

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

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

TREŚĆ: Z klin. terap. prof. Lewitskiego. Ropne zapalenie opłucnej. Przedziurawienie przepony. ropień pozaotrzewny. T. Dunin.—Kronika: Znaczenie chorób wątroby dla sprawy wydalania moczu.—Działanie stałych strumieni na znieczulenie.—Histeryczny ból oczu.—O niekrwawych operac. wykonyw. na języku.—Rozbiór 80 wypad. płasawicy.—Dwa przypadki ostrój płas. podczas goścecia staw.—Jasna ślep. (*amaurosis*) po płonicy.—Chlor w tęczu.—Ciało obce w jamie ocznej dziecka; poraż. wszystkich mięści ocznych, oddal. ciała obcego; wyzdr.—Przenies. przym. (*sypilis*) przez męskie nasienie.—Wiadomości bieżące.—Wykaz tygodniowy ruchu ludności m. Warsz.—Od Redakcyi.—Dodatek: Historji Medycyny ark. 17. Anatomii patologicznej ark. 2. Anatomii opisowej ark. 19. Fizyki Lekarskiej ark. 19.—Dzieje i znaczenie przeciwpasożytnego leczenia ran. R. Jasiński. (Dalszy ciąg).—Ogł. far. lek.

Z kliniki terapeutycznej prof. Lewitskiego.

Ropne zapalenie opłucnej.—Przedziurawienie przepony.—Ropień pozaotrzewny.

Opisał Dr Teodor Dunin, Assystent Kliniki.

Ropne zapalenie opłucnej bynajmniej do rzadkich nie należy wypadków, i każdy lekarz corocznie z kilkoma podobnemi się spotyka; jeżeli pomimo to postanowiłem ogłosić następujący opis, czynię to dla tego, że przedstawia on pewne dość rzadkie zбочenia w przebiegu i zejściu choroby.

Do kliniki chorób wewnętrznych prof. Lewitskiego przybyła 11 Grudnia 1877 r. chora Dzik Rozalia, wieku lat 23 mająca; opowiada ona, że rodzice jej poumierali już dawno, ojciec z niewiadomój dla niej przyczyny, a matka na tyfus. Sama chora siedm lat temu przebyła tyfus, i zresztą, chociaż zawsze była wątła, nie chorowała wcale; dopiero parę miesięcy temu dostała silnego kłucia w lewym boku i kaszlu, przyczem, o ile się zdaje, gorączkowała; przyzwany lekarz, oprócz lekarstwa, kazał jej stawiać po kilkakrotnie bańki. Po niejakiem czasie chora poczuła ulgę, mogła zajmować się pracą; kaszel jednak pozostawał i chora wyraźnie tracić zaczęła siły i zdrowie.

Na cztery dni przed przybyciem do kliniki, chora dostała małych, lecz kilkakrotnie powtarzających się dreszczyków, silnego kłucia w lewym boku i na co szczególną zwraca uwagę, z kaszlem wydzielać zaczęła znaczną ilość śmierdzącej płwociny.

Przedmiotowe badanie wykazało, co następuje: chora małego wzrostu, wątłej budowy i silnie wyniszczona; skóra zzieleniała, mięśnie wiotkie, a błony śluzowe blade. Klatka piersiowa nieprawidłowego kształtu; lewa mianowicie

połowa wyraźnie zapadnięta, lewa łopatka odstaje od kręgosłupa, całe ramię opuszczone na dół, a przestrzenie międzyżebrowe znacznie węższe, aniżeli po stronie prawej (*rétrécissement thoracique*).

Ruchy oddechowe przyspieszone (40 na minutę), przyczem klatka piersiowa po stronie lewej o wiele mniej się porusza, aniżeli po stronie prawej; chora przeważnie leży na lewym boku i każda zmiana położenia wywołuje napad kaszlu i duszności.

• Ciepłota ciała wynosi 39,6, tętno słabe, uderza 120 razy na minutę.

Przy opukiwaniu klatki piersiowej z prawej strony nie znajdujemy nic szczególnego; natomiast po stronie lewej z tyłu stępienie odgłosu niebębnistego poczyna się od grzebienia łopatki i zaraz powyżej jej kąta w zupełną tępość przechodzi. Około kąta łopatki, chociaż odgłos jest silnie stępiony, to jednak szczególnie przy mocniejszym opukiwaniu, daje się słyszeć pewien odcienu bębniasty. Z przodu po stronie lewej odgłos pod obojczykiem jest nieco wyższy, aniżeli po stronie prawej; tępość serca poczyna się u dolnego brzegu 3-go żebra i po za lewy brzeg mostka przechodzi nieznacznie; u dołu tępość ciągnie się aż do dolnego brzegu żeber, a przestrzeń półksiężycowa Traube-go zupełnie nie istnieje.

Przy wysłuchiwanie po stronie prawej znajdujemy na całej przestrzeni płuca, tak z przodu jak i z tyłu, oddech pęcherzykowy słabo zaostrozony. Po stronie lewej z przodu pod i nad obojczkiem oddech nieokreślony; toż samo znajdujemy i w okolicy nadgrzebieniowej. W okolicy podgrzebieniowej oddech staje się coraz bardziej oskrzelowy, a na miejscu odgłosu bębniastego nabiera charakteru amforycznego. W dolnych wreszcie częściach lewego płuca oddechu prawie zupełnie nie słyhać. Przy liczeniu, głosu na całej prawie przestrzeni lewego płuca nie słyhać, co się zaś drzenia klatki piersiowej tyczy, to w tym względzie nie stanowczego powiedzieć się nie daje, z powodu że chora mówi nadzwyczaj cicho i urywanym głosem. Tętno serca słabe, ale czyste.

Charakterystyczne zmiany przedstawiała plwocina; chora wyrzucała takowej dziennie około siedmiu dość dużych kufli, t. j. 1500 cent. sześciennych; zapach jej był o d r a ż a j ą c ę j, jakby kwaśnej w o n i. Po dłuższym staniu w naczyniu plwocina ta dzieli się na trzy, dość wyraźnie od siebie odgraniczone, warstwy: górna, najcięższa z nich złożona jest przeważnie ze śluzu zabarwionego brunatno, druga jest płynna, jakby surowicza, trzecia wreszcie na pierwszy rzut oka robi zupełne wrażenie r o p y. Jakoż w rzeczy samej drobnowidz wykrywa w niej znaczną ilość bezbarwnych ciałek krwi, ale prócz tego znajdujemy w niej włókna sprężyste, wzdłuż których ułożone są liczne ziarnka czarnego barwika, rozpadowe masy i krople tłuszczowe; wreszcie znajdujemy w niej także liczne wibryony i bakterye.

Inne organa ciała żadnych ważniejszych zбочeń nie przedstawiają.

Na zasadzie powyższych danych, a mianowicie wyvodu i rezultatu fizycznego badania klatki piersiowej, rozpoznano: r o p n e z a p a l e n i e o p ł u c n ę j po stronie lewej z następczým rozszerzeniem oskrzeli i częściowým zniszczeniem tkanki płucnej.

Jedyną wątpliwość w rozpoznaniu mogło stanowić to, czy mamy do czynienia z rozszerzeniem oskrzeli czy też z odną piersiową (*pneumothorax*); znaczne zapadnięcie chorej połowy klatki piersiowej, brak t. zw. „*succusio Hippocratica*“ a wreszcie brak takich objawów, któreby nam pozwoliły wnioskować o istniejącem połączeniu opłucnej z oskrzelem przechyliły rozpoznanie na stronę jamy, powstałej skutkiem rozszerzenia oskrzeli (*bronchiectasia*).

O charakterze wysięku sądzono, opierając się na niekorzystnym wpływie, jaki na płuca w szczególności i na cały organizm w ogóle wywarł, jak również na znacznej gorączce, chociaż ta ostatnia i od rozkładu płwocin w rozszerzonych oskrzelach zależeć mogła. Całą wreszcie sprawę tłumaczono sobie jako chorobę przewlekłą, która zdołała już spowodować znaczne zmiany tak w samych płucach, jak i klatce piersiowej: obecne przypadłości wydawały się tylko zaostrzeniem dawnego cierpienia. Z powodu długiego trwania choroby przypuszczano, że ilość wysięku nie może już być zbyt znaczną i dla tego zaniechano myśli o operacji, która tém bardziej przy istniejącem wyniszczeniu chorej, a co więcej przy znacznych zmianach w płucach, pomyślnych wyników dać nie mogła. Dla tego też leczenie ograniczyło się na podawaniu chorej chininy, wina i terpentyny w pigułkach, a to w celu zmniejszenia ilości wydzielanej płwociny.

Czy to pod wpływem rzeczonych środków, czy też bez względu na takowe, stan chorej zaczął się nieco poprawiać; kaszel nie był tyle męczący, płwocin było znacznie mniej, a i zapach ich nie tyle był nieprzyjemny; prócz tego rozgraniczenie na trzy warstwy nie występowało tak wyraźnie, i warstwa dolna stawała się coraz mniej obfitą.

Taki stan względnej poprawy istniał około dwóch tygodni, gdy w tém jednego dnia chora dostaje nagle silnych dreszczy, gorączka wzmaga się do $39,6^{\circ}\text{C}^{\circ}$, kaszel się powiększa, zjawiają się wymioty i ilość płwocin powraca do téj ogromnej ilości, jaka była w chwili przybycia chorej do szpitala. Nabiera ona przy tém tych samych co poprzednio własności, t. j. staje się cuchnąca i na trzy wyraźne warstwy się dzieli. Pogorszenie, w czasie którego chora znacznie na siłach opadła, istniało kilka dni, po których znowu wszystko do dawnego powracać zaczęło stanu, t. j. ropna o wiele cieńszą się stała, a natomiast zwiększyła się warstwa górna, która się składała przeważnie ze śluzu. Objawy fizyczne zawsze pozostawały bez widocznej zmiany: odgłos bębniasty znacznie przytępiony i amforyczny oddech były najważniejszymi zjawiskami.

W czasie 3-ch miesięcznego przebywania chorej w szpitalu, napady, podobne do opisanego powyżej, zjawily się cztery razy i zawsze były zupełnie do siebie podobne. W parę dni po nich chora uczuwała ulgę, ale po każdym z nich coraz bardziej upadała na siłach, tém bardziej, że gorączka po ostatnim napadzie nie spadała, ale utrzymywała się ciągle około $40^{\circ}\text{C}^{\circ}$. Wreszcie, chora znudzona długim pobytem w szpitalu, korzystając z chwilowej poprawy, wyszła do domu; w krótko jednak, bo po dwutygodniowej przerwie znowu powróciła.

Utrzymywała ona, że przez parę dni po wyjściu, stan jej był nieco lepszy, ale później duszność się znacznie powiększyła, a na tydzień przed powrotem do szpitala dostała silnych dreszczy, przy czym jednakże ilość płwocin nie wzmoęła się tak znacznie, jak to było w poprzednich napadach. Oprócz tego chora uęala się na nieznośny ból w lewej okolicy lędźwiowej i w lewej połowie brzucha.

Badanie fizyczne teraz odmienne dało nam wyniki: w prawém płucu nie znaleziono wprawdzie i teraz nie szczególnego, ale za to na całej przestrzeni lewego płuca, od góry do dołu, otrzymano odgłos zupełnie tępy, a przy wysłuchiwanu w górnej części płuca, aż do połowy łopatki słychać było wyraźny oddech i brzmienie oskrzelowe (*bronchofonia*), gdy tymczasem w dolnych częściach, szmerów oddechowych nie było wcale, podobnie nie słyszano oddechu amforycznego. Z przodu objawy były też same, t. j. stępienie pod obojczykiem i wypełnienie przestrzeni półksiężycowej Traube'go. Oprócz tego skóra lewej połowy klatki piersiowej była znacznie obrzękła, a poniżej 12 żebra istniała dość twarda i bolesna przy ucisku guzowatość. W innych organach nic nowego nie znaleziono; ciepłota dochodziła do 40°C a tętno do 120.

W następnych dniach stan chorej jeszcze bardziej się pogorszył; prócz tego guzowatość, istniejąca poniżej ostatniego żebra, powiększyła się, stała się większa i co najważniejsza, pojawiło się w niej bardzo wyraźne tętnienie, równomierne z uderzeniami serca; guz ten wreszcie przy każdym wdechanu się zmniejszał, przy wydechanu zaś, a jeszcze więcej przy kaszlu się powiększał. Wszystkie te objawy nie pozwalały wątpić, że mamy do czynienia z przedziurawieniem przepony i ropniem pozaotrzewnym, który się z jamą opłucnej łączy. Pozostawała tylko wątpliwość, czy nastąpiło przedziurawienie do jamy brzusznej, czy nie? Silna bolesność lewej połowy brzucha, obrzęk skóry tej okolicy przemawiały za takowem przypuszczeniem, dla tego też do poprzedniego rozpoznania dodano jeszcze: zapalenie charłackie (*pneumonia cachecticorum*) w szczycie lewego płuca, przedziurawienie przepony, ropień pozaotrzewny, ropne zapalenie otrzewnej. W tydzień po powtórnem przybyciu do szpitala chora zmarła.

Badanie zwłok dokonane przez Dra Przewóskiego, wykazało co następuje: po zdjęciu skóry z klatki piersiowej, z lewej strony, pomiędzy 4-ém a 5-ém żebrem, nieco na wewnątrz od linii sutkowej, ukazuje się nieco gęstej ropy, która za pomocą cienkiej przetoki z jamy opłucnej wypływa. Przy otwarciu klatki piersiowej, z jamy lewej opłucnej, wylewa się znaczna ilość cuchnącej ropy; serce znajduje się mniej więcej w prawidłowem położeniu. Lewe płuco odeiśnięte ku górze i do klatki piersiowej przyrosłe; oba listki opłucnej, tak ścienny jak i trzewiowy, silnie zgrubiałe i nierówne; ograniczają one jamę wypełnioną w zupełności gęstym ropnym wysiękiem; jama ta, za pomocą otworu, przepuszczającego palec i leżącego w tylnej części przepony pomiędzy 11-ém a 12-ém żebrem, łączy się z ropniem, znajdującym się pod

skóra w okolicy m. czworobocznego łądźwi; połączenia natomiast z jamą otrzewnej nie ma wcale, ale przepona w miejscu odpowiadającym śledzionie silnie rozmiękła i łatwo palcami rozrywać się daje. Śledziona brzegami przyrośnięta do przepony, a na górnej jej powierzchni, pomiędzy nią a przeponą, znajduje się niewielka ilość gęstej ropy.

