

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Malinowski. Kilka przypadków wzajemnych powikłań wysypek ostrych u dzieci. — II. A. Sokolowski. O suchotach płucnych przymiotowych. (Dalszy ciąg). — Odinek. Z. Kramsztyk — O cytatach. — *Dział sprawozdawczy:* 20. Henryk Thompson. Kruszenie kamieni pęcherzowych od jednego razu. — 21. B. Fleischer. O trawieniu żołądkowym w różnych warunkach. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenia z d. 17 Stycznia i z dnia 7 Lutego 1882. — List otwarty. — Wiadomości bieżące. — Na pomnik Mickiewicza. — Na kasę imienia Mianowskiego. — Ogłoszenia.

I. Kilka przypadków wzajemnych powikłań wysypek ostrych u dzieci.

Podał **A. Malinowski.**

W czasie panującej zeszłego roku epidemii ostrych wysypek u dzieci miałem sposobność spostrzegać kilka przypadków powikłania jednej choroby wysypkowej przez drugą, po większej części w okresie łuszczenia. Treściwy przebieg choroby tych przypadków ezobecn'ie podaję.

I. Leon S., lat 3 liczący, dobrze odżywiany, lecz żółzowaty, od kilku dni gorączkuje, uskarża się na ból głowy i pragnienie. Ciepłota 40,4° C., tętno 150, skóra sucha, język suchy, cokolwiek obłożony, łaknienie małe, brzuch wzdęty, śledziona powiększona, przy obmacywaniu bolesna. Zaparcie stolca. W płucach zaostrenie oddechu, kaszel rzadki; lekkie zaczerwienienie jamy gardzielowej. Wieczorem ciepłota 39,4° C., tętno 150. Zalecono olej rycinowy i roztwór chininy.

Nazajutrz 27 Sierpnia; chory noc spędził dosyć niespokojnie, ciepłota 37,8° C., tętno 140; na twarzy, częściach górnych tułowia i kończynach górnych niezbyt gęsta wysypka guziczkowata; silna czerwoność gardzieli, trudność połykania, śpiączka, parę stolców wolnych po zadaniu olejku.

28 Sierpnia. Wysypka znacznie gęstsza na twarzy i tułowiu, mniej gęsta na kończynach dolnych, rozwolnienie trwa, jak również zajęcie gardzieli. Zalecono odwar salepu z kwaskiem i pędzlowanie jamy gardzielowej chlorkiem potasu.

29 Sierpnia. Stan bez zmiany; guziczki powiększają się i zakłęśają cokolwiek na wierzchołku, na kończynach wysypka znacznie gęstsza.

30 Sierpnia. Niektóre guziczki na twarzy przemieniają się w pęcherzyki i pryszcze; rozwolnienie zmniejsza się, połykanie łatwiejsze, kaszel dosyć rzadki, czerwoność i obrzmienie gardzieli nieznaczne; światłowstret, łącznice przekrwione.

31 Sierpnia. Na twarzy i częścią na tułowiu i kończynach dolnych tworzą się pryszcze, w niektórych miejscach zlewające się. Stan ogólny lepszy, język oczyszcza się, rozwolnienie ustalo.

3 Września. Na twarzy pryszcze pękają i zasychają jak również na kończynach górnych i szyi. Światłowstręt zmniejsza się, zajęcie gardzieli ustąpiło.

5 Września. Stan ogólny dobry, łaknienie występuje, język oczyszcza się; na całym ciele pryszcze zasychają.

11 Września. Wystąpiły nudności i wymioty, ból gardła, silna czerwoność jamy gardzielowej; obrzmienie migdałków, języczka i łuków podniebiennych. Ciepłota 39°C , tętno 130. Na piersiach szyi i brzuchu drobna punkcikowata zlewająca się czerwoność, która przy naciśnięciu palcem znika, a po odjęciu występuje na powrót.

12 Września. Ciepłota $38,2^{\circ}\text{C}$, tętno 120. Wysypka na tułowiu cokolwiek zbladła; na kończynach dolnych i górnych, na powierzchni wyprostnej występuje czerwona jednolita wysypka; zajęcie gardzieli trwa bez zmiany; gruczoły limfatyczne podszczękowe cokolwiek obrzmiały.

13 Września. Wysypka znacznie zbladła; stan znacznie lepszy, bezgorączkowy, połykanie łatwiejsze.

14 Września. Na kończynach górnych i tułowiu skóra szorstka, naskórek pęka, zaczyna się łuszczenie, czerwoność i obrzmienie gardzieli nieznaczne, łaknienie powraca. Stan ogólny dosyć dobry.

Stan coraz lepszy trwał do 2 Października i tego dnia chory przy gorączce dochodzącej do 39°C , zaczął się uskarżać na ból gardła.

Przy obejrzeniu znalazłem oba migdałki, języczek i łuki podniebienne silnie zaczerwienione, obrzmiały i pokryte w różnych miejscach wysiękiem szarozółtym. Gruczoły limfatyczne podszczękowe silnie obrzmiały, głos ochrypły. W ciągu 2 dni następnych sprawa błonicowa rozszerzyła się do krtani i chory zmarł przy objawach zaduszenia. W tym przypadku, jak widać z przebiegu choroby, płonica przyłączyła się do ospy w okresie zdrowienia.

O CYTATACH.

III.

Na każdym polu umysłowej działalności spotyka człowiek poprzedników, którzy mu kierunek, sposób badania wskazują, którzy go uczą i patrzyć i myśleć; ale jedynym przedmiotem nauki i głównym nauczycielem pozostaje zawsze i wyłącznie natura: człowiek ostatecznie wie to tylko, co własnymi dostrzegł zmysłami i własnym przerobił rozumem. Wszystkie poprzednie prace, wszystkie innych badaczy pisane nauki grać muszą tylko rolę pomocniczą, ułatwiają, przyspieszają nabywanie wiadomości. Wszakże bardzo jest łatwo ową pośrednią a konieczną drogę za ostateczny cel naukowej pracy uznać, na niej głównie polegać, na niej nawet poprzestać. Wszystko, co człowiek przeczyta, stanowi rzecz obcą jeszcze jego umysłowi, stanowi tylko naleciałość. Najrozleglejsza nawet erudycja jeszcze wcale nie stanowi wiedzy.

II. Franciszek K. lat 8. Przed dwoma laty przebył odrę; ospę szczepioną miał z dobrym skutkiem.

26 Sierpnia, chłopiec, zdrów dotąd, uskarża się na ból głowy, nudności, ogólną niemoc, ból gardzieli. Ciepłota $39,2^{\circ}$ C., tętno 120. Twarz czerwona, język podsychnięty, brak łaknienia. Gardziel silnie zaczerwieniona. W ciągu dnia kilkakrotne wymioty. W płucach sercu i jamie brzusznej nic godniejszego uwagi.

27 Sierpnia. Ciepłota 38° C., tętno 120; na szyi, piersiach i brzuchu punkcikowata czerwoność, skóra jakby cokolwiek obrzmiała. Ból silny gardła, nudności ustały. Zalecono kwas solny i płukanie gardła.

28 Sierpnia. Wysypka punkcikowata występuje w okolicach stawu kolanego i na udach, stan ogólny dobry, ból gardła mniejszy.

29 Sierpnia. Na tułowiu wysypka zbladła, naskórek staje się szorstkim.

31 Sierpnia. Wysypka znikła, naskórek zaczyna się łuszczyć, ból gardła ustąpił, stan ogólny dobry.

11 Września. Powieki dolne cokolwiek obrzęknięte; stan bezgorączkowy; w moczu mała ilość białka. Wieczorem wystąpiły wymioty; ciepłota 40° C., ból głowy i gardzieli. Na twarzy dosyć liczne czerwone wyniosłości. Zaleciłem kwas solny i płukanie gardła.

12 Września. Guziczki bardzo liczne na twarzy i tułowiu, dosyć rzadkie na kończynach, ciepłota 39° C. tętno 120, łącznice przekrwione, światłowstręt, mocz stężony, zawiera małą ilość białka.

15 Września. Na całym ciele wystąpiła wysypka; na twarzy tworzą się pęcherzyki i pryszcze, ból gardła nie ustaje, kaszel. W płucach rżenia nieżyłotowe. Zalecono ipekakuanę z kwaskiem, pędzlowanie twarzy roztworem kwasu karbolowego w glicerynie.

18 Września. Na tułowiu i kończynach tworzą się pryszcze, gdzie nigdzie zlewające się, stan ogólny polepsza się, ból gardła mniejszy. Białkomocz trwa.

Dalszy przebieg choroby nic godnego uwagi nie przedstawia. Białkomocz i nieznaczny obrzęk skóry przy odpowiednim leczeniu ustąpiły w ciągu niespełna dwóch tygodni.

I niewiem, kogo na stanowisku naukowego człowieka wyżej należy postawić: czy tego, co ogromną ilość prac cudzych pochłoniął, zachował w pamięci i w każdej chwili powtórzyć je może, czy tego, co na drodze poznania daleko poza powszechną pozostał nauką, ale mozolną pracą zmysłów i myśli do swojego doszedł stanowiska. Nie ulega wątpliwości, że pewna harmonija między temi dwoma źródłami wiedzy musi być zachowana, aby praca istotnie naukowa nosiła piętno, aby istotnie umysł badacza rozszerzyła i aby innym mogła przynieść korzyści. Wszakże ta równowaga na jedną albo drugą stronę łatwo przechylić się może. Można sobie wyobrazić człowieka, nawet epokę o wybijającej indywidualności, gdzie naukowa improwizacyja najważniejszą gra rolę; wtedy erudycyja istotne, konieczne stanowi lekarstwo. Dzisiaj zdaje się dosyć rozpowszechnione przeciwnie zboczenie owej harmonii, jaka między czytaniem a myśleniem istnieć powinna. Łatwo zrozumieć, że nadzwyczaj szybki rozwój nauki, liczne a tak ważne zdobycze, znaczna liczba uczonych pierwszorzędnej siły umysłowej, może przynębiający, onieśmielający wpływ wywrzeć na umysł. Bardzo łatwo zaufanie we własne siły słabnie, a człowiek obcemi myślami myśli. Jest to położenie zawsze fałszywe. Jakiegokolwiek są umysłowe zdolności człowieka, jedynem możli-

Mieliśmy tu obraz płonicy powikłanej przez ospę i jednocześnie przez chorobę Bright'a.

III. Kazimiera O., lat 10. Zachorowała 11 Sierpnia. Chorób wysypkowych nie przechodziła, ospę ochronną miała szczepioną.

15 Sierpnia. Chora uskarża się na niemoc ogólną, ból głowy, pragnienie. Język suchy, skóra sucha, brzuch wzdęty, okolica кишки ślepej bolesna, śledziona znacznie powiększona, ciepłota $39,2^{\circ}$ C., tętno 130, wypróżnienia niezbyt częste, półpłynne, smrodliwe, nudności i odbijanie. Wysypki na brzuchu nie ma. Zalecono środek wymiotny, następnie kwasek, okład zimny na głowę. Rozpoznano tyfus brzuszny.

16 Sierpnia. Ciepłota 39° C., tętno 120. W nocy silne majaczenia, język suchy i obłożony, trzy stolce wolne. Wieczorem ciepłota 40° C.. Nieżyt oskrzeli, kaszel.

17 Sierpnia. Ciepłota $39,2^{\circ}$ C., tętno 100, język niezbyt suchy, przytomność umysłu zupełna, łaknienia brak, dwa stolce wolne, brzuch bolesny, śledziona powiększona. Wieczorem ciepłota 39° C., tętno 100.

18 Sierpnia. Ciepłota 38° C., tętno 100, język obłożony, lecz wilgotny, skóra nie tak sucha, dwa wypróżnienia płynne. Stan ogólny zadawalniający. Wieczorem ciepłota 39° C..

19 Sierpnia. Ciepłota 39° C., tętno 100, ból głowy, wzdęcie brzucha, kaszel, w płucach rzeżenia nieżytowe. Wieczorem ciepłota $39,2^{\circ}$ C.

20 Sierpnia. Ciepłota 37° C., tętno 100, kaszel częsty, stan ogólny lepszy, rozwolnienie ustało. Wieczorem ciepłota $38,2^{\circ}$ C..

21 Sierpnia. Ciepłota 37° C., tętno 100, stan ogólny polepsza się, kaszel mniejszy. Wieczorem ciepłota $38,2^{\circ}$ C..

22 Sierpnia. Ciepłota $37,6$, tętno 106, język wilgotny, oczyszcza się, kaszel niezbyt częsty, rzeżenia w płucach znikają, trzy wypróżnienia płynne. Łaknienie występuje. Wieczorem 38° C..

23 Sierpnia. Ciepłota $37,6^{\circ}$ C., tętno 100, stan ogólny dobry. Wieczorem ciepłota 38° C..

wem dla niego kryterjum jest jego własna logika; albo człowiek wie to, co sam dojrzał i przemyślał, choć mu może i dla oka i dla umysłu cudze prace za pierwszą służyły wskazówkę, albo nie wie. Są to wszystko niewątpliwie prawdy i proste i stare, ale i najstarsze prawdy czasem przypomnieć można. Zdaje się, że dziś ta prawda, choć znana, nie dosyć jest uwzględniana i choć jest niewątpliwie zawsze w pamięci, nie zawsze w naukowych pracach należne sobie zajmuje stanowisko. Cytaty są do pewnego stopnia wyrazem tego zбочenia, są może po części i jego przyczyną. Bardzo często w pracy, która jako oryginalna figuruje, którą sam autor za oryginalną uważa, cały środek ciężkości leży w opisie cudzych spostrzeżeń i cudzych poglądów; własne obserwacje grają tylko rolę ilustracji, urozmaicają te opisy i ich trafności dowodzą. Tam nawet, gdzie spostrzeżenia własne nie godzą się z cudzemi, gdzie ich niezgodność autor wykazuje, tam nawet cały sposób przedstawienia rzeczy bywa nieraz opaczny; często bowiem autor, streściwszy naprzód cudze opisy, przedstawia następnie wyniki własnych spostrzeżeń i zaznacza, w czym te własne jego spostrzeżenia odbiegają od innych. Zamiast patrzeć w naturę i w niej jedyne dopatrywać się źródła prawdy, zamiast naturę komentować książkami, autor wtedy

24 Sierpnia. Ciepłota 38,4° C., tętno 90, śledziona zmniejsza się, stan ogólny coraz lepszy. Wieczorem ciepłota 39° C.

25 Sierpnia. Ciepłota 37,4° C., tętno 100, stan dobry. Wieczorem ciepłota 37,0° C.

26 " " 37° " " 100, " " " 39,7° C.

27 " " 37,6° " " 100, " " " 38,0° C.

28 " " 38° " " 100, " " " 37,4° C.

29 " " 37° " " 80, " " " 38,6° C.

30 " " 37° " " 80, " " " 38,0° C.

Zdrowienie szło pomyślnie przez 16 dni następnych.

16 Września. Rekonwalescentka uskarża się na nudności i ból gardła, w nocy kilkakrotnie wymiotowała, ciepłota 40,4° C, tętno 130. Gardziel silnie zaczerwieniona i opuchnięta, połykanie bolesne, skóra na szyi, piersiach i brzuchu pokryta drobną punkcikowatą wysypką bardzo gęstą, znikającą przy nacisku palcem. Silny ból głowy. Rozpoznano płonicę; zalecono chininę i płukanie gardła roztworem *kali chlorici*.

17 Września. Ciepłota 39° C. Wymioty trwają ciągle, wysypka rozszerza się na tułów i kończyny, ból gardła mniejszy. Gruczoły limfatyczne podszczękowe cokolwiek obrzmiałe i bolesne.

18 Września. Wysypka kwitnie, w nocy chora majaczyła, wymioty ustały. Ciepłota 40,8° C.

19. Września. Ciepłota 39,4° C. Wysypka na tułowiu cokolwiek zbladła, czerwoność gardzieli zmniejszyła się.

20 Września. Wysypka zbladła, stan ogólny dosyć dobry, bezgorączkowy.

23 Września. Wysypka znikła zupełnie na tułowiu, naskórek pęka; na kończynach wysypka znacznie zbladła.

24 Września. Wysypka znikła na całym ciele, łuszczenie naskórka na kończynach, stan ogólny lepszy. Okres łuszczenia trwał dalej, stan chorej z każdym dniem poprawiał się.

