowienie: dotychczasowy sposób wynagradzania lekarzy, wedle którego chory składa lekarzowi honorarium w czasie dowolnym, po ukończeniu kuracyi, powinien być usunięty; ze względu na dobro lekarzy i publiczności należy wynagradzać lekarza za każdą jego wizytę; w przeciwnym razie wypada najprzód porozumieć się z lekarzem ordynującym co do późniejszego wynagrodzenia a zarazem oznaczyć termin złożenia należnej mu zapłaty. (Zaprowadzenie takiego *modus vivendi* byłoby w rzeczy samej bardzo pożądanym i w naszym kraju, gdzie niestety dosyć często usługi lekarza bywają niezwykle szybko zapominane!).

— W Wiedniu podjęto myśl utworzenia komisji międzynarodowej, któraby zajęła się oczyszczeniem pod względem sanitarnym (dezynfekcją) miejsc, na których stoczone były walki w ostatniej wojnie rossyjsko-tureckiej. Wiadomość niesie, że komissya rzeczona złożona z delegowanych ze strony Rosyi, Austrii i Niemiec, ma się w krótkim czasie zebrać; dodają nawet, że Rząd Rossyjski ma wysłać w tym celu R. St. Dra L e n z' a, Austriacki Dra S i g m u n d' a.

— W Tyrnowie umarł na durzycę d. 15 Marca Dr J a n c z y c z b. asystent prof. S a w a r y k i n' a, poświęcający się głównie histologii. Nieboszczyk odbył szczęśliwie kampanią serbską, poczem zaraz znowu przyjął obowiązki lekarza Towarzystwa Czerwonego Krzyża—i padł ofiarą zarazy tyfusowej.

— W Petersburgu utrzymuje się ciągle złośliwa epidemia durzycowa, która straszliwie podnosi cyfrę śmiertelności ogólnej. 12-go Marca wynosiła liczba tyfusowych w szpitalach: 3681, 19-go Marca 3625, 23-go Marca 3541, 2-go Kwietnia 3586 9-go Kw. 3508; śmiertelność zaś wzrosła w ostatnich tygodniach tak, że od 26 Marca do 1 Kwietnia wynosiła 65,21 p. mille (w tymże tygodniu wynosiła śmiertelność w Waszawie 30,52). W liczbie 840 zmarłych w ciągu upłynionego tygodnia (na ogólną liczbę ludności 669,741) było wypadków ospy 16, odry 6, płonicy 12, błonicy 13, dławca 4, gorączki durzycowej 29, durzycy wysypkowej 63, durzycy brzusznej 56, gorączki powrotnej 51, etc.

— „Stukanie duchów“ w obec fizyologii. Prof. Schiff, który niedawno z Florencyi objął katedrę fizyologii w Genewie, na publicznym odczycie w tém mieście wypowiedział swoje poglądy co do kurczliwości mięśni w związku z systematem nerwowym i kostnym. W prelekcjach potrącił kwestyę „stukania duchów.“ W organizmie człowieka niema tak twardych ciał, któreby przy normalnym stanie mogłyby stukać jedne o drugie. Co najwięcej udaje się nam słyszeć przy pewnych ruchach organów chrzęst, np. gdy rozprostowujemy i rozciągamy palec. Przyczyną tego jest to, że łączące się kości pokryte są chrząstką, łagodzącą uderzenia jednej o drugą. Jednakże jest pewna część ciała, gdzie niektóre kości posiadają bardzo mało chrząstek—jest to pięta, gdzie prócz tego prawie niema mięśni, ani tłuszczu pokrywających kości warstwą przeszkadzającą słyszeć uderzenia jednej o drugą. W pięcie więc jest siedzenie duchów, wyzywanych przez „medjum,“ gdy się robi niewidzialne stukanie. Prof. Schiff robił doświadczenia nad medjumem ułożonym w pierzynie i pomimo to stukającym—chociaż niewykonywano żadnych ruchów ani też nie opierano się o twarde przedmiot. Zauważył przytém, że stukanie wychodziło z nogi; Schiff wystudował najdetaliczniej anatomię kości, ścięgien, mięśni i nerwów pięty i zaczął robić nad sobą samym też same doświadczenia, jakie zadziwiają publiczność. Rezultat przeszedł oczekiwania: na swych odczytach w Genewie robił on te doświadczenia w obec 700 słuchaczy i stuk słyszano wszędzie pomimo obszerności auli. Dr J. T.

Wykaz tygodniowy ruchu ludności miasta Warszawy,

za czas od 14-go do 20-go Kwietnia 1878 r.

Ludność m. Warszawy r. 1877 wynosi 315,199.

W upłynionym tygod. urodziło się dzieci religii prawosławnej	praw. małż.	—	niepr.	1
	religii rzymsko-katolickiej	„	46	„ 11
	„ protestanckiej	„	8	„ 1
	„ mojżeszowej	„	35	„ —

Razem praw. małż. 89 niepr. 13

W tymże tygodniu umarło w skutek ospy 16, odry 1, płonicy 3, durzycy 5, błonicy 3, chor. pługowych 3, zapalenia oskrzeli i płuc 25, suchot pł. 18, niezytu kiszki 72; wiađu schyłkowego 11, samobójstwa 1, zabójstwa —, rozmaitych chorób 43, niewiadomych przyczyn 13. W ogóle mężczyzn 124, kobiet 90, razem umarło 214, poprzedniego tygodnia 243.

W stosunku do 1000 mieszkańców wynosi śmiertelność roczna 35.30.

Zawarto małżeństw w ubiegłym tygodniu 5.

Redaktor odpowiedzialny, Prof. Dr Łuczkiwicz.

Wydawca, Szymkiewicz.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy ulicy
Ś-to Krzyskiej Nr. 1343 (nowy Nr. 9).

Druk. Gaz. Lek. Ul. Ś-to Krzyska N. 9. Дозвол. Цензурою. Варшава, 20 Апрель (2 Мая) 1878 г.