Po oddzieleniu otrzewnej, okazuje się, że ropa wypełnia całą przestrzeń pozaotrzewną po stronie lewej i aż do grzebienia kości biodrowej wstępuje. Lewe płuco silnie przyrośnięte i z trudnością tylko oderwać się daje; górne jego części pozbawione są w zupełności powietrza, na przekroju słabo ziarniste i łatwo rozrywać się daje. W dolnych jego częściach znajduje się jama, której wielkość ściśle oznaczyć się nie daje, z powodu, że część płuca, stanowiąca jedną jej ściankę, pozostała przy klatce piersiowej; jama ta wypełniona jest śluzo-ropną wydzieliną.

Prawe płuco nie przedstawia nic szczególnego. Oba listki osierdzia t. j. ścienny i trzewiowy, sklezione na całej przestrzeni pomiędzy sobą i łatwo od siebie oddzielić się dają. Zresztą serce, zarówno jak i wszystkie inne przyrządy ciała nic szczególnego nie przedstawiają.

* * *

Badanie więc pośmiertne, jak widzimy, potwierdziło w zupełności to rozpoznanie, jakie przy życiu zrobione było, z tą tylko różnicą, że zamiast rozlanego—znaleziono tylko ograniczone ropne zapalenie otrzewnej.

Obecnie pozostaje nam jeszcze rozpatrzyć bliżej sam przebieg choroby, i wskazać, w czym takowy od zwykłego odstępuje? Jak to już powiedzieliśmy, jednym z najbardziej uderzających objawów, jakie u naszej chorej spotykano, była ogromna ilość wydzielanej plwociny. Objaw ten, t. j. znaczna ilość jej, nieprzyjemny zapach i dzielenie się na trzy, powyżej opisane warstwy, nie jest charakterystyczną cechą żadnej formy choroby; zdarza się on przy prostym rozszerzeniu oskrzeli, przy t. z. „*bronchitis putrida*,” przy zgorzeli płuc, a wreszcie i przy przedziurawieniu ropni opłucnej (*empyema*) do oskrzeli. Ale we wszystkich tych wypadkach, z wyjątkiem ostatniego, ilość jej nigdy nie dosięga tak znacznych rozmiarów, jakie u naszej chorej widzieliśmy; Juergensen ¹⁾ powiada, że chorzy z rozszerzeniem oskrzeli wydzielają czasami „aż 600 c. sz., a Trojanowski raz nawet 800 c. sz. widział,” gdy tymczasem nasza chora takowej przeszło 1500 c. sz. wydzielala. Oprócz tego sam charakter plwociny ulegał zmianom: chora mianowicie nie zawsze, lecz tylko czasami tak wiele jej wydzielala, i wtedy właśnie warstwa spodnia, t. j. ropna najobfitszą się stawała, gdy tymczasem w czasie między-
napadowym ilość jej przeszło niż o połowę się zmniejszała, a sama ona nabierała więcej charakteru śluzowego. Tych wszystkich zjawisk t. j. peryodycznego zwiększania się plwociny, czemu i ogólne objawy towarzyszyły, zwiększania się warstwy ropnej, przyjąwszy li tylko rozszerzenie oskrzeli, wytłu-

¹⁾ Handbuch der spez. Path. u. Ther. redig. v. Ziemssen T. V str. 333.

maczyć jest niepodobieństwem. Dla tego też sędzę, że mieliśmy w tym razie do czynienia z peryodycznym wydostawaniem się wysięku ropnego z opłucnej do tkanki płuc, a ztąd do oskrzeli.

Zachodzi tylko pytanie, w jaki sposób wydostawanie to ropy odbywać się mogło? Wiadomo, że ropnie opłucnej nieraz do oskrzeli się otwierają, ale wtedy objawy zupełnie różne od opisanych bywają; chorzy wtedy mianowicie nagle dostają silnego napadu kaszlu, wyrzucają jednorazowo mnóstwo ropy, a jednocześnie przy badaniu znajdujemy objawy odmy piersiowej (*pneumothorax*). Zupełnie co innego mieliśmy u naszej chorąg: napady, w których zwiększała się ilość płwociny, powtarzały się kilka razy, a co najważniejsza, odmy piersiowej ani przy życiu, ani po śmierci nie znaleziono. Należy zatem szukać innego sposobu wytłumaczenia tego objawu, a może nim być tylko ten, który przed paru laty przez Traube'go podany został. Do ostatnich prawie czasów wszyscy autorzy byli tego przekonania, że jeżeli ropień opłucnej do oskrzeli się otworzy, wtedy niezbędnie i odma piersiowa (*pneumopythorax*) powstać musi; tak sędzili dawniejsi pisarze, tegoż również zdania był i Wintrich ¹⁾. Wprawdzie Andral, Mac-Donnel i inni opisywali wypadki, w których chorzy, bez widocznego i wykazać się dającego przedziurawienia, znaczne wydzielali ilości ropnej płwociny, ale z faktu tego dokładnie zdać sobie sprawy nie umieli. Dopiero Traube w ostatnich czasach zwrócił uwagę na to, że jeżeli ropa zniszczy opłucną trzewiową, w takim razie przenika ona sobą pęcherzyki płucne i skutkiem silnego ucisku, jaki przy kaszlu ma miejsce, filtruje się niejako przez tkankę płuc i do oskrzeli się dostaje; natomiast powietrze z płuc do jamy opłucnej nie przenika dla tego, że nie ma dostatecznej siły, któraby je w kierunku opłucnej pędziła z powodu, że chora połowa klatki piersiowej we wdechaniu prawie żadnego nie bierze udziału. Traube ten sposób przedostawania się ropy do płuc uważa za częstszy aniżeli ów, przy którym ropień szerokim otworem z oskrzelem się łączy; w kilku podobnych wypadkach, po każdym napadzie kaszlu był on w stanie wykazać, że ilość wysięku się zmniejszyła. W naszym wypadku podobnego zmniejszania się wysięku na pewne wykazać nie można było, a to z powodu zawłóści objawów, jakie nam badanie fizyczne dawało; nie mniej przeto, na zasadzie całego przebiegu choroby, sędzę, że i tutaj mieliśmy do czynienia z takim nieznacznym przedziurawieniem opłucnej, o jakim Traube wspomina.

Drugą osobliwość naszego wypadku stanowi przedziurawienie przepony i wytworzenie się tętniącego guza w okolicy lędźwiowej. Przedewszystkiem zaznaczyć mi wypada, że przedziurawienie przepony i spuszczenie się ropy, czy to do jamy otrzewnej, czy to po za nią, do rzadkich należy wypadków; tego zdania był Wintrich i tak również twierdzi Fraentzel ²⁾. Najczęściej ro-

¹⁾ Handbuch d. spec. Pathol. u. Ther. redigirt v. Virchow. T. V. C. I. s. 298.

²⁾ Handbuch der spec. Pathol. u. Ther. redigirt von Ziemssen. Tom IV. C. II, str. 336.

pa przedostaje się albo na zewnątrz, tworząc t. zw. „*empyema necessitatis*” albo też toruje sobie drogę do oskrzeli. Prócz tego w wypadku naszym zasługuje na uwagę tętnienie, utworzonego skutkiem opuszczenia się ropy, guza. Objaw ten znany już był dawnym autorom: wiedział o nim Ballonius, Le Roy i Walsh, który go ochrzcił mianem: „*Pulsating Empyem*”; polega on na tém, że albo wprost ścianki klatki piersiowej, co rzadziej bywa, albo też ropnie z jamą opłucną się łączące, wypuklają się z każdym uderzeniem serca i wyraźnie tętnienie przedstawiają. Wintrich ¹⁾ tętnienie ropni, łączących się z opłucną i w pobliżu serca leżących, nawet za dość częsty uważa objaw; żeby jednak ropnie odległe od serca, jak to w naszym wypadku miało miejsce, tętnić miały—o tém nigdzie wzmianki znaleźć nie mogłem. Zobaczmy teraz, jakie warunki na powstawanie takiego tętnienia wpływają? bo że jakieś szczególne warunki tu istnieć muszą, o tém wnosimy z tego, że objaw ten bądź co bądź należy do rzadszych. Dawniejsi autorzy, a nawet Wintrich objaśnienia tego zjawiska nie podają wcale, i dopiero Traube, na zasadzie dwóch spostrzeganých wypadków, przyczyny tego objawu wynaleść się starał. Traube mianowicie powiada, że tętnienie to nie może być następstwem powiększenia się objętości serca podczas skurczu, taki bowiem przyrost miejsca nie miewa, ale wiadomo, że serce podczas skurczu przesuwa się ze strony prawej na lewą i tym sposobem wypycha w tęż stronę i płyn zebrany w jamie opłucnej.

W prawidłowym stanie ścian klatki piersiowej, opłucna ścienna, z powodu swój sprężystości, na wypuklenie się nie pozwala; jeżeli jednak zostanie ona zniszczoną, wtedy, choćby nawet ropień podskórny się nie utworzył, to i tak ścianka robi się podatniejszą i tętnienie powstać może. Jakoż w dwóch spostrzeganých wypadkach, Traube znalazł zniszczenie listka opłucnej ścienniej. Ale pomimo tego wszystkiego i to objaśnienie nie wystarcza w zupełności, albowiem gdyby tych warunków było dosyć, to powinniśmy tętnienie w t. zw. „*empyema necessitatis*” stale napotykać, gdy tymczasem wydarza się ono tylko bardzo rzadko. Dla tego też Traube przypisuje ważny wpływ na powstawanie tego zjawiska wysiękowi, jaki w obydwóch wypadkach znalazł w osierdziu; powiadając, że wraze, gdy serce otoczone jest warstwą płynu, ruchy jego swobodniej odbywać się mogą, aniżeli wtedy, kiedy o błony, choćby zupełnie gładkie, ocierać mu się wypada. Przy tych obszerniejszych ruchach serca i wysięk opłucnej bardziej w lewą stronę odpychany będzie, a tém samém i tętnienie łatwiej powstać może. To zapatrywanie się Traube'go podziela w zupełności i Fraentzel.

Co do mnie, to nie myślę 3)bynajmniej utrzymywać, aby pogląd Traube'go był fałszywy, ale poważę się twierdzić, że nie jest on jedynie możliwy. I tak, dawniejsi autorzy, mówiący o tętniących guzach przy ropnem zapaleniu opłucnej, nie wspominają wcale o wysiękach w osierdziu, a przecie rzecz ta nie uszłaby ich uwagi. A prócz tego wypadek opisany przezemnie wprost

¹⁾ l. c. str. 259.

dowodzi, że to zwiększenie ruchliwości nie jest niezbędnym warunkiem do powstawania tętnienia ropni; w naszym bowiem wypadku oba listki osierdzia sklezione były z sobą za pomocą świeżego włóknikowego wysięku, a więc nie tylko zwiększenie, ale jeszcze ograniczenie ruchów serca istnieć musiała, a pomimo tego tętnienie istniało, było bardzo wyraźne. Muszą więc jeszcze inne pomocnicze być warunki; być może, że wpływa na to szybkie powiększenie się wysięku, skutkiem czego płyn pomieścić się w jamie opłucnej nie może i łatwiej ustępuje uderzeniom serca. Że w naszym wypadku przyczyną tętnienia nie była aorta brzuszna, o tém zdaje mi się nawet mowy być nie może, zważywszy na odległość położenia.

Parę słów wspomnieć mi jeszcze wypada o istniejącem u naszej chorej zapaleniu otrzewnej. Takowe spowodowane było nie przedziurawieniem przepony, jak to przy życiu się domyślano, ale przeszło z opłucnej na otrzewną przez kanaliki sokowe, w przeponie, przez Recklinghausen'a odkryte. Zapalenie to prawdopodobnie byłoby się rozszerzyło na całą otrzewną, gdyby przyrośnięcie śledziony do otrzewnej temu na zawadzie nie stanęło.

KRONIKA.

Znaczenie chorób wątroby dla sprawy wydalania mocznika. Ponieważ najnowsze doświadczenia fizyologiczne wykazują, że mocznik wytwarza się głównie w wątrobie, mianowicie przy dokonywajacem się tu niszczeniu czerwonych krążków krwi—w następstwie czego powstaje właśnie mocznik—zajął się Brouardel dochodzeniem ilości wydalanego z moczem mocznika w rozmaitych chorobach wątroby, przyczém następujące a bardzo ciekawe okazały się wypadki:

1) W ostrym, żółtym zaniku wątroby zmniejsza się bardzo znacznie w moczu ilość mocznika, niekiedy nawet znika on zupełnie.

2) W zatruciu fosforem pomniejsza się ilość jego powoli, i pomniejszenie to staje się wyraźniejszem za każdym nowym przydatkiem trucizny.

3) W ciężkich wypadkach żółtaczkii (*Icterus gravis*) zmniejsza się najprzód ilość wydalanego mocznika, poczem pomnaża się wyraźnie ilość samego moczu, co stanowi ważny znak przesilenia choroby; wątroba zrazu pomniejszona w objętości, przybiera w tym czasie dawniejsze wymiary.

4) W pospolitej żółtaczce nie zmniejsza się ilość wydalanego mocznika, może nawet niekiedy powiększyć się — z którego to powodu ilość obecnego w moczu mocznika może być wskazówką przy rokowaniu.

5) Parkes donosi, że w wypadkach ropnia wątroby pomnaża się ilość mocznika, co jednak należy sprawdzić, albowiem ilość tego związku pomniejsza się zawsze, gdzie miąższ wątroby ulega zniszczeniu nawet przy istniejącej gorączce.

6) Ilość mocznika zmniejsza się w wypadkach kamieni żółciowych, powikłanych zatknięciem przewodu wspólnego i zniszczeniem miąższu wątroby,

i pomniejszenie to występuje zawsze jawnie w napadzie morzyska. To samo zjawisko powtarza się w przebiegu przestankowego zapalenia wątroby.

7) W marskości wątroby (*Cirrhosis*) przerostowej i zanikowej zmniejsza się ilość wydalanego mocznika.