7 Października. Nieżyt nosa, łązniczy i oskrzeli, kaszel, ciepłota 41° C. tętno 120.

widocznie wczytany jest w książki, a naturę jako komentarz do książek traktuje.

Ten kierunek naśladowczy, to uczucie zależności umysłowej, widnieje już w samym wyborze tematów, w samych tytułach artykułów naukowych. Uderzająca jest mianowicie jednostajność w tematach, w zakresach prac pojedynczych, co właśnie ułatwia ich szeregowanie, ich odnalezienie i przytaczanie. Uderza i to, że w każdej danej chwili wielka ilość badaczy ten sam szczegółowy obrabia przedmiot, przez kogoś wskazany, przez jakieś ważniejsze poszukiwania na świeczniku niejako postawiony; są badacze, którzy dla licznych prac swoich nigdy tematu nie wymyślili, a tylko bieżące kwestyje za przedmiot brali dla swojej pracy. Nie ulega wątpliwości, że taki kierunek dla ogólnej nauki wielkie przynosi korzyści, bo prędko każdy przedmiot wszechstronnie jest rozpatrywany, prędko do swej względnej dochodzi pewności i gmach nauki prędko do imponujących urasta rozmiarów. Wszakże do przesady doprowadzony ten systemat wpłynąć musi na obniżenie stanowiska pojedynczych badaczy. Cała naukowa rzesza robi wtedy wrażenie armii, gdzie dowódcy tylko są samodzielni i mają całe prawo myślenia, a przeważna część pracowników za ich kierunkiem,

8 Października. Ciepłota 39,4° C. Silny nieżyt nosa, w płucach oddech zaostrozony i liczne rzeżenia, światłowstręt; na twarzy, szyi, piersiach i powierzchniach grzbietowych rąk gęsta wysypka plamista; stolce wolne; łaknienia brak. Rozpoznano chorobę jako odrę. Zalecono odwar salepu z kwaskiem.

9 Października. Objawy nieżytowe trwają; wysypka na kończynach; rozwolnienie mniejsze. Ciepłota 39° C., język suchy, pragnienie; kaszel częsty, w płucach rzeżenia nieżytowe.

10 Października. Na twarzy i tułowiu wysypka zbladła; objawy nieżytowe zmniejszają się, kaszel niezbyt częsty, w płucach rzeżenia znikają.

12 Października. Wysypka znikła na całym ciele; skóra szorstka, zabarwiona; łącznice jeszcze przekrwione. Stan ogólny dobry, bezgorączkowy. W płucach oddech prawidłowy, kaszel rzadki.

14 Października. Plamy barwnikowe znikły; naskórek pęka i łuszczy się; stan ogólny dobry.

Z powyższego opisu widać, iż chora, przebywszy tyfus brzuszny, w okresie zdrowienia zachorowała na płonicę, a okres łuszczenia tej ostatniej powikłany został przez odrę. Przypadek ten skończył się wyzdrowieniem i żadnych innych powikłań nie było.

IV. Franciszka S., lat trzy, z dobrem odżywianiem, lecz skrofuliczna, ospy szczepionej nie ma. Od dwóch dni gorączkuje, uskarża się na ból głowy i gardła; kaszel; język miernie obłożony, łącznice zaczerwienione, światłowstręt; śpiączka. W płucach oddech pęcherzykowy znacznie zaostrozony; gardziel zaczerwieniona. Ciepłota 37,7° C., brzuch wzdęty, stolce prawidłowe. Zalecono odwar ipekakuany z *kali chloricum*. Następnego dnia 31 Października, 4 dnia choroby, ciepłota 38,6° C., silny nieżyt oskrzeli, kaszel, w płucach liczne rzeżenia nieżytowe, nieżyt nosa i łącznicy oka. Wieczorem ciepłota 38,8° C.

1 Listopada. Ciepłota 38° C. Na twarzy szyi i piersiach wystąpiła wysypka plamista, cokolwiek wzniesiona nad poziom skóry. Objawy nieżytowe trwają. Rozpoznano chorobę jako odrę. Leczenie jak wyżej.

za ich niejako idzie rozkazem. Jeszcze, gdzie armija głównie z członków jednego narodu się składa, a urastający gmach nauki jest wyraźnie rezultatem pracy tego narodu, jest jego niezaprzeczoną własnością, jego rzetelną ozdobą i zaszczytem, tam narodowe uczucie osłodzić może badaczowi podrzędność jego stanowiska. Gdy wszakże takiej nie ma kompensaty, to czasem dziwić się trzeba tej uległości w badaniu, dziwić się trzeba, gdy człowiek główną upatruje chlubę w tem, że cudze poglądy zna i pamięta. Jeżeli nawet prace jego korzyść przyniosą innym, on sam należnej nieodbierze nagrody, bo na takim stanowisku ginie główny zaszczyt naukowego badania, ginie jedyna za naukową pracę nagroda, ginie cała rozkosz myślenia.

Zygmunt Kramsztyk.

2 Listopada. Taką plamista wysypka wystąpiła na tułowiu, kończynach dolnych i górnych; pragnienie, silny światłowstręt i kaszel; w nocy były majaczenia.

3 Listopada. Objawy nieżytowe słabną, w płucach słycać jeszcze rżenia, chora spokojniejsza. Na twarzy i piersiach oraz kończynach górnych wysypka zbladła.

5 Listopada. Wysypka zaczyna znikać; chora czuje się lepiej; kaszel niezbyt częsty; ból gardła zmniejsza się, zaczerwienienie gardzieli jeszcze dosyć znaczne.

7 Listopada. Wysypka znikła; na twarzy, piersiach, szyi, naskórek pęka i łuszczy się; stan ogólny dobry, łaknienie powraca.

Przez następnych dziesięć dni nie godnego uwagi w przebiegu choroby nie zaszło.

18 Listopada. Dziecko, dotąd dosyć dobrze się mające, zaczęło wymiotować. Ciepłota 40° C., tętno 150, język suchy, pragnienie, skóra sucha, twarz silnie zaczerwieniona. Kaszel bardzo częsty, w płucach liczne rżenia nieżytowe. Nieżyt jamy gardzielowej.

19 Listopada. Ciepłota 40° C., noc zeszła niespokojnie, wymioty ustały. Stan prawie bez zmiany. Zalecono chininę.

20 Listopada. Ciepłota 39,4° C., chora cokolwiek spokojniejsza, kaszel dosyć częsty. W płucach słycać rżenia jak dnia poprzedniego. Na szyi, piersiach i plecach występują rzadkie guziczki. Rozpoznano ospę, zalecono odwar ipekakuany z kwaskiem. (D. n.)

II. O SUCHOTACH PŁUCNYCH PRZYMIOTOWYCH.

podał D-r. med. **Alfred Sokolowski.**

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 21 Lutego 1882 roku).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 11).

P r z e b i e g. Po upływie dni 10, t. j. d. 27 Lipca, znalazłem stan następujący: chory czuje się lepiej, kaszel a szczególnie duszność mniejsza, siły lepsze, wymioty przy kaszlu rzadsze. Obok powyższego leczenia zalecono jeszcze wzięwania sublimatowe.

6 Sierpnia. Chory wyżył 4 gran sublimatu oraz 3 grany w inhalacji. Duszność znacznie mniejsza. Czuje się daleko silniejszym. Wymioty przy kaszlu ustąpiły. Waga 138 fut. Objawy w płucach *in statu quo*.

16 Sierpnia. Chory wyżył 6 gran sublimatu, 6 drachm jodku potasu oraz 6 gran. sublimatu w inhalacji. Znakomita poprawa; chory nie pamięta nawet kiedy czuł się tak dobrze; chodzić może godzinami, duszność i kaszel nieznaczny,

sen i apetyt wyborny. Pomimo to w płucach objawy nie zmieniają się; owszem z tyłu, z prawej strony, w okolicy międzyłopatkowej słychać wyraźne *gargouillement*. Objętość płuc 2500 cent. sześć., głos *in statu quo* też same zmiany w krtani. Na wadze stracił trzy funty.

26 Sierpnia. Przez ostatnie dni kaszel się zmniejszył. Łaknienie, siły i waga bez zmiany. W płucach i krtani objawy jak wyżej. Chory czuje się wybornie, przejść może powoli kilka wiorst bez zmęczenia i duszności. *Protojoduretum hydrargyrii* i jodek potasu.

1 Września chory opuścił zakład. Poprawa tak znaczna zdawała się przemawiać za słusnością naszego rozpoznania. Zaleciwszy więc choremu prowadzić dalej leczenie wyżej wspomniane, prosiłem go o zawiadamianie mnie od czasu do czasu o swoim stanie. Pomimo jednakże uroczystego przyrzeczenia w ciągu czterech miesięcy nie o chorym nie słyszałem; dopiero 20 Grudnia roku zeszłego odebrałem list z prośbą odwiedzenia go w jednym z hoteli warszawskich, przyjechał bowiem zasięgnąć mojej rady, czuje się jednakże za zbyt słabym, aby mógł mnie w domu odwiedzić. Chorego widziałem tego samego dnia i zastałem go w stanie rozpaczliwym. Ledwie dosłyszalnym szeptem opowiedział mi, że po wyjeździe z Nałęczowa w ciągu dwóch miesięcy czuł się zupełnie dobrze, dopiero w Listopadzie po przeziębieniu i nadużyciu w jedzeniu, powstało rozwolnienie, niczem nie dające się powstrzymać; powoli zaczęły puchnąć nogi, a następnie i brzuch; chory słabł coraz bardziej, a widząc bezskuteczność różnych leków przyjechał do Warszawy, dla zasięgnięcia mojej rady. Dodał nadto, że po wyjeździe z Nałęczowa jeszcze w ciągu sześciu, czy ośmiu tygodni używał leczenia sublimatowego. Przy badaniu chorego znalazłem stan następujący. Wyniszczenie niesłychane, kończyny dolne bardzo zbrzękłe, na nich wysypka charłacza; w jamie brzusznej znaczna ilość płynu (*ascites*).

Wątroba nieco zmniejszona. Granice: *in linea axillari* 9 żebro, *in linea mammaria*—6, *in linea mediana*—rozległość między pepkiem a wyrostkiem mieczykowym. Z pod łuku żebrowego nie wyczuwa się wcale.

Śledziona nieco wyczuwalna. Apetyt żaden, rozwolnienie częste z silnymi wydymaniami (do 12 razy na dobę). W płucach znalazłem niemal też same zmiany, co i przed czterema miesiącami, t. j. objawy rozległych zgęszczeń z oznakami zniszczeń na obu szczytach, a szczególnie w prawym od tyłu (wydech oskrzelowy, rżenia dźwięczne), kaszel niezbyt częsty z małą ilością płwociny ropiastej. Stan bezgorączkowy. Duszność stosunkowo niezbyt wielka.

Moc ciemnawy, mocno nasycony, w ilości 800 ctm. sześć.. Ciężar gatunkowy 1015. Zawiera znaczną ilość białka

Zrobiłem rozpoznanie mączkowatego zwyrodnienia organów (*degeneratio amyloidea*) w skutek sprawy przymiotowej trzewiowej (*syphilis visceralis*). To moje rozpoznanie potwierdzili również prof. Baranowski i D-r Żera, którzy w kilka dni potem chorego widzieli na wspólnej ze mną naradzie.

W dni kilka chory przeniósł się do Szpitala Ś-go Ducha, gdzie dalej wspólnie z Drem Zaleskim go obserwowałem. Objawy wyniszczenia stopniowo powiększały się, stan jednakże pozostawał ciągle bezgorączkowym; chory słabł

coraz bardziej, i zupełnie przytomnie zmarł w tym szpitalu dnia 8 Stycznia r. b; rzecz godna uwagi, że w ciągu ostatniego tygodnia znaczna ilość płynu w jamie otrzewnej prawie zupełnie znikła.

Badanie pośmiertne, dokonane łaskawie przez prof. Lamb'la w dniu 9 Stycznia, dało rezultat następujący: Mężczyzna wysokiego wzrostu, wychudzenie znaczne, skóra wiotka, na obu goleniach pomarszczona, sucha; na stopach nieznaczne zbrzęknięcie. Na napletku blizna twarda ciemno zabarwiona. Jądro lewe mniejsze niż prawe.

C z a s z k a. Rozmiary: 18 ctm. podłużny, 14 poprzeczny; kości czaszki zbite, pozbawione śródkości (*diploe*) w przecięciu podobne do kości słoniowej; w okolicy potylicowej i czołowej grubość kości wynosi przeszło jeden centymetr (*hypercrania*). Czaszka niezwykle ciężka. Blaszka wewnętrzna czaszki nierówna. Opona twarda mocno przyrośnięta, naprężona. Opona miękka (*pia*) nieco zgrubiała daje się zrywać dużemi kawałkami. Naczynia żyłne do najdrobniejszych gałązek, szczególnie nad zawojami, przepelnione krwią. Substancja szara mózgu barwy ciemno-czerwonej, biała zaś wiotka, ciągnąca się i błyszcząca, na przecięciu usiana licznemi kroplami krwi, z trudnością rozplywającemi się *Arteriae basillares et fossae Sylvii* miękkie, opalające (*stasis venosa meningum*).

K r t a ń. Nagłośnia (*epiglottis*) formy eliptycznej; brzegi zupełnie gładkie; błona śluzowa blado-różowa, więzy języko-nagłośniowe i nalewko-nagłośniowe (*ligamenta glosso- et ary-epiglottica*) gładkie nie przedstawiają żadnych zmian. Część międzynalewkowa, jako też cała tylna ścianka krtani, powleczone błoną śluzową gładką, bladą, nie przedstawiającą żadnych zmian. Obie dwie struny głosowe z obu stron zupełnie zniszczone i razem z zatoką *M o r g a g n i ' e g o* przedstawiają obszerne owrzodzenie. Brzegi owrzodzenia zupełnie symetryczne, z obu stron zajmują całą ścianę boczną krtani, z wyjątkiem tylnego spoidła na przestrzeni około 1 centymetra. Przednia połowa owrzodzenia nierówna, poszarpana, pokryta granulacyjami; na brzegach owrzodzenie pokryte twardą blizną; tylna część owrzodzenia głęboka więcej niż na 1 ctm., na dnie wrzodu, w części odpowiadającej chrząstce nalewkowej, sterczy obnażona chrząstka, przy uderzeniu zgłębnikiem wydająca odgłos, właściwy obnażonej kości. Ściany tego ostatniego zagłębienia i podstawa nierówne, barwy brudno-ciemnej; brzegi ostre, prawie wszędzie poszarpane, zawartość zagłębienia przedstawia nalot szaro zabarwiony. Na tylnej ścianie tylko co opisanego owrzodzenia, błona śluzowa przelyku gładka, nietknięta nieco zabarwiona szarawo. Na 3 ctm. niżej, z prawej strony linii środkowej, wystaje blado żółty gruczołek podśluzowy, wielkości soczewicy. Gruczoły limfatyczne na szyi nie powiększone (*laryngitis ulcerosa necrotica*).