9) W wypadkach raka wątroby lub wodunki w niej, pomniejsza się ilość mocznika z powodu zniszczenia pewnej części mięszu wątroby.

10) Przy tętniczém (czynném) przekrwieniu wątroby pomnaża się ilość wydalanego mocznika.

11) Przy morzysku ołowiowém, zwłaszcza przy pomniejszeniu objętości wątroby uszczupła się ilość mocznika, pomuaża się zaś w czasie powrotu trzewia do poprzednich wymiarów.

12) W wypadkach czasowej moczówki cukrowej (*Glykosuria*) pomnaża się ilość mocznika przez czas trwania rzeczony choroby.

13) W cukrzycy (*Diabetes mellitus*) pomnaża się ilość wydalanego mocznika bardziej, aniżeli we wszystkich innych chorobach.

Z przytoczonych postrzeżeń wynika, że ilość wydalanego mocznika zależy:

a) od całości komórek wątrobowych;

b) od stopnia (wyższego lub niższego) krążenia krwi w wątrobie.

(*Archives de physiologie—Annales d. la société de Méd. de Gand. 1877. 11.*)

Działanie stałych strumieni na znieczulenie połowicze. Dr Magnan opisuje 4 przypadki połowiczego znieczulenia: 2 u mężczyzn przy długotrwałém zatruciu wyskokowém i 2 u kobiet chorych na macinnicę. We wszystkich tych przypadkach elektryczność w ten sposób była użytą, że biegun dodatni przykładano do karku, ujemny zaś pędzelkiem opatrzony, posuwano po znieczulonej połowie ciała w kierunku podłużnym.

1. 42-letni ogrodnik, nałogowy pijak, cierpiący na epileptyczne i apoplektyczne przypadłości, dotknięty został przed trzema laty niezpełném porażeniem i znieczuleniem lewej połowy ciała. Powonienie i smak były wzmożone; wzrok zaś i słuch przeciwnie osłabione. Początkowo zastosowano 30 elementów galwanicznych, a następnie ilość tę zmniejszano do 20, 15 i wreszcie 7 elementów. Po upływie miesiąca, 7 elementów wyzywały już ból kołący w skórze. Po upływie zaś jeszcze dni 5 stan pacjenta już znacznie był polepszony, tak iż dotykane, wrażliwość na ciepłotę i na wpływy bolesne były już prawie w stanie prawidłowym, również jak i organa zmysłów. Siła mięśniowa wzmogła się także w dość znacznym stopniu.

2. 45-letni wyrobnik, podobnie nałogowo oddany pijaństwu, dostał w r. 1871 napadu apoplektycznego z porażeniem lewej połowy ciała. Później ulegał obłędowi prześladowania (*Verfolgungswahn*), w którym kilka razy usiłował pozbawić siebie życia.

Przy wstąpieniu chorego do szpitala wykazane zostało połowicze znie-

czulenie, które w przeciągu pierwszych 3 miesięcy do tego stopnia postąpiło, że nakłucie igłą, woda do 70° ogrzana, zimny marmur lub żelazo nie czyniły na chorą połowę ciała żadnego wrażenia; powonienie na lewej stronie nie istniało zupełnie; smak był znacznie osłabiony, jak również słuch i wzrok po stronie lewej; chory był pozbawiony zdolności rozróżniania kolorów. W przeciągu 4 miesięcy galwanizowano chorego w szpitalu codziennie przez 15 minut, przez co znieczulenie nieco ustąpiło, ale czynność zmysłów polepszenia nie doznała, a nawet po upływie 14 dni jeszcze się pogorszyła; wzmocniono strumień do 30—50 elementów, co też żadnych zmian nie spowodowało; przy zastosowaniu 50 elementów chory uczuwał wprawdzie dotknięcie pędzelka, ale ukłucia igłą w tych samych miejscach nie wywoływały żadnego uczucia. Mięśnie ręki i nogi kurczyły się pod wpływem strumienia, ale pacjent tych skurczów wcale nie uczuwał.

3. 21-letnia robotnica, chora od 12-roku życia na maciunicę, uległszy niezupełnemu połowiczemu bezwładowi prawej połowy ciała ze znieczuleniem tejże, została w Kwietniu r. 1877 do szpitala przyjęta. Smak po obydwóch stronach był wzmocniony; powonienie zaś przeciwnie, bardzo osłabione jak na prawej, tak też i na lewej stronie; słuch i wzrok na prawej stronie znacznie niższe. Chora doznawała częstych przypadków maciuniczych z katalepsją. — Przy użyciu 20 elementów w przeciągu 5 minut, przyczem pędzelek elektryczny (biegun ujemny) do języka był przyłożony, uczuła chora smak metaliczny, i wkrótce odzyskała zmysł smaku na obu stronach prawidłową czynność. Po zastosowaniu 30 elementów przez minut 10, ukłucia igłą czyniły na prawej stronie równie bolesne wrażenia, jak i na lewej; prawa ręka została jeszcze nieczułą; wzrok pozostał niezmiennym, prawe ucho zaś doznało polepszenia.

Zastosowana powtórnie, po upływie kilku dni, galwanizacya za pomocą 30 elementów wywarła wpływ całkiem odwrotny: smak został napowrót utracony; przykładanie pędzelka do języka wywoływało ślinienie; ukłucia igłą, przykładanie gorących i zimnych przedmiotów do języka czyniły na chorą bardzo słabe wrażenie. 15-sto minutowe zastosowanie 50 elementów na kończyny prawej strony ciała nie spowodowało żadnych zmian; znieczulenie pozostało w zupełności.

4. 20-letnia wyrobnica, od 9-go roku życia dotknięta maciuniczą padaczką (*hysteroepilepsia*), obudziła się pewnego poranku (mając wtenczas lat 17) ze znieczuleniem i bezwładem lewej połowy ciała, niemniej ze skurczeniami (*contracturae*) zginaczy górnej i dolnej kończyny. W niektórych tylko częściach (na dłoni, na stopie do kostek, w podżebrzu) na lewej stronie czucie było zachowane; w innych zaś nawet głębokie nakłucia igłą nie dawały się uczuć. Zmysł smaku był na obu stronach wzmocniony, powonienie zaś, wzrok i słuch—tylko na lewej stronie; 20 elementów uczuwały się podczas ich działania, ale bezbolesność (*analgesia*) pozostawała nawet w miejscach elektryzowanych. Powonienie, słuch i wzrok pozostały nieczynnymi; przykładanie elektrycznego pędzelka do języka nie zwracało mu czułości, tylko wywoływało ślinienie i przekrwienie brodawek. Przykładanie pędzelka do lewej skroni wy-

woływało widzenie iskier w prawém oku. Galwanizacya spowodowała swędzenie i kłucie w skórze, ale uczucia jej nie przywróciła.

Stały strumień wywarł więc skutek w jednym przypadku połowiczego znieczulenia, którego przyczyna leżała w mózgu; w 2-im zaś stan pomimo galwanizacyi się pogorszył. W jednym przypadku macinnicy stan tylko z początku się polepszył; w 2-im zaś strumień pozostał bez skutku.

Badanie wziernikiem ocznym wykryło u wszystkich tych chorych prawidłowy stan głębokich tkanek. (*Gaz. médicale de Paris. 1877. N. 20*).

Histeryczny ból oczu. Dr Schenkł, opierając się na długoletnich postrzeżeniach rozmaitych dolegliwości macinicznych, przychodzi do przekonania, że przy zmianach patologicznych w macicy i jajnikach, na których polega histerya, może być wywołaną drogą zwrotną powiększona wrażliwość nerwów czuciowych przyrządu akomodacyjnego. Z początku tylko przy dłuższem wysilaniu wzroku, a w dalszym ciągu i przy najkrótszem, np. już po minucie występuje tak w samém oku, jakoteż i około niego ból, odróżniający się od cierpienia neuralgicznego tём, że niema typowego, właściwego nerwobólom przebiegu i że może być zmniejszonym, lub nawet zupełnie uniknionym przy oszczędzeniu wzroku. Zwykle występuje ból w obu oczach, a po największój części daleko silniejszy w prawém oku. (Schenkł na 60 wypadków, obserwował 46 razy większy ból w prawém oku). Wilgoć, jako też zbyt długie trwanie miesiączki obostrzają napady; ciąża przeciwnie czyni je łagodniejszymi.

Zdolność widzenia odległych przedmiotów nie jest przytём zmniejszoną. Dotykane oka podczas paroksyzmu przyczynia się do zwiększenia bólu. Stan refrakcyi nie wywiera wpływu na rozwój cierpienia; rozległość akomodacyi zostaje nie zmienioną; wziernikiem nie wykrywamy również żadnych zmian w głębokich tkankach oka.

U niektórych chorych, wraz z bólem w oczach, pojawia się światłowstręt, światłowidztwo (*photopsia*), wymioty, zawrót głowy, a nawet konwulsje.

Przebieg choroby jest nader przewlekły; w latach przechodowych (klimakteryicznych) cierpienie znika. Najczęściej podlegają mu kobiety zamężne; niekiedy zdarza się ta choroba u nerwowych mężczyzn przy niedokrewności.

Leczenie: zachowanie oczu w stanie spokojnym; praca wymagająca nie zbyt wielkich wysileń wzroku może być dozwoloną przy użyciu szkieł wklęsłych 80—36; przy sztuczneń oświetleniu — konserwy zadymione. Strój bobrowy, waleryana, jakoteż octan cynku pozostają bez działania; chinina w wielkich dawkach przeciwnie zmniejsza niekiedy nawet silne bóle. Zakrapianie atropiną nie wywiera żadnego wpływu.

(*Prager med. Wochenschr. 1877. N. 18 i 19*).

O niekrwawych operacyach wykonywanych na języku. Przez Dra Langenbucha w Berlinie. *Archiv f. Klin. Chir. tom XXII. z. 1. p. 79—90.* Zale-

cane przez autora niekrwawe postępowanie przy operacjach wykonywanych na języku, odnosi się do usunięcia tych wrzodów i nowotworów, które się znajdują w pierwszych $\frac{2}{3}$ języka. Wykonywa się takowe, jak następuje: wielką krzywą igłę, nawleczoną mocnym jedwabiem, chwytą się w szczypczyki i w grzbiet języka w linii środkowej, 2—3 ctm. po za objętością guza, który zamierzamy usunąć, wpycha prostopadle w głąb i ztąd końcem igły określa się łuk ku bokowi w kierunku gałęzi żuchwy, aż igła nie przejdzie przez spód języka i dostanie się do jamy ustnej. Tym sposobem powstaje pętla, którą się da ściągnąć jedną połowę języka i tętnicę językową, na spodzie języka położoną. Dla lepszego przytrzymania języka autor wyprowadziwszy igłę spodem języka wprowadza ją jeszcze raz na brzegu języka od dołu ku górze, przez co połowa języka ustala się nitką w dwóch miejscach i usuwanie się języka jest niemożliwem podczas operacyi. Z brzegu zaś języka, nieobjętego pętlą, krwotok bywa nieznaczny. Z drugą połową języka postępuje się tak samo z tą tylko różnicą, że igła winna zachwytać nieco języka, już pierwszą pętlą objętego, ażeby w środku języka nie pozostał żaden wolny mostek. Tym sposobem krzyżujące się pętle ściąga się mocno i związuje; cztery ich końce służą do przytrzymywania języka podczas operacyi. Dalsza operacya nie stanowi żadnych trudności; co do sposobu operacyi, to autor zaleca najwięcej klinowate wycięcie tego kawała języka, w którym się nowotwór znajduje. Powierzchnie rany pozostają zupełnie suche i łatwo dadzą się zespolić odpowiednią ilością szwów. Po zeszyciu przecina się pętle i baczyć należy, ażeby i teraz żadnego nie było krwawienia. Przebieg następny jest lepszym aniżeli po operacyach za pomocą odgniatania lub pętli galwano-kaustycznej. Nie występuje żadne obrzmienie ani zapalenie; już po kilku dniach, po wyjęciu szwów, pacyenci jako zupełnie zdrowi opuszczają zakład, a mniejsze operacye wykonywają się nawet poliklinicznie.

S. J.

Rozbiór 80 wypadków płasawicy (*Chorea minor*). Kliniczna i patogeniczna rozmaitość płasawicy przedstawia się jasno w statystycznym zestawieniu Dra Gerharda opartem na postrzeżeniu 80 chorych tego rodzaju, które wykazało, co następuje:

Chorych w wieku mniej niż lat 10 było: 9 chłopczyków i 19 dziewczynek. W wieku lat 10—21: 18 mężczyzn i 34 kobiet.

W 27 wypadkach drgawki były ogólne; i z nich w jedenastu przeważnie występowały na stronie prawej, a w 10 przeważnie na lewej; w 21 drgawki ograniczały się wyłącznie w prawej, w 12 zaś wyłącznie na lewej stronie.

W małej tylko liczbie wypadków były drgawki jednostronne później stawały się ogólnymi, a jeszcze rzadziej pojawiały się z początku na jednej, a w dalszym przebiegu na drugiej stronie ciała.

W 25 wypadkach nie podobna było odnaleźć przyczyny choroby; w jedenastu zdarzeniach przyczyną był przestrah, w 11 reumatyzm bez cierpie-

nia serca, w 6 reumatyzm z chorobą sercową, w 6 same choroby serca, w 1 dziedziczne usposobienie, w 7 mocne bóle, w 13 wpływy psychiczne.

Autor przytacza, jako wiarogodne objaśnienia Kirkes'a co do zależności płasawicy od chorób sercowych, a mianowicie, że ostateczną przyczyną płasawicy bywa zator, tętnic mózgowych, podług Hughlings Jackson'a tętnicymózgowej średniej (*art. cerebralis media*), skutkiem czego zmienia się czynność ciała prążkowatego (*corp. striatum*).

W 68 wypadkach, w których pora roku początku choroby była oznaczona, 39 przypada na wiosnę.

W 17 wypadkach towarzyszył chorobie miejscowy bezwład; 10 razy na prawej, a 7 na lewej stronie.

U niektórych chorych występowały ruchy płasawicze tylko wtenczas, kiedy wykonywano ruchy dowolne, u innych zaś ruchy te trwały bez przerwy; nakoniec u najmniejszej liczby ustawały wtedy, kiedy wykonywano ruchy dowolne (*Mitchel*).