L e w e p l u c o u szczytu przyrośnięte za pomocą suchych, twardych, ścięgniętych zrostów; na podstawie jakoteż i między osierdziem i wewnętrznemi częściami płuca znajdują się podobne zrosty; zraz górny zgrubiały pod postacią guzów wielkości od 1 do 5 centymetrów, z wyraźnemi wyniosłościami na powierzchni, opadającemi po przecięciu i przedstawiającemi tkanę bladoróżową niezwykle suchą. Guzowate części przy przecięciu przedstawiają głównie tkanę bliznowatą, szarego zabarwienia, ze sterczącemi przy przecięciu oskrzelami, oto-

czonemi także szarą tkanką bliznowatą. Oskrzela na przecięciu suche, twarde; ani śladu śluzu, nawet w większych gałęziach; na 3 centymetry poniżej wierzchołka płuca, w części zewnętrznej płuca, widać na przecięciu mostek ażurowy, z tkanki zbitej złożony, jakoteż jamę (*caverna*) wielkości 3 do 4 ctm., o ściankach nierównych, pokrytych licznymi zatokami; zawartość jamy brudno szara; z poszarpanych ścian jamy występują liczne wiązki tkanki łącznej; na przednim brzegu pośród suchej, blado-szarej tkanki wystaje okrągła guzowatość, wielkości 1½ ctm., która po przecięciu poprzecznym przedstawia tkankę suchą, szaro-żółtawą, z drobnymi zagłębieniami, z których wydziela się płyn, barwy żółto-szarej. Na tylnym brzegu płuca znajduje się podobna guzowatość z szyfrowatą tkanką na przecięciu. W dolnym zrazie lewego płuca znajdują się również guzowate wzniesienia i stwardnienia płuca pośród tkanki bezkrwistej, na przecięciu przedstawiają się nieściśle odgraniczonemi, szyfrowato zabarwionemi; są po większej części suche, tylko w okolicy tkanki płucnej, nieco bardziej zawierającej powietrza, wydobywa się nieznaczna ilość płynu pianistego i zabarwionego. W wielkich oskrzelach lewego płuca nieznaczna ilość płynu; błona śluzowa oskrzeli miejscami zaczerwieniona, prawie zupełnie sucha.

P r a w e p ł u c o, podobnie jak lewe, pokryte suchemi zrostami, u szczytu znajduje się obszerna 4 do 5 cent. w rozmiarze jama; ściany jej gładkie, zawartość brudno-szara; poniżej znajduje się druga, jeszcze większa jama (rozmiar podłużny 8 cent.). Ściany jej poszarpane. Zraz średni i dolny przedstawia te same zmiany, co i odpowiednierzrazy w lewym płucu, z tą różnicą, że części płuca, zawierające powietrze, leżące między stwardniałemi masami, wydzielają więcej płynu ciemnawego, aniżeli płuco lewe. Gruczoły oskrzelowe zamienione na guzy twarde ciemno-szare. (*Pneumonia interstitialis chronica. Cavernae lateris utriusque. Synechiae pleuriticae*).

S e r c e. Rozmiar podłużny 10 cent., ścianki wiotkie; grubość ścianki lewej komórki wynosi nie cały centymetr. Zawartość: krew płynna, nieco włóknika; zastawki gładkie, niezmiennione.

Cały łuk aorty nierówny, błona wewnętrzna jego usiana drobnymi, soczystymi, blad różowemi naleciałościami, nie dającemi się zmyć z powierzchni. W początku aorty piersiowej sterczy skrzep włóknika, blado-żółtego koloru. Na całej przestrzeni aorty piersiowej i brzusznej znajdują się także zmiany, jak w łuku aorty. W niektórych miejscach, a szczególnie w dolnej części aorty brzusznej, widzimy blaszkę, konsystencyi prawie kostnej. Zawartość aorty: włóknik brudno-żółty (*Atrophia cordis et endocarditis*).

W jamie otrzewnej płynu nie ma.

W ą t r o b a. Górny brzeg poniżej 5-go żebra, dolny nie dochodzi do łuku żebrowego dolnego. Powierzchnia wątroby gładka, brzeg zaostrozony, wyciągnięty w kształcie bliznowatego szlaku, na powierzchni górnej lewego zrazu znajduje się blizna białego koloru, klinowato w tkankę płucną na 4 milim się zagłębiająca. Przy przecięciu tkanka wątroby sucha ciemno-czerwonego koloru, budowa ziarnista wyraźnie się odznacza, konsystencyja twarda, ziarnistość prawie wszędzie

widoczna pod postacią okrągławych ziarenek, otaczających naczynia w kształcie białawych pasm (*atrophia hepatis laevis*).

Śledziona 15 cent. długa, przy rozcięciu niezwykle twarda, jakby zamrznięta, na powierzchni zewnętrznej otoczki zgrubienia bliznowate. Tkanka śledziona na przecięciu sucha, koloru jasno-czerwonego, łatwo dająca się rozrywać na drobne kawałki, ciemno-różowo przeświecające. Naczynia prawie nie zawierają krwi (*degeneratio amyloidea lienis*).

Nerki powiększone, szczególniej substancja korowa, która posiada żółte zabarwienie, oddzielające takową wyraźnie od substancji rdzeniowej. Na powierzchni liczne blizny, otoczka z trudnością się oddziela (*nephritis chronica*). W żółtych zawartość zabarwiona żółtawo, błona śluzowa nie przedstawia zmian żadnych.

Kiszki cienkie przedstawiają błonę śluzową ciemno zabarwioną, w niektórych miejscach, białe gruczolki, na miejscach odpowiadających gruczolom odosobnionym, na rozcięciu wydzielają płyn śluzowy. W grubych kioskach zawartość kałowa, błona śluzowa umiarkowanie zaczerwieniona, pokryta śluzem, owrzodzeń nigdzie się nie napotyka.

Gruczolę kręzkowe nie powiększone.

Trzustka i nadnercza nie przedstawiają zmian żadnych.

Diagnosis anatomica: Laryngitis ulcerosa, necrotica; pneumonia interstitialis chronica, cavernae lateris utriusque, synechiae pleuriticæ; atrophia cordis et endoaortitis; degeneratio amyloidea lienis; nephritis chronica; atrophia hepatis laevis, hypercrania, stasis venosa meningum; marasmus. Badanie mikrochemiczne wątroby i nerek, następnie dokonane, wykazało również i w tych organach, podobnie jak w śledzionie, obecność zwyrodnienia mączkowego (*degeneratio amyloidea*). (D. u.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

20. Henryk Thompson. Kruszenie kamieni pęcherzowych od jednego razu. (*La lithotritie en une seule séance*).

Nie jeden z nas, przypatrując się robionej litotrypsji i słuchając jęków chorego, pytał się w duchu, czy rzeczywiście koniecznem jest, aby rozkruszenie kamienia rozwlekać na kilka lub kilkanaście posiedzeń i czy nieodzownemi do pomyslnego zejścia są bóle i jęki chorego. Tak jednakże był silny wpływ ojca tej operacji, Civalle'a, że przepisy jego zdołały przetrwać aż do dni naszych, którym przypadła w udziale reforma i tej części chirurgii. Nastąpił w tym względzie rzadki—co do radykalności swej—przewrót i dla tego postanowiliśmy podać prawie *in extenso* odczyt największego specjalisty w zakresie chorób dróg moczowych, wzięty z tłumaczenia francuzkiego, dokonanego przez Le-Beca.

Thompson poprzedza swój wykład zwięzłym rzutem oka na historję tego nowego sposobu operowania. 1857 r. Heurteloup, przekonany głęboko o konieczności usunięcia okrucichów kamienia w ciągu jednego posiedzenia, przed-

stawił Akademii lekarskiej w Paryżu pracę, w której zaleca „sproszkowanie i wydobycie kamienia bezpośrednio i zupełnie“; skutki jednakże nie odpowiedziały jego oczekiwaniom. Nieco później Filip Crampton z Dublina wymyślił przyrząd, składający się ze szklanego zbiornika, w którym za pomocą pompki można było robić próżnię i wysysać (*aspiratio*) zawartość z pęcherza za pomocą grubego cewnika srebrnego. Thompson jednak 1854 r. znalazł ten przyrząd zanadto grubijanskim i niebezpiecznym. Niedługo potem Clover zbudował aspirator kauczukowy, przypasowany do szklanego cylindra; aspirator ten, opatrzony klapką, doskonale odpowiadał swemu zadaniu, przyciągał zawartość pęcherza przez zgłębnik srebrny (Nr 23—25 według podziałki Charriera), przyczem kłapa przeszkadzała odpływowi płynu z okruciami napowrót do pęcherza. Wielu tymczasem innych chirurgów starało się zastąpić działanie pęcherza zapomocą grubej szprycy, dającej szybki strumień wody, mający na celu wypłukanie pęcherza po rozkruszeniu kamienia; tak np. postępowali Skely i Coulson. Tymczasem Civiale, który w tym okresie (1845 — 1865) był najdoświadczeńszym operatorem w tej gałęzi w całej Europie, trzymał się ściśle zasady pozostawienia siłom samego pęcherza wydalanie okruszyn kamienia, odrzucał znieczulanie i uważał użycie innych narzędzi, z wyjątkiem litotryba, za niebezpieczne. W tym czasie Wiliam Ferrguson usiłował skrócić czas leczenia przez wydobywanie resztek kamienia za pośrednictwem samego litotryba. W tym celu usypiał chorych eterem, wprowadzał wielokrotnie to narzędzie w ciągu jednego posiedzenia. Tym sposobem udawało mu się usunąć od jednego razu kamień sporych rozmiarów, lecz na nieszczęście, wyciągając narzędzie z ostremi okruszynami, narażał szyjkę pęcherza i cewkę na obrażenia bardzo poważne. Thompson oddawna posługiwał się do usunięcia okruców przyrządem Clover'a, zalecał i używał narzędzi, o ile można, grubszych do kruszenia i opróżniania pęcherza, a to w celu uniknięcia zapalenia tego organu pod wpływem okruszyn kamienia.

W roku 1878 doniosłą zmianę wprowadził prof. Bigelow. Dowiódł on, że każdy kamień, jakakolwiek byłaby jego objętość i bez względu na zapalenie pęcherza, powinien być nieodmiennie usunięty od jednego razu, zapomocą litotryba grubszego, zgłębników ewakuacyjnych obszerniejszych, gruszeki kauczukowej potężniejszej, niż wszystkie dotychczas używane. Podstawy do takiego postępowania spoczywają na tej zasadzie Otis'a (z New-Yorku), że cewka męzka w stanie prawidłowym jest zdolna przepuścić z łatwością narzędzia kalibru nr. 28—35 (podziałki francuskiej) zamiast nr. 22—25. Te ostatnie cyfry uważano jako granice rozszerzalności zdrowej cewki. Dalej, Bigelow utrzymuje, iż lepiej jest uwolnić pęcherz od kamienia odrazu, nawet za cenę manipulacyi daleko dłużej trwających i cięższych, od dotychczas używanych, niż powtarzać kruszenie kilkakroć i zostawiać w pęcherzu odłamki nierówne, ostre i kałciaste.

Metoda ta, przyjęta obecnie przez znaczną liczbę chirurgów angielskich i amerykańskich, nie cieszy się jeszcze uznaniem na lądzie stałym. Thompson natychmiast ją przyjął i ściśle się jej trzyma; na jesieni 1880 r. demonstrował ją w Paryżu i Wiedniu, operując tym sposobem chorych w szpitalach. Obecnie doświadczenie swoje opiera na 100 operowanych, z których ani jednemu nie kruszył kamienia więcej razy nad jedno posiedzenie i nie waha się usunąć tej metody za znakomite udoskonalenie i postęp, nietylko we względzie śmiertelności, lecz nawet co do dalszych następstw operacyi.

W drugiej części wykładu, T. przechodzi do samej metody. Co się tyczy użycia narzędzi, to w tym względzie niewielkie zaszły zmiany od dawniejszego sposobu operowania. Jestto prawie to samo, tylko że obecnie kruszeniu poddaje się kamienie nawet większe, wydobywa się więcej odłamków, słowem dokonuje się więcej roboty w tym samym czasie. Do tego potrzebny jest mocniej-

szy litotryb, którymby można strzaskać kamień nawet bardzo twardy i zamienić go na odłamki (*fragments*). Następnie potrzebny jest drugi litotryb cieńszy, do zamiany tych odłamków na okruszyny (*débris*). W tym celu posługujemy się znowu dawniejszemi narzędziami, z dziobami okienkowatemi (*à mors feutrés*), które wyszły były z użycia jako zbyt ciężkie. Dogodniej też jest używać litotrybów z rękojeścią cylindryczną (*à poignée cylindrique*), które są przyjęte prawie wszędzie jako łatwiejsze do manipulowania. Litotryby okienkowane mają tę wyższość nad innymi, że się nie zatykają masą okruszynową, którą wypycha się przez otwór w gałęzi żeńskiej.

Skruszywszy kamień średnich rozmiarów na małe kawałeczki za pomocą manipulacyj powtarzanych w ciągu 8 — 10 minut, wyjmuje się litotryb, a natomiast wprowadza zgłębnik, n° 24 — 26 — 30 (podziałki francuskiej), stosownie do kalibru cewki. Czasami potrzeba jest nadciąć wylot cewki. Do zgłębnika przymocowuje się jeden z licznych aspiratorów (np. *Clover'a*) a samo wysysanie odbywa się bardzo prosto.

Dobry aspirator powinien odpowiadać następującym warunkom:

- 1) Potrzeba, aby był lekki, mały, łatwy do użycia i ujęcia jedną ręką.
- 2) Trzeba, żeby posiadał otworek w górnej części, dla napełnienia go wodą i wypędzenia powietrza.
- 3) Część dolna powinna łączyć się ze zgłębnikiem ewakuacyjnym i z pęcherzem jak najkrótszą drogą. Część ta powinna być tak urządzona, aby aspirator łatwo było zdjąć ze zgłębnika, a mimo to, żeby nie przepuszczał wody.
- 4) Potrzebny jest odbieralnik, do którego by wpadały okruchy, z kądyby je łatwo było wydobywać.

Warunkom tym zupełnie odpowiada aspirator *Thompson'a*, wykonany przez firmę *Weiss i Syn* w Londynie.

Nasadzwszy aspirator na wylot zgłębnika, wprowadzonego do pęcherza, operator ścisnąc rytmicznie gruszkę kauczukową, która, rozszerzając się, sama wysysa zawartość z pęcherza; jeśli wyczuwa się zgłębnikiem jeden lub dwa większe odłamki, które dla swej objętości nie mogą być wessane, wprowadza się nowo litotryb, poczem znowu się wyciąga okruchy aspiratorem. W ten sposób w ciągu 10 — 50 minut można skruszyć i wydobyć kamień moczowy sporych rozmiarów.

Jeśli chory mocno cierpi po operacji, wielką ulgę sprawia kąpiel nasiadowa, o ile możliwości ciepła, — przez następne dni postępuje się jak przy zwykłym zapaleniu pęcherza; położenie na grzbiecie, częste kąpiele nasiadowe, roztwór potażu w dawkach małych a częstych.

Z pomiędzy powikłań *T.* wspomina o jednej nadzwyczaj ciekawej, którą obserwował wielokrotnie i której nie umie sobie objaśnić; a mianowicie zdarza się często, iż chory przez 3 — 4 dni zaraz po operacji czuje ogromną ulgę, mocz jest przezroczysty pęcherz znosi sporą jego ilość, uważa się już chorego za rekonwalescenta. Tymczasem w końcu 4-go, 5-go dnia, powstaje lekka gorączka, pęcherz staje się drażliwym, mocz mętnieje, słowem wytwarza się zapalenie ostrawe, trwające 1 — 2 tygodni. Powikłanie to zdarza się pomimo wszelkich ostrożności i nie jest wynikiem jakiegoś błędu ze strony chorego.

W ten sposób *T.* operował 191 przypadków; 87 z nich wraz z ciężarem kamienia przedstawił na Zjeździe międzynarodowym r. z. Nie wliczył do tej liczby kamieni fosforanowych, powstających często u ludzi przywykłych do wypuszczania sobie moczu, których uryna alkaliczna z łatwością osadza fosforany.

Średni wiek operowanych wynosił 62 i pół lat. Co do jakości 61 kamieni z kwasu moczowego, 4 ze szczawianów, 8 mieszanych, 28 z fosforanów. Na 101 operowanych zmarło 3. Jeśli w celu porównania wziąć także sam szereg analogicznych operacji, dokonanych dawniejszym sposobem, to śmiertelność wynosiła 5%, średnia zaś cyfra 400 przypadków, przedstawionych w *Towarz. chirurgicz.*

wynosi 7½%. Widzimy więc, że przy nowej metodzie procent śmiertelności znacznie się zmniejszył, i nie zdarzyło się chyba w dziejach chirurgii, aby komukolwiek ze starców operowanych na kamień zmarło tylko 3 chorych. *Martineau* z Norwicz ogłosił sławne 84 przypadki z 2½, lecz w tej liczbie było 24 chorych poniżej 50 lat, 11 zaś tylko liczyło więcej niż 60 lat i właśnie z pomiędzy nich zmarli owi dwaj, co daje 8% dla starców.