Mitchell rozróżnia jeden rodzaj tej choroby jako płasawicę bolesną (*chorea dolorosa*), która po większej części bywa jednostronną i jest powikłaną tym bólem w mięśniach i stawach.

Najbardziej zaleca autor leczenie roztworem Fowler'a, zwiększając dawkę codzien o jedną kroplę aż do ukazania się objawów zatrucia; wtedy dawkę należy zmniejszać stopniowo. W niektórych wypadkach, dla uniknięcia zaburzeń w żołądku, roztwór Fowler'a wstrzykiwano podskórnie.

(*The Canadian Journ. of med. Science Vol. Nr 8*).

Dr Hoar (*British medical. Journal p. 769 Decemb. 1877*) przytacza dwa przypadki ostrej płasawicy podczas gośceca stawowego, które się zakończyły śmiercią, a dotyczyły 18 i 15 letnich dziewcząt. W pierwszym przypadku płasawica wystąpiła w 9-tym dniu choroby, 13 dnia nastąpiła śmierć wśród śpiączki. W sercu można było wysłyszeć skurezowe dmuchanie, chociaż przy oględzinach pośmiertnych w zastawkach nie znaleziono żadnych zmian patologicznych. W drugim przypadku pojawiła się płasawica w czwartym tygodniu cierpienia. Po chwilowém polepszeniu nastąpiło znaczne pogorszenie i chora zmarła 55 dnia choroby. Wodan chloralu w pierwszym przypadku pozostał bez wszelkiego skutku, w drugim sprowadził ulgę i orzeźwiający sen. Stosowano dawki od 20 — 60 gramów. Po wdychaniach chloroformu uspokoiły się dwa razy gwałtowne poruszenia płasawicze. J.

Dwa przypadki jasnej ślepoty (*amaurosis*) po płonicy w jednej rodzinie — przez Dr Bagley. (*Centralzeit. f. Kinderheilkunde N. 12. 1876*).

Dwie siostry (16 i 13 lat mające), które przed ośmiu laty razem z ojcem i bratem zachorowały były na płonice, wskazywały całkowitą jasną ślepotę i wielki brak pojętności tak, iż na pytanie odpowiadały tylko „tak“ lub „nie“

i nie były zdolne żadnej wypowiedzieć myśli. Przy badaniu znaleziono jedno stajnie szerokie i nieruchome źrenice, błądź nerwów wzrokowych i na dnie oka nieregularne wytwory barwika. Objawy te wystąpiły w kilka miesięcy po płonicy i powoli doszły do stopnia, jaki przy badaniu skonstatowano. J.

Chloral w tężcu. Dr Bügelow zauważył przypadkiem, że po roztarciu w palcach kryształów chloralu, palce zostały na dłuższy czas znieczulone. — Zdarzenie to naprowadziło go na myśl, czyby miejscowy ten skutek działania chloralu nie dał się zużyć pomyślnie na uchylenie kurczów tężcowych, które powstały u jednego chorego po wbiciu sobie w nogę zardzewiałego gwoźdźcia. Jakoż rozszerzywszy ranę u wspomnianego chorego założył ją kryształami chloralu—i w pół godziny kurcze ustąpiły. Przy tēm leczeniu skończyła się też ciężka choroba tężca ze szczykościskiem pomyślnie w przeciągu paru dni.

(*American. Pract.* 1877).

Ciało obce w jamie ocznej dziecka; porażenie wszystkich mięśni ocznych, oddalenie ciała obcego; wyzdrowienie. Przez Dra Lawsona (*Centralzeitung f. Kinderheilkunde N. 12. 1878*).

U trzyletniego, zdrowego chłopca znaleziono przy lewém oku, co następuje: górna powieka opada, gałka oczna wyparta ku przodowi, oko nieruchome. Źrenica bardzo szeroka, władza widzenia, o ile się wykryć dało, stracona zupełnie. Na wewnątrz i ku dołowi w spojówce otwór przetoki, z której wypływa nieco ropy.

Matka opowiada, że dziecko przed siedmiu tygodniami padło na śpiczastą laskę, którą się bawiło; takowa miała wniknąć do oka i matka miała ją wydostać całkowicie. Po kilku dniach dziecko podnosiło coraz mniej górną powiekę i gałka stawała się coraz mniej ruchomą. Autor przeczuwając, że kawałek drzewa pozostał jeszcze w oku, na wklęstym śledniku naciał górną powiekę wzdłuż ściany oczodołu i z głębokości wydobył kawałek drzewa dość znacznej objętości. Rana zagoiła się po kilku dniach i porażenie mięśni ustąpiło po 3 tygodniach, władza widzenia jednakże nie powróciła. J.

Przeniesienie przymiotnicy (*syphilis*) przez męzkie nasienie. Przez Dra Jordana, (*Centralzeit. f. Kinderheilkunde N. 12 1878*).

Niewiasta 17-letnia porodziła w 7-mym miesiącu po ślubie żywe dziecko, które zmarło w 12 godzinach. Przebieg połogowego czasu był prawidłowy. W pięć tygodni po rozwiązaniu spostrzegł autor miedziany wyrzut na twarzy i na całym ciele, nadto ciężkie zapalenie tęczówki i gardzieli. Małżonek miał przed 1½ rokiem szankrę, od którego to czasu nie cierpiał na żadną chorobę. Przymiotnicy u dziecka nie dowiedziono wprawdzie, jednakże pewną zdaje się rzeczą, że przyczyną porodu przedwczesnego było bezpośrednio groźące

wybuchnięcie ciężkich przymiotniczych objawów u matki. 2) Młody mężczyzna, który się leczył na ropiejącą dymienicę (*bubo*) i nie miał ani szankra, ani żadnego objawu przymiotnicy, ożenił się w 18 miesięcy potem z młodą dziewczyną. W trzy miesiące po ślubie nastąpiło poronienie, a u matki pojawił się wyraźny wyrzut przymiotniczy razem z wyłysieniem. J.

Wiadomości bieżące.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** zawiadamia, że na utworzenie przy Cesar skim Uniwersytecie w Warszawie stypendyum imienia ś. p. D-ra Polikarpa Girszto w t a, złożyli w biurze Zarządu Towarzystwa dobrowolne ofiary. Z miasta W arszawy: dr Meyerson Samuel rs. 2; dr Klink Edward rs. 3; dr Baurertz Arnold rs. 5. Z prowincyi: za pośrednictwem dra Lewińskiego, p. o. Inspektora Lekarskiego gubernii Kieleckiej — lekarze, aptekarze, urzędnicy i obywatele z tejże gubernii rs. 204, a mianowicie: p. Budziszewski Konrad, aptekarz rs. 3; p. Wierzbicki Stanisław, aptekarz rs. 5; p. Kowalewski Aleksander rs. 2; p. Rajdecki Ludwik, aptekarz rs. 3; dr Słapczyński Jan rs. 3; dr Fabian Aleksander, dodatkowej ofiary rs. 10; p. Gogolewski Ignacy, obywatel rs. 5; p. Batogowski Tomasz, adwokat rs. 5; p. Stumpf Ludwik, obywatel rs. 5; p. Łuczni ków, kupiec rs. 5; p. Borkowski Antoni, urzędnik rs. 5; p. Jundził, urzędnik rs. 3; p. Dąbrowski, dyrektor banku rs. 1; p. Krenn Antoni, kupiec rs. 5; p. Siennicki Sta nisław rs. 1; X. Miller, pastor rs. 2; p. Friede, sędzia pokoju rs. 2; p. Gajerski, se kretarz sądu rs. 1; X. Ćwikliński, kanonik rs. 5; p. Skalski, kassyer banku rs. 1; p. Rzepiszewski Jakób, prezes rs. 5; p. Maliński, aptekarz rs. 5; dr Gawroński Fran ciszek, ofiary dodatkowej rs. 3; dr Rzadkowski Michał rs. 10; dr Michniewicz Feli cjan rs. 5; p. Rompalski, aptekarz rs. 5; dr Kowalczewski Karol rs. 5; p. Wilczyń ski, aptekarz rs. 2; dr Wyrzykowski Juliusz rs. 10; p. Strumpf Adam, weterynarz rs. 2; dr Dymnicki Józef rs. 3; p. Karśnicki, aptekarz rs. 3; p. Kowalski bndowniczy rs. 3; p. Ważyński, radca rs. 3; p. Sztejn bok referent rs. 1; p. Skierski, radca rs. 3; p. Kre dyt, radca rs. 3; p. Bieńkowski, obywatel rs. 5; p. Kuchciński aptekarz rs. 3; dr Gold stein Ludwik rs. 5; p. Czapiżyński, urzędnik rs. 1; dr Kahl, ofiary dodatkowej rs. 10; w imieniu ś. p. dra Stanczykiewicza rs. 1; dr Rumprecht rs. 3; p. Żolnowski, aptekarz rs. 3; dr Sulicki Jakób rs. 5; p. Janczurowicz, aptekarz rs. 2; p. Maszadro, aptekarz rs. 5; p. Pączkowski Marcełi rs. 3; p. Grubecki, professor rs. 1 i p. Kwietniewski, aptekarz rs. 5. Wogóle od dnia 5 Lutego r. b. jako daty rozpoczęcia przyjmowania ofiar, do dnia 27 Maja otrzymano w biurze Zarządu Towarzystwa Lekarskiego rs. 2892 kop. 45. Prezes Towarzystwa, *Dr Hoyer*. Sekretarz stały, *Dr Szokalski*.

Wykaz tygodniowy ruchu ludności miasta Warszawy,

za czas od 19-go do 25-go Maja 1878 r.

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

W upłynionym tygod. urodziło się dzieci religii prawosławnej praw. małż.	7	niepr.	1
religii rzymsko-katolickiej	90	„	28
„ protestanckiej	12	„	1
„ mojżeszowej	73	„	1

Razem praw. małż. 182 niepr. 31

W tymże tygodniu umarło w skutek ospy 42, odry 4, płonicy 2, durzycy 6, błonicy 1, chor. połogowych 1, zapalenia oskrzeli i płuc 27, suchot pł. 30, niezytu kiszek 30, wiądu schyłkowego 12, samobójstwa —, zabójstwa —, rozmaitych chorób 67, niewiadomych przyczyn 10. W ogóle mężczyzn 124, kobiet 108, razem umarło 232, poprzedniego tygodnia 250.

W stosunku do 1000 mieszkańców wynosi śmiertelność roczna 38.28.

Zawarto małżeństw w ubiegłym tygodniu 47.

OD REDAKCYI.

Gazeta Lekarska wychodzić będzie w drugim półroczu 1878 r. t. j. w trzynastym roku istnienia, w tym samym jak dotąd porządku i kierunku, z przeważnym uwzględnieniem potrzeb praktycznego lekarza. Przy wzmagającej się jednak liczbie prenumeratorów postanowiliśmy powiększyć ramy pisma i zmienić dotychczasowy format ósemkowy Gazety na ćwiartkowy (*in quarto majori*), przyczem cena prenumeracyjna pozostaje niezmienną i wynosić będzie w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50; z przesyłką na prowincję i do Cesarstwa (prenumerowana w Biurze Redakcyi) rocznie rs. 6, półrocznie rsr. 3.

Biblioteka Umiejętności Lekarskich wychodzi peryodycznie po 200 arkuszy druku na rok, i nabyć ją można drogą prenumeraty rocznej po rs. 20, półrocznej po rs. 10, albo też pojedynczymi tomami lub zeszytami.

Dziela programem Biblioteki Um. Lek. objęte, których druk ukończonym został, nabywać można oddzielnie u Wydawcy Gazety Lekarskiej, przyczem od cen oznaczonych w katalogu odstępuje się dla biorących wszystkie wyszłe dzieła, lub też w znacznych partjach — po 30%; dla biorących zaś w mniejszych partjach lub pojedynczymi dziełami — po 15%, z przesyłką kosztem Redakcyi.

Kalendarz Lekarski podobnie jak w zeszłych latach będzie wydany i na rok 1879, z tą różnicą, że druk jego ukończony zostanie nie później jak w miesiącu Listopadzie r. b. Z powodu zupełnego wyczerpania Kalendarza na r. b. i skutkiem tego niemożności zaspokojenia licznych żądań, Redakcyja, mając zamiar uskutecznić nakład w liczbie egzemplarzy w przybliżeniu odpowiedniej zażądaniom — najuprzejmiej uprasza Sz. Prenumeratorów życzących nabyć Kalendarz, ażeby przy odnowieniu prenumeraty na drugie półrocze Gazety Lekarskiej, wraz z prenumeracyjnymi pieniędzmi, raczyli nadsyłać rs. 1 na Kalendarz, który bezzwłocznie po wyjściu będzie Im wysłany.

Wkońcu Redakcyja ma zaszczyt zawiadomić Sz. Prenumeratorów, iż obowiązkiem jej będzie wszelkie zażalenia na nieakuratność w odbieraniu Gazety (choćby to pochodziło i nie z winy Redakcyi), jak najrychlej załatwiać. *Dla uniknięcia przeto zwłoki w otrzymaniu, szczególnie pierwszych numerów Gazety, i wynikających z tego powodu uciążliwych i zbytecznych dla obu stron korespondencyi, prosimy najuprzejmiej prenumeratę nadsyłać wcześniej i to wprost na imię Wydawcy pod niżej wskazanym adresem, zaś w sprawach literackich odnosić się do Redaktora Prof. D-ra Łuczkiwicza, (Nowy-Swiat Nr. 15).*

Redaktor odpowiedzialny, Prof. Dr Łuczkiwicz.

Wydawca, Szymkiewicz.

Redakcyja Gazety Lekarskiej, 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, 25 Мая (6 Юня) 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 redakcyi (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).