Zbadajmy teraz stan pęcherza po operacji; jestto kwestyja nierozłącznie związana z kruszeniem, źródło licznych zarzutów, i która powstrzymywała wielu dawniej chirurgów od uznania *lithotrypsyi*. Zapalenie ostrawe z wytworzeniem osadów fosforanowych w pewnych razach było następstwem dawnej metody operowania, choć zdarzyć się może to samo powikłanie i po cięciu pęcherza (*lithotomia*). Otóż, co się tyczy tego punktu, utrzymywali niektórzy, że to powikłanie zostało wygnane z chirurgii od czasu zastosowania nowej metody. Zdaniem *T.* twierdzenie to jest przedwczesne.. *T.* spostrzegł jeden bardzo ciężki i uparty przypadek takiego zapalenia fosforanowego (*cystite phosphatique*), podobny do niego drugi przypadek, a nadto 4 przypadki zapalenia uporczywego, trwającego 3 — 4 miesięcy. We wszystkich tych przypadkach kamień składał się z kwasu moczowego, i nie było zapalenia pęcherza przed operacją.

Jeśli zapalenie pęcherza już istniało przed operacją, jak to bywa przy przeroście gruczolu krokowego przy czem chory przywykł mocz wypuszczać sobie cewnikiem, następuje po operacji poprawa i we względzie zapalenia.

Mimo to obecnie zapalenie pęcherza po litotrypsyi zdarza się rzadziej niż dotąd; postęp i w tym względzie jest znaczny. W celu uniknienia niebezpieczeństwa obowiązkiem naszym jest nie używać litotrybów i zgłębników, któreby mogły zanadto rozciągnąć lub podrażnić szyjkę pęcherza i cewkę moczową. Naszem prawidłem być winno posługiwanie się narzędziami kalibru, odpowiadającego rozmiarom kamienia. Do wydobycia 200 — 300 gramów masy kamieniowej z pęcherza zupełnie jest zbytecznem, a nawet niebezpiecznem wprowadzać litotryby i zgłębniki ewakuacyjne n° 30 (skali francuzkiej = 18 angielskiej). Roztropniej jest manipulować 2 — 3 minuty dłużej, a użyć zgłębnika n° 24 — 26. Streszczając, rzec można, iż kruszenie od jednego razu w zręcznych rękach jest operacją doskonałą pod względem bezpieczeństwa dla chorego.

Sprawia ono mniejsze podrażnienie następcze pęcherza niż kruszenie w kilku posiedzeniach, nie wymaga nieodzownie nowego modelu narzędzia do wykonania.

Zalety polegają na usunięciu ciał obcych z pęcherza za jednym zamachem. W ten sposób nie zostaje w pęcherzu nic, coby mogło spowodować zapalenie tego organu, już zadrażnionego. Im łagodniej była dokonana operacja, tem szybsze i pewniejsze będzie wyzdrowienie.

Poczynający chirurg może stosować tę metodę tylko przy kamieniach średniej wielkości; przy wielkich a twardych lepiej postąpi, gdy zrobi cięcie pęcherza.

(*Archives générales de médecine, 1882 Ferrier*)

Matlakowski.

21. B. Fleischer. O trawieniu żołądkowem w różnych warunkach.

Na zeszłorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników w Salzburgu przedstawił *Fleischer* wyniki swych doświadczeń nad trawieniem żołądkowem w różnych warunkach, z którymi chcemy zapoznać czytelników, ze względu, że oparte są na ścisłej metodzie badania i dotyczą kwestyj z życia codziennego, interesujących zarówno higienistę jak i lekarza.

F. zajmował się badaniem wpływu na trawienie: 1) zimnej wody przyjętej jako napój, 2) leżenia, stania i chodzenia po jedzeniu, 3) gorących i zimnych okładów na okolicę żołądkową, 4) pepsyny i kwasu solnego—wreszcie 5) wpływu miesiączkowania na trawienie.

Metoda F. polegała na wyplukiwaniu zawartości żołądka zapomocą cewnika kauczukowego, po upływie pewnej liczby godzin po wprowadzeniu do żołądka ściśle oznaczonej stałej ilości pokarmów, złożonych z bifsteku, zupy i chleba. Zapomocą tej metody, której F. już poprzednio używał, starał się on najprzód oznaczyć granice okresu trawienia u ludzi zdrowych zupełnie, i przekonał się przytem, że okres ten waha się u różnych osób od $5\frac{1}{2}$ — 7 godzin, gdy u tej samej osoby czas trawienia jest dosyć stały.

Wyniki F. są następujące:

1) **Z i m n a w o d a j a k o n a p ó j.** U pewnych osób wypicie nawet $1\frac{1}{2}$ litra zimnej wody przy jedzeniu i w różnych porach trawienia nie szkodzi wcale, wszelako z większej liczby doświadczeń wnosić trzeba, że tylko pół litra wody przy jedzeniu nie wpływa na trawienie; następne pół litra sprowadza nieznaczne opóźnienie trawienia, trzecie zaś pół litra wyraźnie je opóźnia.

U chorej z nieżytem i rozszerzeniem żołądka pół litra wody sprowadza wyraźne bardzo opóźnienie trawienia.

(Dodać tu należy, że gdy zwolennicy zimnej wody zachwalają ją dla tego iż rozmiękcza pokarmy i pobudza nerwy żołądkowe, to natomiast przeciwnicy obawiają się obniżenia ciepłoty w żołądku, obciążenia i rozszerzenia jego ścian, oraz rozcieńczenia soków trawiących).

2) **S p o c z y n e k i r u c h p o j e d z e n i u.** Według F. trawienie odbywa się jednakowo podczas spokojnego leżenia jak i podczas stania po jedzeniu. Co się tyczy ruchu, osoby, które chodziły dosyć szybko na wolnem powietrzu przez kilka godzin, zachowywały się różnie. U niektórych tylko trawienie odbywało się prawidłowo, u większości natomiast znacznieszy ruch po jedzeniu sprowadzał wyraźne opóźnienie trawienia. Uzasadnionem więc jest zdanie: *post coenam stabis aut mille passus dabis* W każdym razie nie więcej nad to.

3) **G o r ą c e o k ł a d y i z i m n o.** U ludzi zdrowych zupełnie okłady gorące stosowane przez 5—6 godzin na okolice żołądkową znacznie przyspieszają trawienie (o godzinę). W klinice prof. Leubego w Erlangen z nader pomyslnym skutkiem stosują gorące okłady (obok soli karlsbadzkiej i płynnych pokarmów) u chorych z upośledzonym trawieniem przy wrzodzie żołądka.

Zimno w postaci okładów lodowych na okolice żołądka nie wywierało żadnego widocznego wpływu na trawienie.

4) **P e p s y n a i k w a s s o l n y.** U osób zdrowych rozcieńczony kwas solny i wyborowa pepsyna zadawana kilka razy w dawce na końcu noża nie wpływały w sposób widoczny na przyspieszenie trawienia. Podobnież u pewnych chorych z nieżytem żołądka i nieznacznym rozszerzeniem, skoro w wypompowanej zawartości żołądkowej znajdowała się dostateczna ilość kwasu solnego, dodatek zarówno tego kwasu jak i pepsyny nie pomagał trawieniu. W jednym przypadku jednoczesne zadawanie kwasu solnego i pepsyny razem z gorącemi okładami przyniosło pożądaný skutek.

5) **M i e s i ą c z k o w a n i e** w znacznym stopniu opóźnia trawienie, jak się już o tem przekonał K r e t s c h y.

Na podstawie swych doświadczeń F l e i s c h e r kreśli następujące wskazówki dla patologii i terapii chorób żołądkowych.

Ponieważ gorące okłady wyraźnie przyspieszają trawienie u osób zdrowych, przeto można się po nich spodziewać pożytku w przewlekłych nieżytach z rozszerzeniem żołądka oraz przy wrzodzie dziurawiącym, w których to stanach trawienie jest upośledzone.

Jeżeli w wyplukiwanej zawartości żołądka znajdziemy kwas solny w ilości dostatecznej, natenczas dodawanie tego kwasu nie będzie miało celu, a natomiast sposobem próby zadawać będzie można pepsynę, co do której niepodobna orzec, czy wytwarza się w żołądku w ilości wytwarzającej. Prof. Leube zadaje swym chorym pepsynę z pomyslnym skutkiem.

Ponieważ przy chorobach żołądka chodzi przede wszystkim o jaknajpomyślniejsze warunki trawienia, przeto chorym takim zabronić należy picia zimnej wody w większej ilości przy i po jedzeniu, a także forsownego i dłuższego chodzenia po jedzeniu.

Przy wystąpieniu zaburzeń trawienia podczas miesiączkowania zachowamy ostrożność w rozpoznaniu i leczyć je będziemy dopiero, gdy utrzymywać się będą po ustaniu miesiączkowania.

(Berl. Klin. Wochenschrift, N. 7. 1882).

W. Mayzel.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 17 Stycznia 1882 r. Towarzystwo zajęło się kwestyją niewłaściwości ogłaszania w pismach ilości głosów, otrzymywanych przez wybieranych na urzędy członków Towarzystwa, gdyż tego rodzaju sprawozdania stają się przyczyną mylnych wniosków i przykrych nieraz nieporozumień.

Szokalski złożył do biblijoteki Towarzystwa rękopism słownictwa lekarskiego polskiego, będący wynikiem czteroletniej pracy Towarzystwa z czasów Akademii lekarskiej. Rękopism ten w 1862 roku zaginął i dopiero teraz, a zatem po wydrukowaniu Słownika Krakowskiego, odnaleziony i na ręce Szokalskiego przez kolegę Aleksandrowicza oddany został.

Hoyer przedstawił otrzymane przez siebie w darze od prof. Retziusa i Keya pomnikowe ich dzieła p. t. „Studien“ w 2 tomach oraz Retziusa „Das Gehörorgan der Wirbelthiere“. Dzieła te Hoyer przeznacza w przyszłości do biblijoteki Towarzystwa, gdyż (jak to już panom ofiarodawcom napisał) uważa je za podarunek nie jemu, lecz całemu społeczeństwu polskiemu złożony i jako taki oddaje na własność jedynej polskiej instytucji, naukowej w Warszawie. Proponuje też ażeby pp. Retziusa i Keya wybrać na członków honorowych Towarzystwa Lekarskiego.

Na wniosek Szokalskiego liczba członków komitetu gospodarczego wyborem kolegów Brauna i Rogowicza zwiększoną została. Do rewizji kasy Towarzystwa wybrano oprócz dotychczasowych członków, jeszcze Dobrskiego i Nowakowskiego, a do komisji rewidującej kasę wsparcia tychże kol. Dobrskiego i Nowakowskiego zaproszono.

Gajkiewicz złożył pracę kol. Rejehmana p. t. „Niestrawność“ i drugą p. t. „Nowe poszukiwanie nad sztuczne karmieniem“ przedstawiając go jako kandydata na członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego. Kandydaturę Rejehmana popierają Matlakowski i Kornilowicz. Sprawozdawcą będzie Filipowicz.

Lubelski znowu ofiarował kilka cennych dzieł do Biblijoteki.

Posiedzenie kliniczne z d. 7 Lutego. 1882 r. Posiedzenie to daleko było bogatsze w treść istotnie naukową i tak:

Perkowski odeztał zapowiedziany przez siebie poprzednio elaborat „O pomyślnych wynikach litotomii, litotrypsyi i uretrotomii wewnętrznej w związku z przebiegiem objawów gorączki moczowej“. Rzecz ta będzie podobno drukowaną w „Medycynie“. Jak wszystkie prace kol. Perkowskiego nosi ona na sobie bardzo wyraźną cechę wpływu (może nieco jednostronnego) szkoły francuskiej, tym razem szczególnie Guyon'a, którego teoryje powstawania i przebiegu gorączki moczowej ilustrował Perkowski bardzo interesującemi przypadkami chorób, z praktyki własnej pozerpnietemi.

Następnie Matlakowski rozpoczął szereg spostrzeżeń hernijologicznych szczegółowym opisem przypadku przepukliny udowej prawej zaciśniętej. Pomimo odprowadzenia kiszki chory umarł przy objawach trwającego wciąż zaciśnięcia. Przy sekeyi znaleziono: brak objawów zapalenia otzewnej, zwięźlenie (nie zamknięcie) światła kiszki, w miejscu poprzednio uwięźnietem, rozcięcie części, po nad tem miejscem leżącej, oraz mierne ściągnięcie całej części przewodu kiszkowego, niżej położonej, aż do odhytu.

Przypadek ten dał sposobność Matlakowskiemu do zastanowienia się nad dwiema kwestyjami: 1-o w którym miejscu było zaciśnięcie: czy w jednym z otworów *fasciae cribriformis*, czy na wysokości *septi cruralis* i 2-o jaki był powód trwania objawów zaciśnięcia. Pierwszą kwestyję rozstrzygnął na zasadzie badania anatomicznego, które bardzo szczegółowo na posiedzeniu owem roze-

brał. Doszedł on do przekonania, że zaciśnięcie w danym przypadku nastąpiło nie gdzie indziej, jak tylko na wysokości *septi cruralis*. Co do punktu drugiego to twierdzi, że przyczyną trwania zamknięcia trzewia była *functio laesa* tej części jego, która podczas uwięźnięcia była na dłuższy ucisk wystawioną.

J a s i ń s k i na poparcie możliwości wniosku pierwszego, zrobił przegląd niektórych form uwięźnięcia (przez wkliniowanie sieci, zaciśnięcie przepukliny L i t t r e i g o i t. p.) które dowodzą, że zdanie niektórych autorów: jakoby zaciśnięcie przepukliny udowej tylko w okienkach *fasciae cribriformis* mogło nastąpić, jest błędne. Najlepiej jednak dowodzą tego argumenty anatomiczne M a t l a k o w s k i e g o, mianowicie stosunek worka uwięźnionej przepukliny udowej do *vena saphena magna*.

Co do drugiego wniosku, to J a s i ń s k i jest tego zdania, że doświadczenia H o f m o k l a dowodzą przekonująco, iż nawet częściowe zwięźlenie кишки, bez całkowitego zamknięcia jej światła wystarcza do wytworzenia zupełnej niedrożności, tem dokładniejszej, im więcej rozdętą będzie część doprowadzająca. Rolę przewiązki, zwięźlającej kioskę, grała tu bródka inkarceracyjna. Bródkę taką brali już pod uwagę i dawniejsi hernijologowie, ostrzegając operujących, żeby przed wprowadzeniem кишки do brzucha, wyrównać jej ścianę, znosząc miejscowy obrzęk i strangulacyję za pomocą delikatnego masażu.

Praca M a t l a k o w s k i e g o, której dalszy ciąg jest zapowiedziany, będzie *in extenso* pomieszczoną w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego.

Na członków podali się kol. S m o l e ń s k i i Franciszek Neugebauer (syn).