TREŚĆ: Z klin. terap. prof. Lewitskiego. Ropne zapalenie opłucnej. Przedziurawienie przepony. ropień pozaotrzewny. T. Dunin.—Kronika: Znaczenie chorób wątroby dla sprawy wydalania moczu.—Działanie stałych strumieni na znieczulenie.—Histeryczny ból oczu.—O niekrwawych operac. wykonyw. na języku.—Rozbiór 80 wypad. płasawicy.—Dwa przypadki ostrój płas. podczas goścecia staw.—Jasna ślep. (*amaurosis*) po płonicy.—Chlor w tęczu.—Ciało obce w jamie ocznej dziecka; poraż. wszystkich mięści ocznych, oddal. ciała obcego; wyzdr.—Przenies. przym. (*sypilis*) przez męskie nasienie.—Wiadomości bieżące.—Wykaz tygodniowy ruchu ludności m. Warsz.—Od Redakcyi.—Dodatek: Historji Medycyny ark. 17. Anatomii patologicznej ark. 2. Anatomii opisowej ark. 19. Fizyki Lekarskiej ark. 19.—Dzieje i znaczenie przeciwpasożytnego leczenia ran. R. Jasiński. (Dalszy ciąg).—Ogł. far. lek.

Z kliniki terapeutycznej prof. Lewitskiego.

Ropne zapalenie opłucnej.—Przedziurawienie przepony.—Ropień pozaotrzewny.

Opisał Dr Teodor Dunin, Assystent Kliniki.

Ropne zapalenie opłucnej bynajmniej do rzadkich nie należy wypadków, i każdy lekarz corocznie z kilkoma podobnemi się spotyka; jeżeli pomimo to postanowiłem ogłosić następujący opis, czynię to dla tego, że przedstawia on pewne dość rzadkie zбочenia w przebiegu i zejściu choroby.

Do kliniki chorób wewnętrznych prof. Lewitskiego przybyła 11 Grudnia 1877 r. chora Dzik Rozalia, wieku lat 23 mająca; opowiada ona, że rodzice jej poumierali już dawno, ojciec z niewiadomój dla niej przyczyny, a matka na tyfus. Sama chora siedm lat temu przebyła tyfus, i zresztą, chociaż zawsze była wątła, nie chorowała wcale; dopiero parę miesięcy temu dostała silnego kłucia w lewym boku i kaszlu, przyczem, o ile się zdaje, gorączkowała; przyzwany lekarz, oprócz lekarstwa, kazał jej stawiać po kilkakrotnie bańki. Po niejakiem czasie chora poczuła ulgę, mogła zajmować się pracą; kaszel jednak pozostawał i chora wyraźnie tracić zaczęła siły i zdrowie.

Na cztery dni przed przybyciem do kliniki, chora dostała małych, lecz kilkakrotnie powtarzających się dreszczyków, silnego kłucia w lewym boku i na co szczególną zwraca uwagę, z kaszlem wydzielać zaczęła znaczną ilość śmierdzącej płwociny.

Przedmiotowe badanie wykazało, co następuje: chora małego wzrostu, wątłej budowy i silnie wyniszczona; skóra zzieleniała, mięśnie wiotkie, a błony śluzowe blade. Klatka piersiowa nieprawidłowego kształtu; lewa mianowicie

połowa wyraźnie zapadnięta, lewa łopatka odstaje od kręgosłupa, całe ramię opuszczone na dół, a przestrzenie międzyżebrowe znacznie węższe, aniżeli po stronie prawej (*rétrécissement thoracique*).

Ruchy oddechowe przyspieszone (40 na minutę), przyczem klatka piersiowa po stronie lewej o wiele mniej się porusza, aniżeli po stronie prawej; chora przeważnie leży na lewym boku i każda zmiana położenia wywołuje napad kaszlu i duszności.

• Ciepłota ciała wynosi 39,6, tętno słabe, uderza 120 razy na minutę.

Przy opukiwaniu klatki piersiowej z prawej strony nie znajdujemy nic szczególnego; natomiast po stronie lewej z tyłu stępienie odgłosu niebębnistego poczyna się od grzebienia łopatki i zaraz powyżej jej kąta w zupełną tępość przechodzi. Około kąta łopatki, chociaż odgłos jest silnie stępiony, to jednak szczególnie przy mocniejszym opukiwaniu, daje się słyszeć pewien odcienu bębniasty. Z przodu po stronie lewej odgłos pod obojczykiem jest nieco wyższy, aniżeli po stronie prawej; tępość serca poczyna się u dolnego brzegu 3-go żebra i po za lewy brzeg mostka przechodzi nieznacznie; u dołu tępość ciągnie się aż do dolnego brzegu żeber, a przestrzeń półksiężycowa Traube-go zupełnie nie istnieje.

Przy wysłuchiwanie po stronie prawej znajdujemy na całej przestrzeni płuca, tak z przodu jak i z tyłu, oddech pęcherzykowy słabo zaostrowany. Po stronie lewej z przodu pod i nad obojczykiem oddech nieokreślony; toż samo znajdujemy i w okolicy nadgrzebieniowej. W okolicy podgrzebieniowej oddech staje się coraz bardziej oskrzelowy, a na miejscu odgłosu bębniastego nabiera charakteru amforycznego. W dolnych wreszcie częściach lewego płuca oddechu prawie zupełnie nie słyhać. Przy liczeniu, głosu na całej prawie przestrzeni lewego płuca nie słyhać, co się zaś drzenia klatki piersiowej tyczy, to w tym względzie nie stanowczego powiedzieć się nie daje, z powodu że chora mówi nadzwyczaj cicho i urywanym głosem. Tętno serca słabe, ale czyste.

Charakterystyczne zmiany przedstawiała plwocina; chora wyrzucała takowej dziennie około siedmiu dość dużych kufli, t. j. 1500 cent. sześciennych; zapach jej był o d r a ż a j ą c ę j, jakby kwaśnej w o n i. Po dłuższym staniu w naczyniu plwocina ta dzieli się na trzy, dość wyraźnie od siebie odgraniczone, warstwy: górna, najcięższa z nich złożona jest przeważnie ze śluzu zabarwionego brunatno, druga jest płynna, jakby surowicza, trzecia wreszcie na pierwszy rzut oka robi zupełne wrażenie r o p y. Jakoż w rzeczy samej drobnowidz wykrywa w niej znaczną ilość bezbarwnych ciałek krwi, ale prócz tego znajdujemy w niej włókna sprężyste, wzdłuż których ułożone są liczne ziarnka czarnego barwika, rozpadowe masy i krople tłuszczowe; wreszcie znajdujemy w niej także liczne wibryony i bakterye.

Inne organa ciała żadnych ważniejszych zбочeń nie przedstawiają.

Na zasadzie powyższych danych, a mianowicie wyvodu i rezultatu fizycznego badania klatki piersiowej, rozpoznano: r o p n e z a p a l e n i e o p ł u c n ę j po stronie lewej z następczým rozszerzeniem oskrzeli i częściowým zniszczeniem tkanki płucnej.

Jedyną wątpliwość w rozpoznaniu mogło stanowić to, czy mamy do czynienia z rozszerzeniem oskrzeli czy też z odną piersiową (*pneumothorax*); znaczne zapadnięcie chorej połowy klatki piersiowej, brak t. zw. „*succusio Hippocratica*“ a wreszcie brak takich objawów, któreby nam pozwoliły wnioskować o istniejącem połączeniu opłucnej z oskrzelem przechyliły rozpoznanie na stronę jamy, powstałej skutkiem rozszerzenia oskrzeli (*bronchiectasia*).

O charakterze wysięku sądzono, opierając się na niekorzystnym wpływie, jaki na płuca w szczególności i na cały organizm w ogóle wywarł, jak również na znacznej gorączce, chociaż ta ostatnia i od rozkładu płwocin w rozszerzonych oskrzelach zależeć mogła. Całą wreszcie sprawę tłumaczono sobie jako chorobę przewlekłą, która zdołała już spowodować znaczne zmiany tak w samych płucach, jak i klatce piersiowej: obecne przypadłości wydawały się tylko zaostrzeniem dawnego cierpienia. Z powodu długiego trwania choroby przypuszczano, że ilość wysięku nie może już być zbyt znaczną i dla tego zaniechano myśli o operacji, która tém bardziej przy istniejącem wyniszczeniu chorej, a co więcej przy znacznych zmianach w płucach, pomyślnych wyników dać nie mogła. Dla tego też leczenie ograniczyło się na podawaniu chorej chininy, wina i terpentyny w pigułkach, a to w celu zmniejszenia ilości wydzielanej płwociny.

Czy to pod wpływem rzeczonych środków, czy też bez względu na takowe, stan chorej zaczął się nieco poprawiać; kaszel nie był tyle męczący, płwocin było znacznie mniej, a i zapach ich nie tyle był nieprzyjemny; prócz tego rozgraniczenie na trzy warstwy nie występowało tak wyraźnie, i warstwa dolna stawała się coraz mniej obfitą.

Taki stan względnej poprawy istniał około dwóch tygodni, gdy w tém jednego dnia chora dostaje nagle silnych dreszczy, gorączka wzmaga się do $39,6^{\circ}\text{C}$, kaszel się powiększa, zjawiają się wymioty i ilość płwocin powraca do téj ogromnej ilości, jaka była w chwili przybycia chorej do szpitala. Nabiera ona przy tém tych samych co poprzednio własności, t. j. staje się cuchnąca i na trzy wyraźne warstwy się dzieli. Pogorszenie, w czasie którego chora znacznie na siłach opadła, istniało kilka dni, po których znowu wszystko do dawnego powracać zaczęło stanu, t. j. ropna o wiele cieńszą się stała, a natomiast zwiększyła się warstwa górna, która się składała przeważnie ze śluzu. Objawy fizyczne zawsze pozostawały bez widocznej zmiany: odgłos bębniasty znacznie przytępiony i amforyczny oddech były najważniejszymi zjawiskami.

W czasie 3-ch miesięcznego przebywania chorej w szpitalu, napady, podobne do opisanego powyżej, zjawily się cztery razy i zawsze były zupełnie do siebie podobne. W parę dni po nich chora uczuwała ulgę, ale po każdym z nich coraz bardziej upadała na siłach, tém bardziej, że gorączka po ostatnim napadzie nie spadała, ale utrzymywała się ciągle około 40°C . Wreszcie, chora znudzona długim pobytem w szpitalu, korzystając z chwilowej poprawy, wyszła do domu; w krótko jednak, bo po dwutygodniowej przerwie znowu powróciła.

Utrzymywała ona, że przez parę dni po wyjściu, stan jej był nieco lepszy, ale później duszność się znacznie powiększyła, a na tydzień przed powrotem do szpitala dostała silnych dreszczy, przy czym jednakże ilość płwocin nie wzmoęła się tak znacznie, jak to było w poprzednich napadach. Oprócz tego chora uęala się na nieznośny ból w lewej okolicy lędźwiowej i w lewej połowie brzucha.

Badanie fizyczne teraz odmienne dało nam wyniki: w prawém płucu nie znaleziono wprawdzie i teraz nie szczególnego, ale za to na całej przestrzeni lewego płuca, od góry do dołu, otrzymano odgłos zupełnie tępy, a przy wysłuchiwanu w górnej części płuca, aż do połowy łopatki słychać było wyraźny oddech i brzmienie oskrzelowe (*bronchofonia*), gdy tymczasem w dolnych częściach, szmerów oddechowych nie było wcale, podobnie nie słyszano oddechu amforycznego. Z przodu objawy były też same, t. j. stępienie pod obojczykiem i wypełnienie przestrzeni półksiężycowej Traube'go. Oprócz tego skóra lewej połowy klatki piersiowej była znacznie obrzękła, a poniżej 12 żebra istniała dość twarda i bolesna przy ucisku guzowatość. W innych organach nic nowego nie znaleziono; ciepłota dochodziła do 40°C a tętno do 120.

W następnych dniach stan chorej jeszcze bardziej się pogorszył; prócz tego guzowatość, istniejąca poniżej ostatniego żebra, powiększyła się, stała się większa i co najważniejsza, pojawiło się w niej bardzo wyraźne tętnienie, równomierne z uderzeniami serca; guz ten wreszcie przy każdym wdechaniu się zmniejszał, przy wydechaniu zaś, a jeszcze więcej przy kaszlu się powiększał. Wszystkie te objawy nie pozwalały wątpić, że mamy do czynienia z przedziurawieniem przepony i ropniem pozaotrzewnym, który się z jamą opłucnej łączy. Pozostawała tylko wątpliwość, czy nastąpiło przedziurawienie do jamy brzusznej, czy nie? Silna bolesność lewej połowy brzucha, obrzęk skóry tej okolicy przemawiały za takowem przypuszczeniem, dla tego też do poprzedniego rozpoznania dodano jeszcze: zapalenie charłackie (*pneumonia cachecticorum*) w szczycie lewego płuca, przedziurawienie przepony, ropień pozaotrzewny, ropne zapalenie otrzewnej. W tydzień po powtórnem przybyciu do szpitala chora zmarła.

Badanie zwłok dokonane przez Dra Przewóskiego, wykazało co następuje: po zdjęciu skóry z klatki piersiowej, z lewej strony, pomiędzy 4-ém a 5-ém żebrem, nieco na wewnątrz od linii sutkowej, ukazuje się nieco gęstej ropy, która za pomocą cienkiej przetoki z jamy opłucnej wypływa. Przy otwarciu klatki piersiowej, z jamy lewej opłucnej, wylewa się znaczna ilość cuchnącej ropy; serce znajduje się mniej więcej w prawidłowem położeniu. Lewe płuco odeiśnięte ku górze i do klatki piersiowej przyrosłe; oba listki opłucnej, tak ścienny jak i trzewiowy, silnie zgrubiałe i nierówne; ograniczają one jamę wypełnioną w zupełności gęstym ropnym wysiękiem; jama ta, za pomocą otworu, przepuszczającego palec i leżącego w tylnej części przepony pomiędzy 11-ém a 12-ém żebrem, łączy się z ropniem, znajdującym się pod

skóra w okolicy m. czworobocznego łądźwi; połączenia natomiast z jamą otrzewnej nie ma wcale, ale przepona w miejscu odpowiadającym śledzionie silnie rozmiękła i łatwo palcami rozrywać się daje. Śledziona brzegami przyrośnięta do przepony, a na górnej jej powierzchni, pomiędzy nią a przeponą, znajduje się niewielka ilość gęstej ropy.

Po oddzieleniu otrzewnej, okazuje się, że ropa wypełnia całą przestrzeń pozaotrzewną po stronie lewej i aż do grzebienia kości biodrowej wstępuje. Lewe płuco silnie przyrośnięte i z trudnością tylko oderwać się daje; górne jego części pozbawione są w zupełności powietrza, na przekroju słabo ziarniste i łatwo rozrywać się daje. W dolnych jego częściach znajduje się jama, której wielkość ściśle oznaczyć się nie daje, z powodu, że część płuca, stanowiąca jedną jej ściankę, pozostała przy klatce piersiowej; jama ta wypełniona jest śluzo-ropną wydzieliną.