LIST OTWARTY do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

Dnia 14 Grudnia r. z. byłem wezwany do chorej w mieście Zastawiu. Przybywszy na miejsce około godziny 11-ej rano, zastałem żydowską dziewczynę, Ruchlę R., 15 lat wieku mającą, średniego wzrostu, dobrze zbudowaną i dostatecznie odżywianą, leżącą na wznak, z przymrużonemi oczyma, z wyciągniętymi dolnemi kończynami; chora ustawicznie poruszała rękami, jakby coś chciała złapać na koldrze, jak to zwykle robią ciężko chorzy; obok tych ruchów widać było i *subsultus tendinum*. Chora prawie nieprzytomna i z trudnością dowiedziałem się od niej, że ją głowa boli. Założony termometr pod pachę wskazał 40,3° C., tętno 120 uderzeń na minutę, średnio rozwinięte; skóra sucha na dotyk, język i zęby pokryte czarnym nalotem, usta spieczone. Przy opukiwaniu klatki piersiowej wszędzie odgłos nietympaniczny; przy wysłuchiwaniu zwykły szmer oddechowy bez najmniejszych zmian, wskazujących na zajęcie płuc. Tętno serca czyste, trochę słabe, wymiary serca prawidłowe. Śledziona cokolwiek powiększona, sięga do 7 żebra w linii pachowej, pod żebra mi wymacać się nie daje. Wątroba normalnych rozmiarów nie wystaje spod żeber. Brzuch trochę wzdęty, w okolicy кишки ślepej ton przytłumiony i przy głębszem obmacywaniu kioskka przedstawia się wypelniona kałem, zresztą brzuch przy dotykaniu niebolesny. Prawe udo całe jest spuchnięte w niewielkim stopniu, ale miękkie zupełnie przy dotykaniu i niebolesne. Na niem w kierunku żyły zaskórnej wielkiej (*saphena magna*) widać lekko żółtawy pas, szeroki na trzy palce, który, nie dochodząc do okolicy goleniowej, ginie. Ruchy w stawie udowym możliwe; kolano nie obrzmiałe, gruczoly w prawej pachwinie są nieco powiększone, ale prawie niebolesne. Mocz koloru ciemnego piwa, nie zawiera białka. Żrenice nieco rozszerzone, jednakowo obie.

Z anamnezy od matki dowiadujemy się, że chora do dnia 10 Grudnia t. r. była zupełnie zdrowa, prawie od dzieciństwa nie chorowała, że w rodzinie jej nie ma żadnych chorób dziedzicznych, że prawie rok nikt w tym domu nie chorował; dom jest murowany, stary, trochę wilgotny. Chora lubiła czytać i ma pewne wykształcenie. Miesiączkę dostała rok temu i miewała ją prawidłowo. Dzień 10 Grudnia, t. j. Sobotę, przepędziła w domu, nad wieczorem poszła na spacer, będąc dobrze ubraną, przyczem mróz był niewielki. Wróciwszy z przechadzki zaczęła się skarżyć na ból głowy i na ból w prawem udzie, dostała niewielkich dreszczów i gorączki, noc była niespokojna. Następnego dnia zdawało się, że ma się trochę lepiej, ale pod noc zrobiło się gorzej i chora już majaczyła. Powtarzało się to i następnych dni, aż chora prawie straciła zupełnie przytomność i otaczający wezwali

pomocy lekarskiej. Mówią, że oprócz niewielkiej ilości olejku rącznikowego nie dawali; stolec był, ale skąpy i przez dwa ostatnie dni nie było go zupełnie. Pokarmów nie przyjmowała, a pić tylko ją zmuszają.

Wziąwszy to wszystko na uwagę i mając przytem ciągle prawie sporadyczne przypadki tyfusu brzuszego w mieście, przypuszczałem, że mam do czynienia z tą właśnie nozologiczną formą, która będzie zresztą złośliwą, jak po większej części bywa u dziewcząt w jej wieku; choć dziwiło mię tylko spuchnięcie prawego uda i powiększenie gruczołów limfatycznych w pachwinie; ale żeśmy tu obserwowali w szpitalu wojskowym (128 piechotnego pułku) przy tyfusie brzuszny u młodego żołnierza powiększenie i bolesność także gruczołów w pachwinie, pomimo że chory nie cierpiał na żadną chorobę weneryczną i że to obrzmienie wytworzyło się w czasie choroby w szpitalu (i zdaje się, że podobny przypadek w klinice prof. Botkina w Petersburgu w 1879 roku narobił tyle hałasu), więc choć powtarzam nie umiałem sobie wytłumaczyć tego zjawiska, to przypuszczałem, jakem już wyżej wspomniał, że mam do czynienia z ciężką formą tyfusową; a że w tych przypadkach, według rady prof. Wunderlicha, zawsze zaczynam leczenie od kalomelu, więc i tu go przepisałem po trzy grana na proszek, cztery proszki i zaleciłem brać co 2 godziny po jednym do pojawienia się zielonych stolców. Przytem kazałem robić okład lodowy na głowę, wycierać chorą co 2 godziny zimną wodą, dając jej obfity zimny napój. Na spuchnięte udo olejek kamforowy.

Drugiego dnia, t. j. 15 Grudnia, byłem u chorej rano o godzinie 11-ej i znalazłem ją w takim stanie: straciła przytomność zupełnie i przestała mówić, chociaż bezsenność ciągnęła, ciepłota 41° C., tętno trudne do policzenia około 140 uderzeń na minutę, bardzo słabe, prawie nitkowate; oddech bardzo przyspieszony, prawie powierzchowny, twarz blada. Odgłos stłumiony w okolicy kątnej znikł po wypróżnieniu. Na skórze w różnych miejscach małymi grupami wysypka w kształcie guziczków, które łatwo wyczuwa się przy pociągnięciu palcami, skóra na nich bardzo zaczerwieniona i czerwonosć ta ostro zarysowuje się naokoło guzika, wysypka musi być bardzo swędząca, gdyż chora pomimo nieprzytomności chwilami drapie miejsce zajęte wysypką. Stolec były dosyć obfite, zresztą inne objawy jak dnia poprzedniego; moczyć trzeba było wypuścić zgłębnikiem, przyczem odeszło go ze szklankę. Jeżeli tedy była dla mnie zagadką poniekąd choroba jej dnia poprzedniego, to teraz już stała się nią zupełnie. Wysypka tego gatunku i do tego swędząca, o ile wiem z własnego doświadczenia, a także z literatury, nie była prawie nigdy widzianą jako wysypka przy chorobach zakaźnych ostrych. Przyznaję się, że zupełnie nie rozumiałem choroby, z którą miałem do czynienia; widocznem tylko było, że chora szybko podąża do fatalnego końca. Zażądałem narady z kolegami, a sam nie chcąc tracić czasu przepisałem tymczasowo salicylan sodu wedle tej recepty: *Rp. Natri salicylicum et liquoris ammonii anis. ana ʒij aq. destill. ʒijv syrup. cortic. aurant. ʒij MS.* Co pół godziny po łyżce stołowej, przyczem poleciłem dawać stare wino węgierskie łyżkami.

O godzinie 3-ej po południu tegoż dnia byłem znów i to ostatni raz u chorej razem z Szanownym Kolegą Popperem. Przy najtroskliwszem zbadaniu jeszcze raz wspólnie z Szanownym Kolegą nie znaleźliśmy nic nowego, tylko nie można było policzyć już tętna; ciepłota była 41° C., wysypka była daleko obfitsza niż rano i w miejscach innych, a mianowicie przeważnie na dolnych kończynach i to na udach. Gdzie zaś była rano tam zniknęła prawie. Na szyi i twarzy nie było jej wcale ani rano, ani teraz. Nie przyszliliśmy do wniosku żadnego odnośnie do formy chorobnej, zaleciliśmy wino i chininę wieczorem odrazu gr. X. Chora tejże nocy o godzinie 3-ej rano zmarła. Sekeyi rodzina nie pozwoliła zrobić. Ztarałem się zebrać wszystkie objawy kliniczne u mej chorej i zdaje mi się, że prawie dopiął mego celu, a pomimo tego po dziś dzień ani nawet podejrzewam z jaką chorobą miałem do czynienia i dlatego też zwracam się z niniejszą historją choroby do Szanownej Redakcyi „Gazety Lekarskiej“ prosząc o gościnne pomieszczenie jej w szpitalach swego poważnego organu, może ktoś z Szanownych kolegów rozwiąże mi tę zagadkę, bo zdaje mi się, że nie jest to pytanie bez znaczenia dla lekarza. Czyby to była jakaś nieznaną formą nozologiczną?

Lekarz *Juljusz Szczucki.*

(Odp. Red.). Jakkolwiek nadzwyczaj trudnem jest rozpoznanie rodzaju cierpienia z tej krótkiej obserwacyi, Redakcyja jednak uważa za stosowne, pomieścić ją jako przyczynek do historyj gwałtownych spraw posocznicowej natury, które, właśnie z powodu swego przebiegu niepomiernie szybkiego,

i rozmaitości form, wymykają się z pod dokładnej analizy. Czy w danym przypadku było nadzwyczaj ostre zapalenie szpiku kostnego (*osteomyelitis acutissima septica, typhus des os*), czy septyczne zapalenie, którego źródłem była macica i system rodzajny w okresie miesiączki jest prawie niepodobnem zdecydować, z powodu krótkiego czasu spostrzegania chorej i zawłóści objawów ogólnych w porównaniu z objawami miejscowymi, ustępującymi na drugi plan. Co się tyczy wysypki, to ją skłonni jesteśmy uważać za wyraz sprawy rozkładowej przedśmierтной; tak np. widzieliśmy wysypkę, nie dającą się podciągnąć pod bardziej znane kategorie przy wypadnięciu i zgorzeli odbytnicy (śmierć), przy ostrym posocznicowym goście stawowym. To samo odpowiedzieć można o obrzmieniu i zasinieniu wzdłuż żył zaskórnych. Tak np. widzieliśmy obrzmienie kończyny górnej prawej *ante mortem* przy *peritonitis* po herniotomii, dalej przy *abscessus colli*, *incisiones*, *erysipelas*, objawy zapalenia płuc, a przytem: obrzmienie ogromno kończyny dolnej prawej, bolesność i zasinienie wzdłuż żyły zaskórnej udowej; to samo zjawisko przy *phlegmone antibrachii*, *erysipelas*, objawy zapalenia płuc, a w końcu obrzmienie kończyny dolnej, bolesność i czerwoność wzdłuż żyły zaskórnej udowej. Oczywiście zastrzega się, iż róża do kończyn dolnych się nierozszerzyła, i że zgrubienie nie na jej karb położyć należy.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Kurator okręgu naukowego Warszawskiego zatwierdził jako ordynatorów nadetatowych kliniki dyagnostycznej tutejszego uniwersytetu, prowadzonej przez prof. Baranowskiego, kolegów: Maryjana Jakowskiego i Ottona Hevelkego.

— Na posiedzeniu klinicznym Towarzystwa Lekarskiego tutejszego odbytem d. 21 b. m. kol. Modrzejewski przedstawił chorą, u której na skórze znajdowało się przeszło 3000 różnej wielkości włókniaków miękkich (*fibroma molluscum*). Opis tego przypadku podamy w jednym z następnych N-rów naszego pisma.

Petersburg. „Wracze“ (Nr. 9 r. 1882) podaje następujący opis: Chirurg polowy D. j. służący jako młodszy lekarz w L...m pułku, otrzymał niezbyt wesołe polecenie — przekonania się, czy żołnierz, który popełnił pewne przewinienie, może wytrzymać karę 200 różeg. Ow lekarz orzekł, iż żołnierz nie może wytrzymać. Ale „starszy lekarz“ pułku, M., oburzył się na taką potworność i nazначzył komisję, złożoną z niego samego i dwóch innych „lekarzy“; komisja znalazła, że żołnierz może wytrzymać egzekucyję; niebawem sprawdzono prawdziwość „dyjagnozy“ ułożonej komisji przez sam fakt obicia żołnierza. Zdawałoby się na pozór, że rzecz skończona. Tymczasem inaczej się stało. Starszy lekarz doniósł, komu należało, że D-r D. j wykonał oględziny niedbale i żądał wymierzenia nań za to kary, prawem przepisanej. Sprawa poszła do odpowiednich instancyj, ale żadna z nich nie wpadła na myśl, zwrócenia p. M. uwagi, jak smutną jest jego rola, i w rezultacie D-r D. j posadzonym został na trzy dni na odwach. O ile się zdaje komentarze są zbyteczne.

Getynga. W Kwietniu r. b. obchodzić będzie tu 50-letni doktorski jubileusz profesor D-r Henle.

Gota. Odbyło się tu w ubiegłym tygodniu 83 spalenie pośmiertne zwłok ludzkich.

Wiedeń. Prof. Billroth powołany został do Bordeaux, dla wykonania wycięcia częściowego żołądka.

Na pomnik Mickiewicza. D-r Baliński, z Faleszt, gub. Bessarabskiej, rs. 10. — D-r Łabuć, z Petersburga, rs. 3. — D-r Malkiewicz, z Nieświeża, gub. Mińskiej, rs. 3. — Razem z poprzednio zebranemi. **Rs. 791 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Na kasę imienia Mianowskiego. D-r Baliński, z Faleszt, rs. 5.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

INSTYTUT LECZNICZY

D-ra Wincentego Brodowskiego

w Warszawie

Dom własny przy zbiegu ulic:

Sewerynowa i Oboźnej.

- | | |
|------------|--|
| 1 Oddział: | Hydroterapija (leczenie wodą). |
| 2 „ | Gabinety Pneumatyczne (leczenie ścieszionem powietrzem). |
| 3 „ | Gabinet Elektroterapeutyczny. |
| 4 „ | Gabinet Inhalacyjny. |
| 5 „ | Dom Zdrowia z kompletnem utrzymaniem i opieką lekarską od
rs. 3 dziennie. 50—10 |

Kowanówko pod Obornikami

w Wielkiem Ks. Poznańskim

Zakład leczniczy dla nerwowo i umysłowo chorych

4 mile na północ **Poznania**, tuż przy stacyi kolejowej **Oborniki**, w zdrowem pięknem miejscu położony, przyjmuje każdego czasu chorych płci obojej na kuracyję.

Zakład tutejszy poczyna 25 rok swego istnienia. Z każdym rokiem odpowiednio postępowi nauki i wymaganiom czasu polepszany, dostarcza chorym z jednej strony wszelkich środków i sposobów leczniczych, z drugiej strony nie tylko wygod i warunków dobrobytu pod każdym względem, ale i przyjemności najrozmaitszych, zwłaszcza też sposobności do pożycia w rodzinach lekarzy.

Pensya za miejsce 1-szej klasy wynosi 300 marek, za miejsce 2-giej klasy 200 marek miesięcznie.

Szczegółowych prospektów dostarcza na żądanie *Dyrekcya Zakładu*

Dr. Żelasko

Dr. Karczewski.

Tajny Radaa Zdrowia.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Malinowski. Kilka przypadków wzajemnych powikłań wysypek ostrych u dzieci. — II. A. Sokolowski. O suchotach płucnych przymiotowych. (Dalszy ciąg). — Odinek. Z. Kramsztyk — O cytatach. — *Dział sprawozdawczy:* 20. Henryk Thompson. Kruszenie kamieni pęcherzowych od jednego razu. — 21. B. Fleischer. O trawieniu żołądkowym w różnych warunkach. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenia z d. 17 Stycznia i z dnia 7 Lutego 1882. — List otwarty. — Wiadomości bieżące. — Na pomnik Mickiewicza. — Na kasę imienia Mianowskiego. — Ogłoszenia.

I. Kilka przypadków wzajemnych powikłań wysypek ostrych u dzieci.

Podał **A. Malinowski.**

W czasie panującej zeszłego roku epidemii ostrych wysypek u dzieci miałem sposobność spostrzegać kilka przypadków powikłania jednej choroby wysypkowej przez drugą, po większej części w okresie łuszczenia. Treściwy przebieg choroby tych przypadków ezobecn'ie podaję.

I. Leon S., lat 3 liczący, dobrze odżywiany, lecz żółzowaty, od kilku dni gorączkuje, uskarża się na ból głowy i pragnienie. Ciepłota $40,4^{\circ}$ C., tętno 150, skóra sucha, język suchy, cokolwiek obłożony, łaknienie małe, brzuch wzdęty, śledziona powiększona, przy obmacywaniu bolesna. Zaparcie stolca. W płucach zaostrenie oddechu, kaszel rzadki; lekkie zaczerwienienie jamy gardzielowej. Wieczorem ciepłota $39,4^{\circ}$ C., tętno 150. Zalecono olej rycinowy i roztwór chininy.