Prawe płuco nie przedstawia nic szczególnego. Oba listki osierdzia t. j. ścienny i trzewiowy, sklejone na całej przestrzeni pomiędzy sobą i łatwo od siebie oddzielić się dają. Zresztą serce, zarówno jak i wszystkie inne przyrządy ciała nic szczególnego nie przedstawiają.

* * *

Badanie więc pośmiertne, jak widzimy, potwierdziło w zupełności to rozpoznanie, jakie przy życiu zrobione było, z tą tylko różnicą, że zamiast rozlanego—znaleziono tylko ograniczone ropne zapalenie otrzewnej.

Obecnie pozostaje nam jeszcze rozpatrzyć bliżej sam przebieg choroby, i wskazać, w czym takowy od zwykłego odstępuje? Jak to już powiedzieliśmy, jednym z najbardziej uderzających objawów, jakie u naszej chorej spotykano, była ogromna ilość wydzielanej plwociny. Objaw ten, t. j. znaczna ilość jej, nieprzyjemny zapach i dzielenie się na trzy, powyżej opisane warstwy, nie jest charakterystyczną cechą żadnej formy choroby; zdarza się on przy prostym rozszerzeniu oskrzeli, przy t. z. „*bronchitis putrida*,” przy zgorzeli płuc, a wreszcie i przy przedziurawieniu ropni opłucnej (*empyema*) do oskrzeli. Ale we wszystkich tych wypadkach, z wyjątkiem ostatniego, ilość jej nigdy nie dosięga tak znacznych rozmiarów, jakie u naszej chorej widzieliśmy; Juergensen ¹⁾ powiada, że chorzy z rozszerzeniem oskrzeli wydzielają czasami „aż 600 c. sz., a Trojanowski raz nawet 800 c. sz. widział,” gdy tymczasem nasza chora takowej przeszło 1500 c. sz. wydzielała. Oprócz tego sam charakter plwociny ulegał zmianom: chora mianowicie nie zawsze, lecz tylko czasami tak wiele jej wydzielała, i wtedy właśnie warstwa spodnia, t. j. ropna najobfitszą się stawała, gdy tymczasem w czasie między-
napadowym ilość jej przeszło niż o połowę się zmniejszała, a sama ona nabierała więcej charakteru śluzowego. Tych wszystkich zjawisk t. j. peryodycznego zwiększania się plwociny, czemu i ogólne objawy towarzyszyły, zwiększania się warstwy ropnej, przyjąwszy li tylko rozszerzenie oskrzeli, wytłu-

¹⁾ Handbuch der spez. Path. u. Ther. redig. v. Ziemssen T. V str. 333.

maczyć jest niepodobieństwem. Dla tego też sądzę, że mieliśmy w tym razie do czynienia z peryodycznym wydostawaniem się wysięku ropnego z opłucnej do tkanki płuc, a ztąd do oskrzeli.

Zachodzi tylko pytanie, w jaki sposób wydostawanie to ropy odbywać się mogło? Wiadomo, że ropnie opłucnej nieraz do oskrzeli się otwierają, ale wtedy objawy zupełnie różne od opisanych bywają; chorzy wtedy mianowicie nagle dostają silnego napadu kaszlu, wyrzucają jednorazowo mnóstwo ropy, a jednocześnie przy badaniu znajdujemy objawy odmy piersiowej (*pneumothorax*). Zupełnie co innego mieliśmy u naszej chorej: napady, w których zwiększała się ilość płwociny, powtarzały się kilka razy, a co najważniejsza, odmy piersiowej ani przy życiu, ani po śmierci nie znaleziono. Należy zatem szukać innego sposobu wytłumaczenia tego objawu, a może nim być tylko ten, który przed paru laty przez Traube'go podany został. Do ostatnich prawie czasów wszyscy autorzy byli tego przekonania, że jeżeli ropień opłucnej do oskrzeli się otworzy, wtedy niezbędnie i odma piersiowa (*pneumopythorax*) powstać musi; tak sądzili dawniejsi pisarze, tegoż również zdania był i Wintrich¹⁾. Wprawdzie Andral, Mac-Donnel i inni opisywali wypadki, w których chorzy, bez widocznego i wykazać się dającego przedziurawienia, znaczne wydzielali ilości ropnej płwociny, ale z faktu tego dokładnie zdać sobie sprawy nie umieli. Dopiero Traube w ostatnich czasach zwrócił uwagę na to, że jeżeli ropa zniszczy opłucną trzewiową, w takim razie przenika ona sobą pęcherzyki płucne i skutkiem silnego ucisku, jaki przy kaszlu ma miejsce, filtruje się niejako przez tkankę płuc i do oskrzeli się dostaje; natomiast powietrze z płuc do jamy opłucnej nie przenika dla tego, że nie ma dostatecznej siły, któraby je w kierunku opłucnej pędziła z powodu, że chora połowa klatki piersiowej we wdechaniu prawie żadnego nie bierze udziału. Traube ten sposób przedostawania się ropy do płuc uważa za częstszy aniżeli ów, przy którym ropień szerokim otworem z oskrzelem się łączy; w kilku podobnych wypadkach, po każdym napadzie kaszlu był on w stanie wykazać, że ilość wysięku się zmniejszyła. W naszym wypadku podobnego zmniejszania się wysięku na pewne wykazać nie można było, a to z powodu zawłości objawów, jakie nam badanie fizyczne dawało; nie mniej przeto, na zasadzie całego przebiegu choroby, sądzę, że i tutaj mieliśmy do czynienia z takim nieznacznym przedziurawieniem opłucnej, o jakim Traube wspomina.

Drugą osobliwość naszego wypadku stanowi przedziurawienie przepony i wytworzenie się tętniącego guza w okolicy lędźwiowej. Przedewszystkiem zaznaczyć mi wypada, że przedziurawienie przepony i spuszczenie się ropy, czy to do jamy otrzewnej, czy to po za nią, do rzadkich należy wypadków; tego zdania był Wintrich i tak również twierdzi Fraentzel²⁾. Najczęściej ro-

¹⁾ Handbuch d. spec. Pathol. u. Ther. redigirt v. Virchow. T. V. C. I. s. 298.

²⁾ Handbuch der spec. Pathol. u. Ther. redigirt von Ziemssen. Tom IV. C. II, str. 336.

pa przedostaje się albo na zewnątrz, tworząc t. zw. „*empyema necessitatis*” albo też toruje sobie drogę do oskrzeli. Prócz tego w wypadku naszym zasługuje na uwagę tętnienie, utworzonego skutkiem opuszczenia się ropy, guza. Objaw ten znany już był dawnym autorom: wiedział o nim Ballonius, Le Roy i Walsh, który go ochrzcił mianem: „*Pulsating Empyem*”; polega on na tém, że albo wprost ścianki klatki piersiowej, co rzadziej bywa, albo też ropnie z jamą opłucną się łączące, wypuklają się z każdym uderzeniem serca i wyraźnie tętnienie przedstawiają. Wintrich ¹⁾ tętnienie ropni, łączących się z opłucną i w pobliżu serca leżących, nawet za dość częsty uważa objaw; żeby jednak ropnie odległe od serca, jak to w naszym wypadku miało miejsce, tętnić miały—o tém nigdzie wzmianki znaleźć nie mogłem. Zobaczmy teraz, jakie warunki na powstawanie takiego tętnienia wpływają? bo że jakieś szczególne warunki tu istnieć muszą, o tém wnosimy z tego, że objaw ten bądź co bądź należy do rzadszych. Dawniejsi autorzy, a nawet Wintrich objaśnienia tego zjawiska nie podają wcale, i dopiero Traube, na zasadzie dwóch spostrzeganych wypadków, przyczyny tego objawu wynaleść się starał. Traube mianowicie powiada, że tętnienie to nie może być następstwem powiększenia się objętości serca podczas skurczu, taki bowiem przyrost miejsca nie miewa, ale wiadomo, że serce podczas skurczu przesuwa się ze strony prawej na lewą i tym sposobem wypycha w tęż stronę i płyn zebrany w jamie opłucnej.

W prawidłowym stanie ścian klatki piersiowej, opłucna ścienna, z powodu swój sprężystości, na wypuklenie się nie pozwala; jeżeli jednak zostanie ona zniszczoną, wtedy, choćby nawet ropień podskórny się nie utworzył, to i tak ścianka robi się podatniejszą i tętnienie powstać może. Jakoż w dwóch spostrzeganych wypadkach, Traube znalazł zniszczenie listka opłucnej ścienniej. Ale pomimo tego wszystkiego i to objaśnienie nie wystarcza w zupełności, albowiem gdyby tych warunków było dosyć, to powinniśmy tętnienie w t. zw. „*empyema necessitatis*” stale napotykać, gdy tymczasem wydarza się ono tylko bardzo rzadko. Dla tego też Traube przypisuje ważny wpływ na powstawanie tego zjawiska wysiękowi, jaki w obydwóch wypadkach znalazł w osierdziu; powiadając, że wraże, gdy serce otoczone jest warstwą płynu, ruchy jego swobodniej odbywać się mogą, aniżeli wtedy, kiedy o błony, choćby zupełnie gładkie, ocierać mu się wypada. Przy tych obszerniejszych ruchach serca i wysięk opłucnej bardziej w lewą stronę odpychany będzie, a tém samem i tętnienie łatwiej powstać może. To zapatrywanie się Traube'go podziela w zupełności i Fraentzel.

Co do mnie, to nie myślę 3)bynajmniej utrzymywać, aby pogląd Traube'go był fałszywy, ale poważę się twierdzić, że nie jest on jedynie możliwy. I tak, dawniejsi autorzy, mówiący o tętniących guzach przy ropnem zapaleniu opłucnej, nie wspominają wcale o wysiękach w osierdziu, a przecie rzecz ta nie uszłaby ich uwagi. A prócz tego wypadek opisany przezemnie wprost

¹⁾ l. c. str. 259.

dowodzi, że to zwiększenie ruchliwości nie jest niezbędnym warunkiem do powstawania tętnienia ropni; w naszym bowiem wypadku oba listki osierdzia sklejone były z sobą za pomocą świeżego włóknikowego wysięku, a więc nie tylko zwiększenie, ale jeszcze ograniczenie ruchów serca istnieć musiała, a pomimo tego tętnienie istniało, było bardzo wyraźne. Muszą więc jeszcze inne pomocnicze być warunki; być może, że wpływa na to szybkie powiększenie się wysięku, skutkiem czego płyn pomieścić się w jamie opłucnej nie może i łatwiej ustępuje uderzeniom serca. Że w naszym wypadku przyczyną tętnienia nie była aorta brzuszna, o tém zdaje mi się nawet mowy być nie może, zważywszy na odległość położenia.

Parę słów wspomnieć mi jeszcze wypada o istniejącem u naszej chorób zapaleniu otrzewnej. Takowe spowodowane było nie przedziurawieniem przepony, jak to przy życiu się domyślano, ale przeszło z opłucnej na otrzewną przez kanaliki sokowe, w przeponie, przez Recklinghausen'a odkryte. Zapalenie to prawdopodobnie byłoby się rozszerzyło na całą otrzewną, gdyby przyrośnięcie śledziony do otrzewnej temu na zawadzie nie stanęło.

KRONIKA.

Znaczenie chorób wątroby dla sprawy wydalania mocznika. Ponieważ najnowsze doświadczenia fizyologiczne wykazują, że mocznik wytwarza się głównie w wątrobie, mianowicie przy dokonywajacem się tu niszczeniu czerwonych krążków krwi—w następstwie czego powstaje właśnie mocznik—zajął się Brouardel dochodzeniem ilości wydalanego z moczem mocznika w rozmaitych chorobach wątroby, przyczém następujące a bardzo ciekawe okazały się wypadki:

1) W ostrym, żółtym zaniku wątroby zmniejsza się bardzo znacznie w moczu ilość mocznika, niekiedy nawet znika on zupełnie.

2) W zatruciu fosforem pomniejsza się ilość jego powoli, i pomniejszenie to staje się wyraźniejszem za każdym nowym przydatkiem trucizny.

3) W ciężkich wypadkach żółtaczki (*Icterus gravis*) zmniejsza się najprzód ilość wydalanego mocznika, poczem pomnaża się wyraźnie ilość samego moczu, co stanowi ważny znak przesilenia choroby; wątroba zrazu pomniejszona w objętości, przybiera w tym czasie dawniejsze wymiary.

4) W pospolitej żółtaczce nie zmniejsza się ilość wydalanego mocznika, może nawet niekiedy powiększyć się — z którego to powodu ilość obecnego w moczu mocznika może być wskazówką przy rokowaniu.

5) Parkes donosi, że w wypadkach ropnia wątroby pomnaża się ilość mocznika, co jednak należy sprawdzić, albowiem ilość tego związku pomniejsza się zawsze, gdzie miąższ wątroby ulega zniszczeniu nawet przy istniejącej gorączce.

6) Ilość mocznika zmniejsza się w wypadkach kamieni żółciowych, powikłanych zatknięciem przewodu wspólnego i zniszczeniem miąższu wątroby,

i pomniejszenie to występuje zawsze jawnie w napadzie morzyska. To samo zjawisko powtarza się w przebiegu przestankowego zapalenia wątroby.

7) W marskości wątroby (*Cirrhosis*) przerostowej i zanikowej zmniejsza się ilość wydalanego mocznika.

9) W wypadkach raka wątroby lub wodunki w niej, pomniejsza się ilość mocznika z powodu zniszczenia pewnej części mięszu wątroby.

10) Przy tętniczém (czynném) przekrwieniu wątroby pomnaża się ilość wydalanego mocznika.

11) Przy morzysku ołowiowém, zwłaszcza przy pomniejszeniu objętości wątroby uszczupła się ilość mocznika, pomuaża się zaś w czasie powrotu trzewia do poprzednich wymiarów.

12) W wypadkach czasowej moczówki cukrowej (*Glykosuria*) pomnaża się ilość mocznika przez czas trwania rzeczony choroby.