Nazajutrz 27 Sierpnia; chory noc spędził dosyć niespokojnie, ciepłota $37,8^{\circ}$ C., tętno 140; na twarzy, częściach górnych tułowia i kończynach górnych niezbyt gęsta wysypka guziczkowata; silna czerwoność gardzieli, trudność połykania, śpiączka, parę stolców wolnych po zadaniu olejku.

28 Sierpnia. Wysypka znacznie gęstsza na twarzy i tułowiu, mniej gęsta na kończynach dolnych, rozwolnienie trwa, jak również zajęcie gardzieli. Zalecono odwar salepu z kwaskiem i pędzlowanie jamy gardzielowej chlorkiem potasu.

29 Sierpnia. Stan bez zmiany; guziczki powiększają się i zakłęśają cokolwiek na wierzchołku, na kończynach wysypka znacznie gęstsza.

30 Sierpnia. Niektóre guziczki na twarzy przemieniają się w pęcherzyki i pryszcze; rozwolnienie zmniejsza się, połykanie łatwiejsze, kaszel dosyć rzadki, czerwoność i obrzmienie gardzieli nieznaczne; światłowstret, łącznice przekrwione.

31 Sierpnia. Na twarzy i częścią na tułowiu i kończynach dolnych tworzą się pryszcze, w niektórych miejscach zlewające się. Stan ogólny lepszy, język oczyszcza się, rozwolnienie ustalo.

3 Września. Na twarzy pryszcze pękają i zasychają jak również na kończynach górnych i szyi. Światłowstręt zmniejsza się, zajęcie gardzieli ustąpiło.

5 Września. Stan ogólny dobry, łaknienie występuje, język oczyszcza się; na całym ciele pryszcze zasychają.

11 Września. Wystąpiły nudności i wymioty, ból gardła, silna czerwoność jamy gardzielowej; obrzmienie migdałków, języczka i łuków podniebiennych. Ciepłota 39°C , tętno 130. Na piersiach szyi i brzuchu drobna punkcikowata zlewająca się czerwoność, która przy naciśnięciu palcem znika, a po odjęciu występuje na powrót.

12 Września. Ciepłota $38,2^{\circ}\text{C}$, tętno 120. Wysypka na tułowiu cokolwiek zbladła; na kończynach dolnych i górnych, na powierzchni wyprostnej występuje czerwona jednolita wysypka; zajęcie gardzieli trwa bez zmiany; gruczoły limfatyczne podszczękowe cokolwiek obrzmiały.

13 Września. Wysypka znacznie zbladła; stan znacznie lepszy, bezgorączkowy, połykanie łatwiejsze.

14 Września. Na kończynach górnych i tułowiu skóra szorstka, naskórek pęka, zaczyna się łuszczenie, czerwoność i obrzmienie gardzieli nieznaczne, łaknienie powraca. Stan ogólny dosyć dobry.

Stan coraz lepszy trwał do 2 Października i tego dnia chory przy gorączce dochodzącej do 39°C , zaczął się uskarżać na ból gardła.

Przy obejrzeniu znalazłem oba migdałki, języczek i łuki podniebienne silnie zaczerwienione, obrzmiały i pokryte w różnych miejscach wysiękiem szarozółtym. Gruczoły limfatyczne podszczękowe silnie obrzmiały, głos ochrypły. W ciągu 2 dni następnych sprawa błonicowa rozszerzyła się do krtani i chory zmarł przy objawach zaduszenia. W tym przypadku, jak widać z przebiegu choroby, płonica przyłączyła się do ospy w okresie zdrowienia.

O CYTATACH.

III.

Na każdym polu umysłowej działalności spotyka człowiek poprzedników, którzy mu kierunek, sposób badania wskazują, którzy go uczą i patrzyć i myśleć; ale jedynym przedmiotem nauki i głównym nauczycielem pozostaje zawsze i wyłącznie natura: człowiek ostatecznie wie to tylko, co własnymi dostrzegł zmysłami i własnym przerobił rozumem. Wszystkie poprzednie prace, wszystkie innych badaczy pisane nauki grać muszą tylko rolę pomocniczą, ułatwiają, przyspieszają nabywanie wiadomości. Wszakże bardzo jest łatwo ową pośrednią a konieczną drogę za ostateczny cel naukowej pracy uznać, na niej głównie polegać, na niej nawet poprzestać. Wszystko, co człowiek przeczyta, stanowi rzecz obcą jeszcze jego umysłowi, stanowi tylko naleciałość. Najrozleglejsza nawet erudycja jeszcze wcale nie stanowi wiedzy.

II. Franciszek K. lat 8. Przed dwoma laty przebył odrę; ospę szczepioną miał z dobrym skutkiem.

26 Sierpnia, chłopiec, zdrów dotąd, uskarża się na ból głowy, nudności, ogólną niemoc, ból gardzieli. Ciepłota 39,2° C., tętno 120. Twarz czerwona, język podsychnięty, brak łaknienia. Gardziel silnie zaczerwieniona. W ciągu dnia kilkakrotne wymioty. W płucach sercu i jamie brzusznej nic godniejszego uwagi.

27 Sierpnia. Ciepłota 38° C., tętno 120; na szyi, piersiach i brzuchu punkcikowata czerwoność, skóra jakby cokolwiek obrzmiała. Ból silny gardła, nudności ustały. Zalecono kwas solny i płukanie gardła.

28 Sierpnia. Wysypka punkcikowata występuje w okolicach stawu kolanego i na udach, stan ogólny dobry, ból gardła mniejszy.

29 Sierpnia. Na tułowiu wysypka zbladła, naskórek staje się szorstkim.

31 Sierpnia. Wysypka znikła, naskórek zaczyna się łuszczyć, ból gardła ustąpił, stan ogólny dobry.

11 Września. Powieki dolne cokolwiek obrzęknięte; stan bezgorączkowy; w moczu mała ilość białka. Wieczorem wystąpiły wymioty; ciepłota 40° C., ból głowy i gardzieli. Na twarzy dosyć liczne czerwone wyniosłości. Zaleciłem kwas solny i płukanie gardła.

12 Września. Guziczki bardzo liczne na twarzy i tułowiu, dosyć rzadkie na kończynach, ciepłota 39° C. tętno 120, łącznice przekrwione, światłowstręt, mocz stężony, zawiera małą ilość białka.

15 Września. Na całym ciele wystąpiła wysypka; na twarzy tworzą się pęcherzyki i pryszcze, ból gardła nie ustaje, kaszel. W płucach rżenia nieżyłotowe. Zalecono ipekakuanę z kwaskiem, pędzlowanie twarzy roztworem kwasu karbolowego w glicerynie.

18 Września. Na tułowiu i kończynach tworzą się pryszcze, gdzie nigdzie zlewające się, stan ogólny polepsza się, ból gardła mniejszy. Białkomocz trwa.

Dalszy przebieg choroby nic godnego uwagi nie przedstawia. Białkomocz i nieznaczny obrzęk skóry przy odpowiednim leczeniu ustąpiły w ciągu niespełna dwóch tygodni.

I niewiem, kogo na stanowisku naukowego człowieka wyżej należy postawić: czy tego, co ogromną ilość prac cudzych pochłoniął, zachował w pamięci i w każdej chwili powtórzyć je może, czy tego, co na drodze poznania daleko poza powszechną pozostał nauką, ale mozolną pracą zmysłów i myśli do swojego doszedł stanowiska. Nie ulega wątpliwości, że pewna harmonija między temi dwoma źródłami wiedzy musi być zachowana, aby praca istotnie naukowa nosiła piętno, aby istotnie umysł badacza rozszerzyła i aby innym mogła przynieść korzyści. Wszakże ta równowaga na jedną albo drugą stronę łatwo przechylić się może. Można sobie wyobrazić człowieka, nawet epokę o wybijającej indywidualności, gdzie naukowa improwizacyja najważniejszą gra rolę; wtedy erudycyja istotne, konieczne stanowi lekarstwo. Dzisiaj zdaje się dosyć rozpowszechnione przeciwnie zboczenie owej harmonii, jaka między czytaniem a myśleniem istnieć powinna. Łatwo zrozumieć, że nadzwyczaj szybki rozwój nauki, liczne a tak ważne zdobycze, znaczna liczba uczonych pierwszorzędnej siły umysłowej, może przynębiający, onieśmielający wpływ wywrzeć na umysł. Bardzo łatwo zaufanie we własne siły słabnie, a człowiek obcemi myślami myśli. Jest to położenie zawsze fałszywe. Jakiegokolwiek są umysłowe zdolności człowieka, jedynem możli-

Mieliśmy tu obraz płonicy powikłanej przez ospę i jednocześnie przez chorobę Bright'a.

III. Kazimiera O., lat 10. Zachorowała 11 Sierpnia. Chorób wysypkowych nie przechodziła, ospę ochronną miała szczepioną.

15 Sierpnia. Chora uskarża się na niemoc ogólną, ból głowy, pragnienie. Język suchy, skóra sucha, brzuch wzdęty, okolica кишки ślepej bolesna, śledziona znacznie powiększona, ciepłota $39,2^{\circ}$ C., tętno 130, wypróżnienia niezbyt częste, półpłynne, smrodliwe, nudności i odbijanie. Wysypki na brzuchu nie ma. Zalecono środek wymiotny, następnie kwasek, okład zimny na głowę. Rozpoznano tyfus brzuszny.

16 Sierpnia. Ciepłota 39° C., tętno 120. W nocy silne majaczenia, język suchy i obłożony, trzy stolce wolne. Wieczorem ciepłota 40° C.. Nieżyt oskrzeli, kaszel.

17 Sierpnia. Ciepłota $39,2^{\circ}$ C., tętno 100, język niezbyt suchy, przytomność umysłu zupełna, łaknienia brak, dwa stolce wolne, brzuch bolesny, śledziona powiększona. Wieczorem ciepłota 39° C., tętno 100.

18 Sierpnia. Ciepłota 38° C., tętno 100, język obłożony, lecz wilgotny, skóra nie tak sucha, dwa wypróżnienia płynne. Stan ogólny zadawalniający. Wieczorem ciepłota 39° C..

19 Sierpnia. Ciepłota 39° C., tętno 100, ból głowy, wzdęcie brzucha, kaszel, w płucach rzeżenia nieżytowe. Wieczorem ciepłota $39,2^{\circ}$ C.

20 Sierpnia. Ciepłota 37° C., tętno 100, kaszel częsty, stan ogólny lepszy, rozwolnienie ustało. Wieczorem ciepłota $38,2^{\circ}$ C..

21 Sierpnia. Ciepłota 37° C., tętno 100, stan ogólny polepsza się, kaszel mniejszy. Wieczorem ciepłota $38,2^{\circ}$ C..

22 Sierpnia. Ciepłota $37,6$, tętno 106, język wilgotny, oczyszcza się, kaszel niezbyt częsty, rzeżenia w płucach znikają, trzy wypróżnienia płynne. Łaknienie występuje. Wieczorem 38° C..

23 Sierpnia. Ciepłota $37,6^{\circ}$ C., tętno 100, stan ogólny dobry. Wieczorem ciepłota 38° C..

wem dla niego kryterjum jest jego własna logika; albo człowiek wie to, co sam dojrzał i przemyślał, choć mu może i dla oka i dla umysłu cudze prace za pierwszą służyły wskazówkę, albo nie wie. Są to wszystko niewątpliwie prawdy i proste i stare, ale i najstarsze prawdy czasem przypomnieć można. Zdaje się, że dziś ta prawda, choć znana, nie dosyć jest uwzględniana i choć jest niewątpliwie zawsze w pamięci, nie zawsze w naukowych pracach należne sobie zajmuje stanowisko. Cytaty są do pewnego stopnia wyrazem tego zбочenia, są może po części i jego przyczyną. Bardzo często w pracy, która jako oryginalna figuruje, którą sam autor za oryginalną uważa, cały środek ciężkości leży w opisie cudzych spostrzeżeń i cudzych poglądów; własne obserwacje grają tylko rolę ilustracji, urozmaicają te opisy i ich trafności dowodzą. Tam nawet, gdzie spostrzeżenia własne nie godzą się z cudzemi, gdzie ich niezgodność autor wykazuje, tam nawet cały sposób przedstawienia rzeczy bywa nieraz opaczny; często bowiem autor, streściwszy naprzód cudze opisy, przedstawia następnie wyniki własnych spostrzeżeń i zaznacza, w czym te własne jego spostrzeżenia odbiegają od innych. Zamiast patrzeć w naturę i w niej jedyne dopatrywać się źródła prawdy, zamiast naturę komentować książkami, autor wtedy

24 Sierpnia. Ciepłota 38,4° C., tętno 90, śledziona zmniejsza się, stan ogólny coraz lepszy. Wieczorem ciepłota 39° C.

25 Sierpnia. Ciepłota 37,4° C., tętno 100, stan dobry. Wieczorem ciepłota 37,0° C.

26 " " 37° " " 100, " " " 39,7° C.

27 " " 37,6° " " 100, " " " 38,0° C.

28 " " 38° " " 100, " " " 37,4° C.

29 " " 37° " " 80, " " " 38,6° C.

30 " " 37° " " 80, " " " 38,0° C.

Zdrowienie szło pomyślnie przez 16 dni następnych.

16 Września. Rekonwalescentka uskarża się na nudności i ból gardła, w nocy kilkakrotnie wymiotowała, ciepłota 40,4° C, tętno 130. Gardziel silnie zaczerwieniona i opuchnięta, połykanie bolesne, skóra na szyi, piersiach i brzuchu pokryta drobną punkcikowatą wysypką bardzo gęstą, znikającą przy nacisku palcem. Silny ból głowy. Rozpoznano płonicę; zalecono chininę i płukanie gardła roztworem *kali chlorici*.

17 Września. Ciepłota 39° C. Wymioty trwają ciągle, wysypka rozszerza się na tułów i kończyny, ból gardła mniejszy. Gruczoły limfatyczne podszczękowe cokolwiek obrzmiałe i bolesne.

18 Września. Wysypka kwitnie, w nocy chora majaczyła, wymioty ustały. Ciepłota 40,8° C.

19. Września. Ciepłota 39,4° C. Wysypka na tułowiu cokolwiek zbladła, czerwonosć gardzieli zmniejszyła się.

20 Września. Wysypka zbladła, stan ogólny dosyć dobry, bezgorączkowy.

23 Września. Wysypka znikła zupełnie na tułowiu, naskórek pęka; na kończynach wysypka znacznie zbladła.

24 Września. Wysypka znikła na całym ciele, łuszczenie naskórka na kończynach, stan ogólny lepszy. Okres łuszczenia trwał dalej, stan chorej z każdym dniem poprawiał się.

7 Października. Nieżyt nosa, łązniczy i oskrzeli, kaszel, ciepłota 41° C. tętno 120.

widocznie wczytany jest w książki, a naturę jako komentarz do książek traktuje.

Ten kierunek naśladowczy, to uczucie zależności umysłowej, widnieje już w samym wyborze tematów, w samych tytułach artykułów naukowych. Uderzająca jest mianowicie jednostajność w tematach, w zakresach prac pojedynczych, co właśnie ułatwia ich szeregowanie, ich odnalezienie i przytaczanie. Uderza i to, że w każdej danej chwili wielka ilość badaczy ten sam szczegółowy obrabia przedmiot, przez kogoś wskazany, przez jakieś ważniejsze poszukiwania na świeczniku niejako postawiony; są badacze, którzy dla licznych prac swoich nigdy tematu nie wymyślili, a tylko bieżące kwestyje za przedmiot brali dla swojej pracy. Nie ulega wątpliwości, że taki kierunek dla ogólnej nauki wielkie przynosi korzyści, bo prędko każdy przedmiot wszechstronnie jest rozpatrywany, prędko do swej względnej dochodzi pewności i gmach nauki prędko do imponujących urasta rozmiarów. Wszakże do przesady doprowadzony ten systemat wpłynąć musi na obniżenie stanowiska pojedynczych badaczy. Cała naukowa rzesza robi wtedy wrażenie armii, gdzie dowódcy tylko są samodzielni i mają całe prawo myślenia, a przeważna część pracowników za ich kierunkiem,

8 Października. Ciepłota 39,4° C. Silny nieżyt nosa, w płucach oddech zaostrozony i liczne rzeżenia, światłowstręt; na twarzy, szyi, piersiach i powierzchniach grzbietowych rąk gęsta wysypka plamista; stolce wolne; łaknienia brak. Rozpoznano chorobę jako odrę. Zalecono odwar salepu z kwaskiem.

9 Października. Objawy nieżytowe trwają; wysypka na kończynach; rozwolnienie mniejsze. Ciepłota 39° C., język suchy, pragnienie; kaszel częsty, w płucach rzeżenia nieżytowe.

10 Października. Na twarzy i tułowiu wysypka zbladła; objawy nieżytowe zmniejszają się, kaszel niezbyt częsty, w płucach rzeżenia znikają.

12 Października. Wysypka znikła na całym ciele; skóra szorstka, zabarwiona; łącznice jeszcze przekrwione. Stan ogólny dobry, bezgorączkowy. W płucach oddech prawidłowy, kaszel rzadki.

14 Października. Plamy barwnikowe znikły; naskórek pęka i łuszczy się; stan ogólny dobry.

Z powyższego opisu widać, iż chora, przebywszy tyfus brzuszny, w okresie zdrowienia zachorowała na płonicę, a okres łuszczenia tej ostatniej powikłany został przez odrę. Przypadek ten skończył się wyzdrowieniem i żadnych innych powikłań nie było.

IV. Franciszka S., lat trzy, z dobrem odżywianiem, lecz skrofuliczna, ospy szczepionej nie ma. Od dwóch dni gorączkuje, uskarża się na ból głowy i gardła; kaszel; język miernie obłożony, łącznice zaczerwienione, światłowstręt; śpiączka. W płucach oddech pęcherzykowy znacznie zaostrozony; gardziel zaczerwieniona. Ciepłota 37,7° C., brzuch wzdęty, stolce prawidłowe. Zalecono odwar ipekakuany z *kali chloricum*. Następnego dnia 31 Października, 4 dnia choroby, ciepłota 38,6° C., silny nieżyt oskrzeli, kaszel, w płucach liczne rzeżenia nieżytowe, nieżyt nosa i łącznicy oka. Wieczorem ciepłota 38,8° C.

1 Listopada. Ciepłota 38° C. Na twarzy szyi i piersiach wystąpiła wysypka plamista, cokolwiek wzniesiona nad poziom skóry. Objawy nieżytowe trwają. Rozpoznano chorobę jako odrę. Leczenie jak wyżej.

za ich niejako idzie rozkazem. Jeszcze, gdzie armija głównie z członków jednego narodu się składa, a urastający gmach nauki jest wyraźnie rezultatem pracy tego narodu, jest jego niezaprzeczoną własnością, jego rzetelną ozdobą i zaszczytem, tam narodowe uczucie osłodzić może badaczowi podrzędność jego stanowiska. Gdy wszakże takiej nie ma kompensaty, to czasem dziwić się trzeba tej uległości w badaniu, dziwić się trzeba, gdy człowiek główną upatruje chlubę w tem, że cudze poglądy zna i pamięta. Jeżeli nawet prace jego korzyść przyniosą innym, on sam należnej nieodbierze nagrody, bo na takim stanowisku ginie główny zaszczyt naukowego badania, ginie jedyna za naukową pracę nagroda, ginie cała rozkosz myślenia.

Zygmunt Kramsztyk.

2 Listopada. Taką plamista wysypka wystąpiła na tułowiu, kończynach dolnych i górnych; pragnienie, silny światłowstręt i kaszel; w nocy były majaczenia.

3 Listopada. Objawy nieżytowe słabną, w płucach słycać jeszcze rżenia, chora spokojniejsza. Na twarzy i piersiach oraz kończynach górnych wysypka zbladła.

5 Listopada. Wysypka zaczyna znikać; chora czuje się lepiej; kaszel niezbyt częsty; ból gardła zmniejsza się, zaczerwienienie gardzieli jeszcze dosyć znaczne.

7 Listopada. Wysypka znikła; na twarzy, piersiach, szyi, naskórek pęka i łuszczy się; stan ogólny dobry, łaknienie powraca.

Przez następnych dziesięć dni nic godnego uwagi w przebiegu choroby nie zaszło.

18 Listopada. Dziecko, dotąd dosyć dobrze się mające, zaczęło wymiotować. Ciepłota 40° C., tętno 150, język suchy, pragnienie, skóra sucha, twarz silnie zaczerwieniona. Kaszel bardzo częsty, w płucach liczne rżenia nieżytowe. Nieżyt jamy gardzielowej.

19 Listopada. Ciepłota 40° C., noc zeszła niespokojnie, wymioty ustały. Stan prawie bez zmiany. Zalecono chininę.

20 Listopada. Ciepłota 39,4° C., chora cokolwiek spokojniejsza, kaszel dosyć częsty. W płucach słycać rżenia jak dnia poprzedniego. Na szyi, piersiach i plecach występują rzadkie guziczki. Rozpoznano ospę, zalecono odwar ipekakuany z kwaskiem. (D. n.)

II. O SUCHOTACH PŁUCNYCH PRZYMIOTOWYCH.

podał D-r. med. **Alfred Sokołowski.**

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 21 Lutego 1882 roku).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 11).

P r z e b i e g. Po upływie dni 10, t. j. d. 27 Lipca, znalazłem stan następujący: chory czuje się lepiej, kaszel a szczególnie duszność mniejsza, siły lepsze, wymioty przy kaszlu rzadsze. Obok powyższego leczenia zalecono jeszcze wzięwania sublimatowe.

6 Sierpnia. Chory wyżył 4 gran sublimatu oraz 3 grany w inhalacji. Duszność znacznie mniejsza. Czuje się daleko silniejszym. Wymioty przy kaszlu ustąpiły. Waga 138 fut. Objawy w płucach *in statu quo*.

16 Sierpnia. Chory wyżył 6 gran sublimatu, 6 drachm jodku potasu oraz 6 gran. sublimatu w inhalacji. Znakomita poprawa; chory nie pamięta nawet kiedy czuł się tak dobrze; chodzić może godzinami, duszność i kaszel nieznaczny,

sen i apetyt wyborny. Pomimo to w płucach objawy nie zmieniają się; owszem z tyłu, z prawej strony, w okolicy międzyłopatkowej słycać wyraźne *gargouillement*. Objętość płuc 2500 cent. sześć., głos *in statu quo* też same zmiany w krtani. Na wadze stracił trzy funty.

26 Sierpnia. Przez ostatnie dni kaszel się zmniejszył. Łaknienie, siły i waga bez zmiany. W płucach i krtani objawy jak wyżej. Chory czuje się wybornie, przejść może powoli kilka wiorst bez zmęczenia i duszności. *Protojoduretum hydrargyrii* i jodek potasu.

1 Września chory opuścił zakład. Poprawa tak znaczna zdawała się przemawiać za słusnością naszego rozpoznania. Zaleciwszy więc choremu prowadzić dalej leczenie wyżej wspomniane, prosiłem go o zawiadamianie mnie od czasu do czasu o swoim stanie. Pomimo jednakże uroczystego przyrzeczenia w ciągu czterech miesięcy nie o chorym nie słyszałem; dopiero 20 Grudnia roku zeszłego odebrałem list z prośbą odwiedzenia go w jednym z hoteli warszawskich, przyjechał bowiem zasięgnąć mojej rady, czuje się jednakże za zbyt słabym, aby mógł mnie w domu odwiedzić. Chorego widziałem tego samego dnia i zastałem go w stanie rozpaczliwym. Ledwie dosłyszalnym szeptem opowiedział mi, że po wyjeździe z Nałęczowa w ciągu dwóch miesięcy czuł się zupełnie dobrze, dopiero w Listopadzie po przeziębieniu i nadużyciu w jedzeniu, powstało rozwolnienie, niczem nie dające się powstrzymać; powoli zaczęły puchnąć nogi, a następnie i brzuch; chory słabł coraz bardziej, a widząc bezskuteczność różnych leków przyjechał do Warszawy, dla zasięgnięcia mojej rady. Dodał nadto, że po wyjeździe z Nałęczowa jeszcze w ciągu sześciu, czy ośmiu tygodni używał leczenia sublimatowego. Przy badaniu chorego znalazłem stan następujący. Wyniszczenie niesłychane, kończyny dolne bardzo zbrzękłe, na nich wysypka charłacza; w jamie brzusznej znaczna ilość płynu (*ascites*).

Wątroba nieco zmniejszona. Granice: *in linea axillari* 9 żebro, *in linea mammaria*—6, *in linea mediana*—rozległość między pepkiem a wyrostkiem mieczykowym. Z pod łuku żebrowego nie wyczuwa się wcale.

Śledziona nieco wyczuwalna. Apetyt żaden, rozwolnienie częste z silnymi wydymaniami (do 12 razy na dobę). W płucach znalazłem niemal też same zmiany, co i przed czterema miesiącami, t. j. objawy rozległych zgęszczeń z oznakami zniszczeń na obu szczytach, a szczególnie w prawym od tyłu (wydech oskrzelowy, rżenia dźwięczne), kaszel niezbyt częsty z małą ilością płwociny ropiastej. Stan bezgorączkowy. Duszność stosunkowo niezbyt wielka.

Moc ciemnawy, mocno nasycony, w ilości 800 ctm. sześć.. Ciężar gatunkowy 1015. Zawiera znaczną ilość białka

Zrobiłem rozpoznanie mączkowatego zwyrodnienia organów (*degeneratio amyloidea*) w skutek sprawy przymiotowej trzewiowej (*syphilis visceralis*). To moje rozpoznanie potwierdzili również prof. Baranowski i D-r Żera, którzy w kilka dni potem chorego widzieli na wspólnej ze mną naradzie.

W dni kilka chory przeniósł się do Szpitala Ś-go Ducha, gdzie dalej wspólnie z D-r-em Zaleskim go obserwowałem. Objawy wyniszczenia stopniowo powiększały się, stan jednakże pozostawał ciągle bezgorączkowym; chory słabł

coraz bardziej, i zupełnie przytomnie zmarł w tym szpitalu dnia 8 Stycznia r. b; rzecz godna uwagi, że w ciągu ostatniego tygodnia znaczna ilość płynu w jamie otrzewnej prawie zupełnie znikła.

Badanie pośmiertne, dokonane łaskawie przez prof. Lamb'la w dniu 9 Stycznia, dało rezultat następujący: Mężczyzna wysokiego wzrostu, wychudzenie znaczne, skóra wiotka, na obu goleniach pomarszczona, sucha; na stopach nieznaczne zbrzęknięcie. Na napletku blizna twarda ciemno zabarwiona. Jądro lewe mniejsze niż prawe.

C z a s z k a. Rozmiary: 18 ctm. podłużny, 14 poprzeczny; kości czaszki zbite, pozbawione śródkości (*diploe*) w przecięciu podobne do kości słoniowej; w okolicy potylicowej i czołowej grubość kości wynosi przeszło jeden centymetr (*hypercrania*). Czaszka niezwykle ciężka. Blaszka wewnętrzna czaszki nierówna. Opona twarda mocno przyrośnięta, naprężona. Opona miękka (*pia*) nieco zgrubiała daje się zrywać dużemi kawałkami. Naczynia żyłne do najdrobniejszych gałązek, szczególnie nad zawojami, przepelnione krwią. Substancja szara mózgu barwy ciemno-czerwonej, biała zaś wiotka, ciągnąca się i błyszcząca, na przecięciu usiana licznemi kroplami krwi, z trudnością rozplływającemi się *Arteriae basillares et fossae Sylvii* miękkie, opalające (*stasis venosa meningum*).

K r t a ń. Nagłośnia (*epiglottis*) formy eliptycznej; brzegi zupełnie gładkie; błona śluzowa blado-różowa, więzy języko-nagłośniowe i nalewko-nagłośniowe (*ligamenta glosso- et ary-epiglottica*) gładkie nie przedstawiają żadnych zmian. Część międzynalewkowa, jako też cała tylna ścianka krtani, powleczona błoną śluzową gładką, bladą, nie przedstawiającą żadnych zmian. Obie dwie struny głosowe z obu stron zupełnie zniszczone i razem z zatoką *Morgagniego* przedstawiają obszerne owrzodzenie. Brzegi owrzodzenia zupełnie symetryczne, z obu stron zajmują całą ścianę boczną krtani, z wyjątkiem tylnego spoidła na przestrzeni około 1 centymetra. Przednia połowa owrzodzenia nierówna, poszarpana, pokryta granulacyjami; na brzegach owrzodzenie pokryte twardą blizną; tylna część owrzodzenia głęboka więcej niż na 1 ctm., na dnie wrzodu, w części odpowiadającej chrząstce nalewkowej, sterczy obnażona chrząstka, przy uderzeniu zgłębnikiem wydająca odgłos, właściwy obnażonej kości. Ściany tego ostatniego zagłębienia i podstawa nierówne, barwy brudno-ciemnej; brzegi ostre, prawie wszędzie poszarpane, zawartość zagłębienia przedstawia nalot szaro zabarwiony. Na tylnej ścianie tylko co opisanego owrzodzenia, błona śluzowa przelyku gładka, nietknięta nieco zabarwiona szarawo. Na 3 ctm. niżej, z prawej strony linii środkowej, wystaje blado żółty gruczołek podśluzowy, wielkości soczewicy. Gruczoły limfatyczne na szyi nie powiększone (*laryngitis ulcerosa necrotica*).

L e w e p l u c o u szczytu przyrośnięte za pomocą suchych, twardych, ścięgniętych zrostów; na podstawie jakoteż i między osierdziem i wewnętrznemi częściami płuca znajdują się podobne zrosty; zraz górny zgrubiały pod postacią guzów wielkości od 1 do 5 centymetrów, z wyraźnemi wyniosłościami na powierzchni, opadającemi po przecięciu i przedstawiającemi tkankę bladoróżową niezwykle suchą. Guzowate części przy przecięciu przedstawiają głównie tkankę bliznowatą, szarego zabarwienia, ze sterczącemi przy przecięciu oskrzelami, oto-

czonemi także szarą tkanką bliznowatą. Oskrzela na przecięciu suche, twarde; ani śladu śluzu, nawet w większych gałęziach; na 3 centymetry poniżej wierzchołka płuca, w części zewnętrznej płuca, widać na przecięciu mostek ażurowy, z tkanki zbitej złożony, jakoteż jamę (*caverna*) wielkości 3 do 4 ctm., o ściankach nierównych, pokrytych licznymi zatokami; zawartość jamy brudno szara; z poszarpanych ścian jamy występują liczne wiązki tkanki łącznej; na przednim brzegu pośród suchej, blado-szarej tkanki wystaje okrągła guzowatość, wielkości 1½ ctm., która po przecięciu poprzecznym przedstawia tkankę suchą, szaro-żółtawą, z drobnymi zagłębieniami, z których wydziela się płyn, barwy żółto-szarej. Na tylnym brzegu płuca znajduje się podobna guzowatość z szyfrowatą tkanką na przecięciu. W dolnym zrazie lewego płuca znajdują się również guzowate wzniesienia i stwardnienia płuca pośród tkanki bezkrwistej, na przecięciu przedstawiają się nieściśle odgraniczonemi, szyfrowato zabarwionemi; są po większej części suche, tylko w okolicy tkanki płucnej, nieco bardziej zawierającej powietrza, wydobywa się nieznaczna ilość płynu pianistego i zabarwionego. W wielkich oskrzelach lewego płuca nieznaczna ilość płynu; błona śluzowa oskrzeli miejscami zaczerwieniona, prawie zupełnie sucha.