13) W cukrzycy (*Diabetes mellitus*) pomnaża się ilość wydalanego mocznika bardziej, aniżeli we wszystkich innych chorobach.

Z przytoczonych postrzeżeń wynika, że ilość wydalanego mocznika zależy:

a) od całości komórek wątrobowych;

b) od stopnia (wyższego lub niższego) krążenia krwi w wątrobie.

(*Archives de physiologie—Annales d. la société de Méd. de Gand. 1877. 11.*)

Działanie stałych strumieni na znieczulenie połowicze. Dr Magnan opisuje 4 przypadki połowiczego znieczulenia: 2 u mężczyzn przy długotrwałém zatruciu wyskokowém i 2 u kobiet chorych na macinnicę. We wszystkich tych przypadkach elektryczność w ten sposób była użytą, że biegun dodatni przykładano do karku, ujemny zaś pędzelkiem opatrzony, posuwano po znieczulonej połowie ciała w kierunku podłużnym.

1. 42-letni ogrodnik, nałogowy pijak, cierpiący na epileptyczne i apoplektyczne przypadłości, dotknięty został przed trzema laty niezpełném porażeniem i znieczuleniem lewej połowy ciała. Powonienie i smak były wzmożnione; wzrok zaś i słuch przeciwnie osłabione. Początkowo zastosowano 30 elementów galwanicznych, a następnie ilość tę zmniejszano do 20, 15 i wreszcie 7 elementów. Po upływie miesiąca, 7 elementów wyzywały już ból kołący w skórze. Po upływie zaś jeszcze dni 5 stan pacjenta już znacznie był polepszony, tak iż dotykanie, wrażliwość na ciepłotę i na wpływy bolesne były już prawie w stanie prawidłowym, również jak i organa zmysłów. Siła mięśniowa wzmogła się także w dość znacznym stopniu.

2. 45-letni wyrobnik, podobnie nałogowo oddany pijaństwu, dostał w r. 1871 napadu apoplektycznego z porażeniem lewej połowy ciała. Później ulegał obłędowi prześladowania (*Verfolgungswahn*), w którym kilka razy usiłował pozbawić siebie życia.

Przy wstąpieniu chorego do szpitala wykazane zostało połowicze znie-

czulenie, które w przeciągu pierwszych 3 miesięcy do tego stopnia postąpiło, że nakłucie igłą, woda do 70° ogrzana, zimny marmur lub żelazo nie czyniły na chorą połowę ciała żadnego wrażenia; powonienie na lewej stronie nie istniało zupełnie; smak był znacznie osłabiony, jak również słuch i wzrok po stronie lewej; chory był pozbawiony zdolności rozróżniania kolorów. W przeciągu 4 miesięcy galwanizowano chorego w szpitalu codziennie przez 15 minut, przez co znieczulenie nieco ustąpiło, ale czynność zmysłów polepszenia nie doznała, a nawet po upływie 14 dni jeszcze się pogorszyła; wzmocniono strumień do 30—50 elementów, co też żadnych zmian nie spowodowało; przy zastosowaniu 50 elementów chory uczuwał wprawdzie dotknięcie pędzelka, ale ukłucia igłą w tych samych miejscach nie wywoływały żadnego uczucia. Mięśnie ręki i nogi kurczyły się pod wpływem strumienia, ale pacjent tych skurczów wcale nie uczuwał.

3. 21-letnia robotnica, chora od 12-roku życia na maciunicę, uległszy niezupełnemu połowiczemu bezwładowi prawej połowy ciała ze znieczuleniem tejże, została w Kwietniu r. 1877 do szpitala przyjęta. Smak po obydwóch stronach był wzmocniony; powonienie zaś przeciwnie, bardzo osłabione jak na prawej, tak też i na lewej stronie; słuch i wzrok na prawej stronie znacznie niższe. Chora doznawała częstych przypadków maciuniczych z katalepsją. — Przy użyciu 20 elementów w przeciągu 5 minut, przyczem pędzelek elektryczny (biegun ujemny) do języka był przyłożony, uczuła chora smak metaliczny, i wkrótce odzyskała zmysł smaku na obu stronach prawidłową czynność. Po zastosowaniu 30 elementów przez minut 10, ukłucia igłą czyniły na prawej stronie równie bolesne wrażenia, jak i na lewej; prawa ręka została jeszcze nieczułą; wzrok pozostał niezmiennym, prawe ucho zaś doznało polepszenia.

Zastosowana powtórnie, po upływie kilku dni, galwanizacya za pomocą 30 elementów wywarła wpływ całkiem odwrotny: smak został napowrót utracony; przykładanie pędzelka do języka wywoływało ślinienie; ukłucia igłą, przykładanie gorących i zimnych przedmiotów do języka czyniły na chorą bardzo słabe wrażenie. 15-sto minutowe zastosowanie 50 elementów na kończyny prawej strony ciała nie spowodowało żadnych zmian; znieczulenie pozostało w zupełności.

4. 20-letnia wyrobница, od 9-go roku życia dotknięta maciuniczą padaczką (*hysteroepilepsia*), obudziła się pewnego poranku (mając wtenczas lat 17) ze znieczuleniem i bezwładem lewej połowy ciała, niemniej ze skurczeniami (*contracturae*) zginaczy górnej i dolnej kończyny. W niektórych tylko częściach (na dłoni, na stopie do kostek, w podżebrzu) na lewej stronie czucie było zachowane; w innych zaś nawet głębokie nakłucia igłą nie dawały się uczuć. Zmysł smaku był na obu stronach wzmocniony, powonienie zaś, wzrok i słuch—tylko na lewej stronie; 20 elementów uczuwały się podczas ich działania, ale bezbolesność (*analgesia*) pozostawała nawet w miejscach elektryzowanych. Powonienie, słuch i wzrok pozostały nieczynnymi; przykładanie elektrycznego pędzelka do języka nie zwracało mu czułości, tylko wywoływało ślinienie i przekrwienie brodawek. Przykładanie pędzelka do lewej skroni wy-

woływało widzenie iskier w prawém oku. Galwanizacya spowodowała swędzenie i kłucie w skórze, ale uczucia jęj nie przywróciła.

Stały strumień wywarł więc skutek w jednym przypadku połowicznego znieczulenia, którego przyczyna leżała w mózgu; w 2-im zaś stan pomimo galwanizacyi się pogorszył. W jednym przypadku macinnicy stan tylko z początku się polepszył; w 2-im zaś strumień pozostał bez skutku.

Badanie wziernikiem ocznym wykryło u wszystkich tych chorych prawidłowy stan głębokich tkanek. (*Gaz. médicale de Paris. 1877. N. 20*).

Histeryczny ból oczu. Dr Schenkł, opierając się na długoletnich postrzeżeniach rozmaitych dolegliwości macinicznych, przychodzi do przekonania, że przy zmianach patologicznych w macicy i jajnikach, na których polega histerya, może być wywołaną drogą zwrotną powiększona wrażliwość nerwów czuciowych przyrządu akomodacyjnego. Z początku tylko przy dłuższem wysilaniu wzroku, a w dalszym ciągu i przy najkrótszem, np. już po minucie występuje tak w samém oku, jakoteż i około niego ból, odróżniający się od cierpienia neuralgicznego tępem, że niema typowego, właściwego nerwobólom przebiegu i że może być zmniejszonym, lub nawet zupełnie uniknionym przy oszczędzeniu wzroku. Zwykle występuje ból w obu oczach, a po największj części daleko silniejszy w prawém oku. (Schenkł na 60 wypadków, obserwował 46 razy większy ból w prawém oku). Wilgoć, jako też zbyt długie trwanie miesiączki obostrzają napady; ciąża przeciwnie czyni je łagodniejszymi.

Zdolność widzenia odległych przedmiotów nie jest przytępioną. Dotykane oka podczas paroksyzmu przyczynia się do zwiększenia bólu. Stan refrakcyi nie wywiera wpływu na rozwój cierpienia; rozległość akomodacyi zostaje nie zmienioną; wziernikiem nie wykrywamy również żadnych zmian w głębokich tkankach oka.

U niektórych chorych, wraz z bólem w oczach, pojawia się światłowstręt, światłowidztwo (*photopsia*), wymioty, zawrót głowy, a nawet konwulsje.

Przebieg choroby jest nader przewlekły; w latach przechodowych (klimakteryicznych) cierpienie znika. Najczęściej podlegają mu kobiety zamężne; niekiedy zdarza się ta choroba u nerwowych mężczyzn przy niedokrewności.

Leczenie: zachowanie oczu w stanie spokojnym; praca wymagająca nie zbyt wielkich wysileń wzroku może być dozwoloną przy użyciu szkieł wklęsłych 80—36; przy sztucznej oświetleniu — konserwy zadymione. Strój bobrowy, waleryana, jakoteż octan cynku pozostają bez działania; chinina w wielkich dawkach przeciwnie zmniejsza niekiedy nawet silne bóle. Zakrapianie atropiną nie wywiera żadnego wpływu.

(*Prager med. Wochenschr. 1877. N. 18 i 19*).

O niekrwawych operacyach wykonywanych na języku. Przez Dra Langenbucha w Berlinie. *Archiv f. Klin. Chir. tom XXII. z. 1. p. 79—90.* Zale-

cane przez autora niekrwawe postępowanie przy operacjach wykonywanych na języku, odnosi się do usunięcia tych wrzodów i nowotworów, które się znajdują w pierwszych $\frac{2}{3}$ języka. Wykonywa się takowe, jak następuje: wielką krzywą igłę, nawleczoną mocnym jedwabiem, chwytą się w szczypczyki i w grzbiet języka w linii środkowej, 2—3 ctm. po za objętością guza, który zamierzamy usunąć, wpycha prostopadle w głąb i ztąd końcem igły określa się łuk ku bokowi w kierunku gałęzi żuchwy, aż igła nie przejdzie przez spód języka i dostanie się do jamy ustnej. Tym sposobem powstaje pętla, którą się da ściągnąć jedną połowę języka i tętnicę językową, na spodzie języka położoną. Dla lepszego przytrzymania języka autor wyprowadziwszy igłę spodem języka wprowadza ją jeszcze raz na brzegu języka od dołu ku górze, przez co połowa języka ustala się nitką w dwóch miejscach i usuwanie się języka jest niemożliwem podczas operacyi. Z brzegu zaś języka, nieobjętego pętlą, krwotok bywa nieznaczny. Z drugą połową języka postępuje się tak samo z tą tylko różnicą, że igła winna zachwytać nieco języka, już pierwszą pętlą objętego, ażeby w środku języka nie pozostał żaden wolny mostek. Tym sposobem krzyżujące się pętle ściąga się mocno i związuje; cztery ich końce służą do przytrzymywania języka podczas operacyi. Dalsza operacja nie stanowi żadnych trudności; co do sposobu operacyi, to autor zaleca najwięcej klinowate wycięcie tego kawała języka, w którym się nowotwór znajduje. Powierzchnie rany pozostają zupełnie suche i łatwo dadzą się zespolić odpowiednią ilością szwów. Po zeszyciu przecina się pętle i baczyć należy, ażeby i teraz żadnego nie było krwawienia. Przebieg następny jest lepszym aniżeli po operacyach za pomocą odgniatania lub pętli galwano-kaustycznej. Nie występuje żadne obrzmienie ani zapalenie; już po kilku dniach, po wyjęciu szwów, pacyenci jako zupełnie zdrowi opuszczają zakład, a mniejsze operacje wykonywają się nawet poliklinicznie.

S. J.

Rozbiór 80 wypadków płasawicy (*Chorea minor*). Kliniczna i patogeniczna różnaitość płasawicy przedstawia się jasno w statystycznym zestawieniu Dra Gerharda opartem na postrzeżeniu 80 chorych tego rodzaju, które wykazało, co następuje:

Chorych w wieku mniej niż lat 10 było: 9 chłopczyków i 19 dziewczynek. W wieku lat 10—21: 18 mężczyzn i 34 kobiet.

W 27 wypadkach drgawki były ogólne; i z nich w jedenastu przeważnie występowały na stronie prawej, a w 10 przeważnie na lewej; w 21 drgawki ograniczały się wyłącznie w prawej, w 12 zaś wyłącznie na lewej stronie.

W małej tylko liczbie wypadków były drgawki jednostronne później stawały się ogólnymi, a jeszcze rzadziej pojawiały się z początku na jednej, a w dalszym przebiegu na drugiej stronie ciała.

W 25 wypadkach nie podobna było odnaleźć przyczyny choroby; w jedenastu zdarzeniach przyczyną był przestrah, w 11 reumatyzm bez cierpie-

nia serca, w 6 reumatyzm z chorobą sercową, w 6 same choroby serca, w 1 dziedziczne usposobienie, w 7 mocne bóle, w 13 wpływy psychiczne.

Autor przytacza, jako wiarogodne objaśnienia Kirkes'a co do zależności płasawicy od chorób sercowych, a mianowicie, że ostateczną przyczyną płasawicy bywa zator, tętnic mózgowych, podług Hughlings Jackson'a tętnicymózgowej średniej (*art. cerebralis media*), skutkiem czego zmienia się czynność ciała prążkowatego (*corp. striatum*).

W 68 wypadkach, w których pora roku początku choroby była oznaczona, 39 przypada na wiosnę.

W 17 wypadkach towarzyszył chorobie miejscowy bezwład; 10 razy na prawej, a 7 na lewej stronie.

U niektórych chorych występowały ruchy płasawicze tylko wtenczas, kiedy wykonywano ruchy dowolne, u innych zaś ruchy te trwały bez przerwy; nakoniec u najmniejszej liczby ustawały wtedy, kiedy wykonywano ruchy dowolne (*Mitchel*).

Mitchell rozróżnia jeden rodzaj tej choroby jako płasawicę bolesną (*chorea dolorosa*), która po większej części bywa jednostronną i jest powikłaną tym bólem w mięśniach i stawach.

Najbardziej zaleca autor leczenie roztworem Fowler'a, zwiększając dawkę codzien o jedną kroplę aż do ukazania się objawów zatrucia; wtedy dawkę należy zmniejszać stopniowo. W niektórych wypadkach, dla uniknięcia zaburzeń w żołądku, roztwór Fowler'a wstrzykiwano podskórnie.

(*The Canadian Journ. of med. Science Vol. Nr 8*).

Dr Hoar (*British medical. Journal p. 769 Decamb. 1877*) przytacza dwa przypadki ostrej płasawicy podczas gośceca stawowego, które się zakończyły śmiercią, a dotyczyły 18 i 15 letnich dziewcząt. W pierwszym przypadku płasawica wystąpiła w 9-tym dniu choroby, 13 dnia nastąpiła śmierć wśród śpiączki. W sercu można było wysłyszeć skurezowe dmuchanie, chociaż przy oględzinach pośmiertnych w zastawkach nie znaleziono żadnych zmian patologicznych. W drugim przypadku pojawiła się płasawica w czwartym tygodniu cierpienia. Po chwilowém polepszeniu nastąpiło znaczne pogorszenie i chora zmarła 55 dnia choroby. Wodan chloralu w pierwszym przypadku pozostał bez wszelkiego skutku, w drugim sprowadził ulgę i orzeźwiający sen. Stosowano dawki od 20 — 60 gramów. Po wdychaniach chloroformu uspokoiły się dwa razy gwałtowne poruszenia płasawicze. J.

Dwa przypadki jasnej ślepoty (*amaurosis*) po płonicy w jednej rodzinie — przez Dr Bagley. (*Centralzeit. f. Kinderheilkunde N. 12. 1876*).

Dwie siostry (16 i 13 lat mające), które przed ośmiu laty razem z ojcem i bratem zachorowały były na płonice, wskazywały całkowitą jasną ślepotę i wielki brak pojętności tak, iż na pytanie odpowiadały tylko „tak“ lub „nie“

i nie były zdolne żadnej wypowiedzieć myśli. Przy badaniu znaleziono jedno stajnie szerokie i nieruchome źrenice, błądź nerwów wzrokowych i na dnie oka nieregularne wytwory barwika. Objawy te wystąpiły w kilka miesięcy po płonicy i powoli doszły do stopnia, jaki przy badaniu skonstatowano. J.

Chloral w tężcu. Dr Bügelow zauważył przypadkiem, że po roztarciu w palcach kryształów chloralu, palce zostały na dłuższy czas znieczulone. — Zdarzenie to naprowadziło go na myśl, czyby miejscowy ten skutek działania chloralu nie dał się zużyć pomyślnie na uchylenie kurczów tężcowych, które powstały u jednego chorego po wbiciu sobie w nogę zardzewiałego gwoźdźcia. Jakoż rozszerzywszy ranę u wspomnianego chorego założył ją kryształami chloralu—i w pół godziny kurcze ustąpiły. Przy tēm leczeniu skończyła się też ciężka choroba tężca ze szczykościskiem pomyślnie w przeciągu paru dni.

(*American. Pract.* 1877).

Ciało obce w jamie ocznej dziecka; porażenie wszystkich mięśni ocznych, oddalenie ciała obcego; wyzdrowienie. Przez Dra Lawsona (*Centralzeitung f. Kinderheilkunde N. 12. 1878*).

U trzyletniego, zdrowego chłopca znaleziono przy lewém oku, co następuje: górna powieka opada, gałka oczna wyparta ku przodowi, oko nieruchome. Źrenica bardzo szeroka, władza widzenia, o ile się wykryć dało, stracona zupełnie. Na wewnątrz i ku dołowi w spojówce otwór przetoki, z której wypływa nieco ropy.

Matka opowiada, że dziecko przed siedmiu tygodniami padło na śpiczastą laskę, którą się bawiło; takowa miała wniknąć do oka i matka miała ją wydostać całkowicie. Po kilku dniach dziecko podnosiło coraz mniej górną powiekę i gałka stawała się coraz mniej ruchomą. Autor przeczuwając, że kawałek drzewa pozostał jeszcze w oku, na wklęstym śledniku naciał górną powiekę wzdłuż ściany oczodołu i z głębokości wydobyl kawałek drzewa dość znacznej objętości. Rana zagoiła się po kilku dniach i porażenie mięśni ustąpiło po 3 tygodniach, władza widzenia jednakże nie powróciła. J.

Przeniesienie przymiotnicy (*syphilis*) przez męzkie nasienie. Przez Dra Jordana, (*Centralzeit. f. Kinderheilkunde N. 12 1878*).

Niewiasta 17-letnia porodziła w 7-mym miesiącu po ślubie żywe dziecko, które zmarło w 12 godzinach. Przebieg połogowego czasu był prawidłowy. W pięć tygodni po rozwiązaniu spostrzegł autor miedziany wyrzut na twarzy i na całym ciele, nadto ciężkie zapalenie tęczówki i gardzieli. Małżonek miał przed 1½ rokiem szankrę, od którego to czasu nie cierpiał na żadną chorobę. Przymiotnicy u dziecka nie dowiedziono wprawdzie, jednakże pewną zdaje się rzeczą, że przyczyną porodu przedwczesnego było bezpośrednio groźące

wybuchnięcie ciężkich przymiotniczych objawów u matki. 2) Młody mężczyzna, który się leczył na ropiejącą dymienicę (*bubo*) i nie miał ani szankra, ani żadnego objawu przymiotnicy, ożenił się w 18 miesięcy potem z młodą dziewczyną. W trzy miesiące po ślubie nastąpiło poronienie, a u matki pojawił się wyraźny wyrzut przymiotniczy razem z wyłysieniem. J.

Wiadomości bieżące.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** zawiadamia, że na utworzenie przy Cesar skim Uniwersytecie w Warszawie stypendyum imienia ś. p. D-ra Polikarpa Girsz to w t a, złożyli w biurze Zarządu Towarzystwa dobrowolne ofiary. Z miasta War sz a w y: dr Meyerson Samuel rs. 2; dr Klink Edward rs. 3; dr Baurertz Arnold rs. 5. Z p r o w i n e y i: z a p o ś r e d n i e t w e m d r a L e w i ń s k i e g o, p. o. I n s p e k t o r a L e k a r s k i e g o g u b e r n i i K i e l e c k i e j — l e k a r z e, a p t e k a r z e, u r z ę d n i c y i o b y w a t e l e z t e j z e g u b e r n i i rs. 204, a m i a n o w i c i e: p. B u d z i s z e w s k i K o n r a d, a p t e k a r z rs. 3; p. W i e r z b i c k i S t a n i s ł a w, a p t e k a r z rs. 5; p. K o w a l e w s k i A l e k s a n d e r rs. 2; p. R a j d e c k i L u d w i k, a p t e k a r z rs. 3; dr S ł a p c z y ń s k i J a n rs. 3; dr F a b i a n A l e k s a n d e r, d o d a t k o w e j o f i a r y rs. 10; p. G o g o l e w s k i I g n a c y, o b y w a t e l rs. 5; p. B a t o g o w s k i T o m a s z, a d w o k a t rs. 5; p. S t u m p f L u d w i k, o b y w a t e l rs. 5; p. Ł u c z n i k ó w, k u p i e c rs. 5; p. B o r k o w s k i A n t o n i, u r z ę d n i k rs. 5; p. J u n d z i ł, u r z ę d n i k rs. 3; p. D a b r o w s k i, d y r e k t o r b a n k u rs. 1; p. K r e n n A n t o n i, k u p i e c rs. 5; p. S i e n n i c k i S t a n i s ł a w rs. 1; X. M i l l e r, p a s t o r rs. 2; p. F r i e d e, s ę d z i a p o k o j u rs. 2; p. G a j e r s k i, s e k r e t a r z s ą d u rs. 1; X. Ć w i k l i ń s k i, k a n o n i k rs. 5; p. S k a l s k i, k a s s y e r b a n k u rs. 1; p. R z e p i s z e w s k i J a k ó b, p r e z e s rs. 5; p. M a l i ń s k i, a p t e k a r z rs. 5; dr G a w r o ń s k i F r a n c i s z e k, o f i a r y d o d a t k o w e j rs. 3; dr R z a d k o w s k i M i c h a ł rs. 10; dr M i c h n i e w i e z F e l i c y a n rs. 5; p. R o m p a l s k i, a p t e k a r z rs. 5; dr K o w a l c z e w s k i K a r o l rs. 5; p. W i l c z y ń s k i, a p t e k a r z rs. 2; dr W y r z y k o w s k i J u l i u s z rs. 10; p. S t r u m p f A d a m, w e t e r y n a r z rs. 2; dr D y m n i c k i J ó z e f rs. 3; p. K a r ń i c k i, a p t e k a r z rs. 3; p. K o w a l s k i b n d o w n i c z y rs. 3; p. W a ż y ń s k i, r a d c a rs. 3; p. S z t e j n b o k r e f e r e n t rs. 1; p. S k i e r s k i, r a d c a rs. 3; p. K r e d y t, r a d c a rs. 3; p. B i e ń k o w s k i, o b y w a t e l rs. 5; p. K u c h e i ń s k i a p t e k a r z rs. 3; dr G o l d s t e i n L u d w i k rs. 5; p. C z a p i ż y ń s k i, u r z ę d n i k rs. 1; dr K a h l, o f i a r y d o d a t k o w e j rs. 10; w i m i e n i u ś. p. d r a S t a n c z y k i e w i e z a rs. 1; dr R u m p r e c h t rs. 3; p. Ż o l n o w s k i, a p t e k a r z rs. 3; dr S u l i c k i J a k ó b rs. 5; p. J a n c z u r o w i e z, a p t e k a r z rs. 2; p. M a s z a d r o, a p t e k a r z rs. 5; p. P a c z k o w s k i M a r c e l i rs. 3; p. G r u b e c k i, p r o f e s s o r rs. 1 i p. K w i e t n i e w s k i, a p t e k a r z rs. 5. W o g ó l e o d d n i a 5 L u t e g o r. b. j a k o d a t y r o z p o c z ę c i a p r z y j m o w a n i a o f i a r, d o d n i a 27 M a j a o t r z y m a n o w b i u r z e Z a r z ą d u T o w a r z y s t w a L e k a r s k i e g o rs. 2892 k o p. 45. P r e z e s T o w a r z y s t w a, *Dr Hoyer*. S e k r e t a r z s t a ł y, *Dr Szokalski*.

Wykaz tygodniowy ruchu ludności miasta Warszawy,

za czas od 19-go do 25-go Maja 1878 r.

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

W upłynionym tygod. urodziło się dzieci religii prawosławnej praw. małż.	7	niepr.	1
religii rzymsko-katolickiej	90	„	28
„ protestanckiej	12	„	1
„ mojżeszowej	73	„	1

Razem praw. małż. 182 niepr. 31

W tymże tygodniu umarło w skutek ospy 42, odry 4, płonicy 2, durzycy 6, błonicy 1, chor. połogowych 1, zapalenia oskrzeli i płuc 27, suchot pł. 30, niezytu kiszek 30, wiądu schyłkowego 12, samobójstwa —, zabójstwa —, rozmaitych chorób 67, niewiadomych przyczyn 10. W ogóle mężczyzn 124, kobiet 108, razem umarło 232, poprzedniego tygodnia 250.

W stosunku do 1000 mieszkańców wynosi śmiertelność roczna 38.28.

Zawarto małżeństw w ubiegłym tygodniu 47.

OD REDAKCYI.

Gazeta Lekarska wychodzić będzie w drugim półroczu 1878 r. t. j. w trzynastym roku istnienia, w tym samym jak dotąd porządku i kierunku, z przeważnym uwzględnieniem potrzeb praktycznego lekarza. Przy wzmagającej się jednak liczbie prenumeratorów postanowiliśmy powiększyć ramy pisma i zmienić dotychczasowy format ósemkowy Gazety na ćwiartkowy (*in quarto majori*), przyczem cena prenumeracyjna pozostaje niezmienną i wynosić będzie w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50; z przesyłką na prowincję i do Cesarstwa (prenumerowana w Biurze Redakcyi) rocznie rs. 6, półrocznie rsr. 3.

Biblioteka Umiejętności Lekarskich wychodzi peryodycznie po 200 arkuszy druku na rok, i nabyć ją można drogą prenumeraty rocznej po rs. 20, półrocznej po rs. 10, albo też pojedynczymi tomami lub zeszytami.

Dziela programem Biblioteki Um. Lek. objęte, których druk ukończonym został, nabywać można oddzielnie u Wydawcy Gazety Lekarskiej, przyczem od cen oznaczonych w katalogu odstępuje się dla biorących wszystkie wyszłe dzieła, lub też w znacznych partjach — po 30%; dla biorących zaś w mniejszych partjach lub pojedynczymi dziełami — po 15%, z przesyłką kosztem Redakcyi.

Kalendarz Lekarski podobnie jak w zeszłych latach będzie wydany i na rok 1879, z tą różnicą, że druk jego ukończony zostanie nie później jak w miesiącu Listopadzie r. b. Z powodu zupełnego wyczerpania Kalendarza na r. b. i skutkiem tego niemożności zaspokojenia licznych żądań, Redakcyja, mając zamiar uskutecznić nakład w liczbie egzemplarzy w przybliżeniu odpowiedniej zażądaniom — najuprzejmiej uprasza Sz. Prenumeratorów życzących nabyć Kalendarz, ażeby przy odnowieniu prenumeraty na drugie półrocze Gazety Lekarskiej, wraz z prenumeracyjnymi pieniędzmi, raczyli nadsyłać rs. 1 na Kalendarz, który bezzwłocznie po wyjściu będzie Im wysłany.

Wkońcu Redakcyja ma zaszczyt zawiadomić Sz. Prenumeratorów, iż obowiązkiem jej będzie wszelkie zażalenia na nieakuratność w odbieraniu Gazety (choćby to pochodziło i nie z winy Redakcyi), jak najrychlej załatwiać. *Dla uniknięcia przeto zwłoki w otrzymaniu, szczególnie pierwszych numerów Gazety, i wynikających z tego powodu uciążliwych i zbytecznych dla obu stron korespondencyi, prosimy najuprzejmiej prenumeratę nadsyłać wcześniej i to wprost na imię Wydawcy pod niżej wskazanym adresem, zaś w sprawach literackich odnosić się do Redaktora Prof. D-ra Łuczkiwicza, (Nowy-Swiat Nr. 15).*

Redaktor odpowiedzialny, Prof. Dr Łuczkiwicz.

Wydawca, Szymkiewicz.

Redakcyja Gazety Lekarskiej, 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, 25 Мая (6 Юня) 1878 г.