P r a w e p ł u c o, podobnie jak lewe, pokryte suchemi zrostami, u szczytu znajduje się obszerna 4 do 5 cent. w rozmiarze jama; ściany jej gładkie, zawartość brudno-szara; poniżej znajduje się druga, jeszcze większa jama (rozmiar podłużny 8 cent.). Ściany jej poszarpane. Zraz średni i dolny przedstawia te same zmiany, co i odpowiednierzrazy w lewym płucu, z tą różnicą, że części płuca, zawierające powietrze, leżące między stwardniałemi masami, wydzielają więcej płynu ciemnawego, aniżeli płuco lewe. Gruczoły oskrzelowe zamienione na guzy twarde ciemno-szare. (*Pneumonia interstitialis chronica. Cavernae lateris utriusque. Synechiae pleuriticae*).

S e r c e. Rozmiar podłużny 10 cent., ścianki wiotkie; grubość ścianki lewej komórki wynosi nie cały centymetr. Zawartość: krew płynna, nieco włóknika; zastawki gładkie, niezmiennione.

Cały łuk aorty nierówny, błona wewnętrzna jego usiana drobnymi, soczystymi, blad różowemi naleciałościami, nie dającemi się zmyć z powierzchni. W początku aorty piersiowej sterczy skrzep włóknika, blado-żółtego koloru. Na całej przestrzeni aorty piersiowej i brzusznej znajdują się także zmiany, jak w łuku aorty. W niektórych miejscach, a szczególnie w dolnej części aorty brzusznej, widzimy blaszkę, konsystencyi prawie kostnej. Zawartość aorty: włóknik brudno-żółty (*Atrophia cordis et endocarditis*).

W jamie otrzewnej płynu nie ma.

W ą t r o b a. Górny brzeg poniżej 5-go żebra, dolny nie dochodzi do łuku żebrowego dolnego. Powierzchnia wątroby gładka, brzeg zaostrozony, wyciągnięty w kształcie bliznowatego szlaku, na powierzchni górnej lewego zrazu znajduje się blizna białego koloru, klinowato w tkankę płucną na 4 milim się zagłębiająca. Przy przecięciu tkanka wątroby sucha ciemno-czerwonego koloru, budowa ziarnista wyraźnie się odznacza, konsystencyja twarda, ziarnistość prawie wszędzie

widoczna pod postacią okrągławych ziarenek, otaczających naczynia w kształcie białawych pasm (*atrophia hepatis laevis*).

Śledziona 15 cent. długa, przy rozcięciu niezwykle twarda, jakby zamrznięta, na powierzchni zewnętrznej otoczki zgrubienia bliznowate. Tkanka śledziona na przecięciu sucha, koloru jasno-czerwonego, łatwo dająca się rozrywać na drobne kawałki, ciemno-różowo przeświecające. Naczynia prawie nie zawierają krwi (*degeneratio amyloidea lienis*).

Nerki powiększone, szczególniej substancja korowa, która posiada żółte zabarwienie, oddzielające takową wyraźnie od substancji rdzeniowej. Na powierzchni liczne blizny, otoczka z trudnością się oddziela (*nephritis chronica*). W żółtych zawartość zabarwiona żółtawo, błona śluzowa nie przedstawia zmian żadnych.

Kiszki cienkie przedstawiają błonę śluzową ciemno zabarwioną, w niektórych miejscach, białe gruczolki, na miejscach odpowiadających gruczolom odosobnionym, na rozcięciu wydzielają płyn śluzowy. W grubych kioskach zawartość kałowa, błona śluzowa umiarkowanie zaczerwieniona, pokryta śluzem, owrzodzeń nigdzie się nie napotyka.

Gruczolę kręzkowe nie powiększone.

Trzustka i nadnercza nie przedstawiają zmian żadnych.

Diagnosis anatomica: Laryngitis ulcerosa, necrotica; pneumonia interstitialis chronica, cavernae lateris utriusque, synechiae pleuriticæ; atrophia cordis et endoaortitis; degeneratio amyloidea lienis; nephritis chronica; atrophia hepatis laevis, hypercrania, stasis venosa meningum; marasmus. Badanie mikrochemiczne wątroby i nerek, następnie dokonane, wykazało również i w tych organach, podobnie jak w śledzionie, obecność zwyrodnienia mączkowego (*degeneratio amyloidea*). (D. u.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

20. Henryk Thompson. Kruszenie kamieni pęcherzowych od jednego razu. (*La lithotritie en une seule séance*).

Nie jeden z nas, przypatrując się robionej litotrypsji i słuchając jęków chorego, pytał się w duchu, czy rzeczywiście koniecznem jest, aby rozkruszenie kamienia rozwlekać na kilka lub kilkanaście posiedzeń i czy nieodzownemi do pomyslnego zejścia są bóle i jęki chorego. Tak jednakże był silny wpływ ojca tej operacji, Civalle'a, że przepisy jego zdołały przetrwać aż do dni naszych, którym przypadła w udziale reforma i tej części chirurgii. Nastąpił w tym względzie rzadki—co do radykalności swej—przewrót i dla tego postanowiliśmy podać prawie *in extenso* odczyt największego specjalisty w zakresie chorób dróg moczowych, wzięty z tłumaczenia francuzkiego, dokonanego przez Le-Beca.

Thompson poprzedza swój wykład zwięzłym rzutem oka na historję tego nowego sposobu operowania. 1857 r. Heurteloup, przekonany głęboko o konieczności usunięcia okruców kamienia w ciągu jednego posiedzenia, przed-

stawił Akademii lekarskiej w Paryżu pracę, w której zaleca „sproszkowanie i wydobycie kamienia bezpośrednio i zupełnie“; skutki jednakże nie odpowiedziały jego oczekiwaniom. Nieco później Filip Crampton z Dublina wymyślił przyrząd, składający się ze szklanego zbiornika, w którym za pomocą pompki można było robić próżnię i wysysać (*aspiratio*) zawartość z pęcherza za pomocą grubego cewnika srebrnego. Thompson jednak 1854 r. znalazł ten przyrząd zanadto grubijanskim i niebezpiecznym. Niedługo potem Clover zbudował aspirator kauczukowy, przypasowany do szklanego cylindra; aspirator ten, opatrzony klapką, doskonale odpowiadał swemu zadaniu, przyciągał zawartość pęcherza przez zgłębnik srebrny (Nr 23—25 według podziałki Charriera), przyczem kłapa przeszkadzała odpływowi płynu z okruciami napowrót do pęcherza. Wielu tymczasem innych chirurgów staralo się zastąpić działanie pęcherza zapomocą grubej szprycy, dającej szybki strumień wody, mający na celu wypłukanie pęcherza po rozkruszeniu kamienia; tak np. postępowali Skely i Coulson. Tymczasem Civiale, który w tym okresie (1845 — 1865) był najdoświadczeńszym operatorem w tej gałęzi w całej Europie, trzymał się ściśle zasady pozostawienia siłom samego pęcherza wydalanie okruszyn kamienia, odrzucał znieczulanie i uważał użycie innych narzędzi, z wyjątkiem litotryba, za niebezpieczne. W tym czasie Wiliam Ferrguson usiłował skrócić czas leczenia przez wydobywanie resztek kamienia za pośrednictwem samego litotryba. W tym celu usypiał chorych eterem, wprowadzał wielokrotnie to narzędzie w ciągu jednego posiedzenia. Tym sposobem udawało mu się usunąć od jednego razu kamień sporych rozmiarów, lecz na nieszczęście, wyciągając narzędzie z ostremi okruszynami, narażał szyjkę pęcherza i cewkę na obrażenia bardzo poważne. Thompson oddawna posługiwał się do usunięcia okruców przyrządem Clover'a, zalecał i używał narzędzi, o ile można, grubszych do kruszenia i opróżniania pęcherza, a to w celu uniknięcia zapalenia tego organu pod wpływem okruszyn kamienia.

W roku 1878 doniosłą zmianę wprowadził prof. Bigelow. Dowiódł on, że każdy kamień, jakakolwiek byłaby jego objętość i bez względu na zapalenie pęcherza, powinien być nieodmiennie usunięty od jednego razu, zapomocą litotryba grubszego, zgłębników ewakuacyjnych obszerniejszych, gruszeki kauczukowej potężniejszej, niż wszystkie dotychczas używane. Podstawy do takiego postępowania spoczywają na tej zasadzie Otis'a (z New-Yorku), że cewka męzka w stanie prawidłowym jest zdolna przepuścić z łatwością narzędzia kalibru nr. 28—35 (podziałki francuskiej) zamiast nr. 22—25. Te ostatnie cyfry uważano jako granice rozszerzalności zdrowej cewki. Dalej, Bigelow utrzymuje, iż lepiej jest uwolnić pęcherz od kamienia odrazu, nawet za cenę manipulacyi daleko dłużej trwających i cięższych, od dotychczas używanych, niż powtarzać kruszenie kilkakroć i zostawiać w pęcherzu odłamki nierówne, ostre i kańciaste.

Metoda ta, przyjęta obecnie przez znaczną liczbę chirurgów angielskich i amerykańskich, nie cieszy się jeszcze uznaniem na lądzie stałym. Thompson natychmiast ją przyjął i ściśle się jej trzyma; na jesieni 1880 r. demonstrował ją w Paryżu i Wiedniu, operując tym sposobem chorych w szpitalach. Obecnie doświadczenie swoje opiera na 100 operowanych, z których ani jednemu nie kruszył kamienia więcej razy nad jedno posiedzenie i nie waha się usunąć tej metody za znakomite udoskonalenie i postęp, nietylko we względzie śmiertelności, lecz nawet co do dalszych następstw operacyi.

W drugiej części wykładu, T. przechodzi do samej metody. Co się tyczy użycia narzędzi, to w tym względzie niewielkie zaszły zmiany od dawniejszego sposobu operowania. Jestto prawie to samo, tylko że obecnie kruszeniu poddaje się kamienie nawet większe, wydobywa się więcej odłamków, słowem dokonuje się więcej roboty w tym samym czasie. Do tego potrzebny jest mocniej-

szy litotryb, którymby można strzaskać kamień nawet bardzo twardy i zamienić go na odłamki (*fragments*). Następnie potrzebny jest drugi litotryb cieńszy, do zamiany tych odłamków na okruszyny (*débris*). W tym celu posługujemy się znowu dawniejszemi narzędziami, z dziobami okienkowatemi (*à mors fenêtrés*), które wyszły były z użycia jako zbyt ciężkie. Dogodniej też jest używać litotrybów z rękojeścią cylindryczną (*à poignée cylindrique*), które są przyjęte prawie wszędzie jako łatwiejsze do manipulowania. Litotryby okienkowane mają tę wyższość nad innemi, że się nie zatykają masą okruszynową, którą wypycha się przez otwór w gałęzi żeńskiej.

Skruszywszy kamień średnich rozmiarów na małe kawałeczki za pomocą manipulacyj powtarzanych w ciągu 8 — 10 minut, wyjmuje się litotryb, a natomiast wprowadza zgłębnik, n° 24 — 26 — 30 (podziałki francuskiej), stosownie do kalibru cewki. Czasami potrzeba jest nadciąć wylot cewki. Do zgłębnika przymocowyywa się jeden z licznych aspiratorów (np. *Clover'a*) a samo wysysanie odbywa się bardzo prosto.

Dobry aspirator powinien odpowiadać następującym warunkom:

- 1) Potrzeba, aby był lekki, mały, łatwy do użycia i ujęcia jedną ręką.
- 2) Trzeba, żeby posiadał otworek w górnej części, dla napełnienia go wodą i wypędzenia powietrza.
- 3) Część dolna powinna łączyć się ze zgłębnikiem ewakuacyjnym i z pęcherzem jak najkrótszą drogą. Część ta powinna być tak urządzoną, aby aspirator łatwo było zdjąć ze zgłębnika, a mimo to, żeby nie przepuszczał wody.
- 4) Potrzebny jest odbieralnik, do którego by wpadały okruchy, z kądyby je łatwo było wydobywać.

Warunkom tym zupełnie odpowiada aspirator *Thompson'a*, wykonany przez firmę *Weiss i Syn* w Londynie.

Nasadziwszy aspirator na wylot zgłębnika, wprowadzonego do pęcherza, operator ścisła rytmicznie gruszkę kauczukową, która, rozszerzając się, sama wysysa zawartość z pęcherza; jeśli wyczuwa się zgłębnikiem jeden lub dwa większe odłamki, które dla swej objętości nie mogą być wessane, wprowadza się nowo litotryb, poczem znowu się wyciąga okruchy aspiratorem. W ten sposób w ciągu 10 — 50 minut można skruszyć i wydobyć kamień moczowy sporych rozmiarów.

Jeśli chory mocno cierpi po operacyi, wielką ulgę sprawia kąpiel nasiadowa, o ile możliwości ciepła, — przez następne dni postępuje się jak przy zwykłym zapaleniu pęcherza; położenie na grzbiecie, częste kąpiele nasiadowe, roztwór potażu w dawkach małych a częstych.

Z pomiędzy powikłań *T.* wspomina o jednej nadzwyczaj ciekawej, którą obserwował wielokrotnie i której nie umie sobie objaśnić; a mianowicie zdarza się często, iż chory przez 3 — 4 dni zaraz po operacyi czuje ogromną ulgę, mocz jest przezroczysty pęcherz znosi sporą jego ilość, uważa się już chorego za rekonwalescenta. Tymczasem w końcu 4-go, 5-go dnia, powstaje lekka gorączka, pęcherz staje się drażliwym, mocz mętnieje, słowem wytwarza się zapalenie ostrawe, trwające 1 — 2 tygodni. Powikłanie to zdarza się pomimo wszelkich ostrożności i nie jest wynikiem jakiegoś błędu ze strony chorego.

W ten sposób *T.* operował 191 przypadków; 87 z nich wraz z ciężarem kamienia przedstawił na Zjeździe międzynarodowym r. z. Nie wliczył do tej liczby kamieni fosforanowych, powstających często u ludzi przywykłych do wypuszczania sobie moczu, których uryna alkaliczna z łatwością osadza fosforany.

Średni wiek operowanych wynosił 62 i pół lat. Co do jakości 61 kamieni z kwasu moczowego, 4 ze szczawianów, 8 mieszanych, 28 z fosforanów. Na 101 operowanych zmarło 3. Jeśli w celu porównania wziąć także sam szereg analogicznych operacyj, dokonanych dawniejszym sposobem, to śmiertelność wynosiła 5%, średnia zaś cyfra 400 przypadków, przedstawionych w *Towarz. chirurgicz.*

wynosi 7½%. Widzimy więc, że przy nowej metodzie procent śmiertelności znacznie się zmniejszył, i nie zdarzyło się chyba w dziejach chirurgii, aby komukolwiek ze starców operowanych na kamień zmarło tylko 3 chorych. *Martineau* z Norwicz ogłosił sławne 84 przypadki z 2½, lecz w tej liczbie było 24 chorych poniżej 50 lat, 11 zaś tylko liczyło więcej niż 60 lat i właśnie z pomiędzy nich zmarli owi dwaj, co daje 8% dla starców.

Zbadajmy teraz stan pęcherza po operacji; jestto kwestyja nierozłącznie związana z kruszeniem, źródło licznych zarzutów, i która powstrzymywała wielu dawniej chirurgów od uznania *lithotrypsyi*. Zapalenie ostrawe z wytworzeniem osadów fosforanowych w pewnych razach było następstwem dawnej metody operowania, choć zdarzyć się może to samo powikłanie i po cięciu pęcherza (*lithotomia*). Otóż, co się tyczy tego punktu, utrzymywali niektórzy, że to powikłanie zostało wygnane z chirurgii od czasu zastosowania nowej metody. Zdaniem *T.* twierdzenie to jest przedwczesne.. *T.* spostrzegł jeden bardzo ciężki i uparty przypadek takiego zapalenia fosforanowego (*cystite phosphatique*), podobny do niego drugi przypadek, a nadto 4 przypadki zapalenia uporczywego, trwającego 3 — 4 miesięcy. We wszystkich tych przypadkach kamień składał się z kwasu moczowego, i nie było zapalenia pęcherza przed operacją.

Jeśli zapalenie pęcherza już istniało przed operacją, jak to bywa przy przeroście gruczolu krokowego przy czem chory przywykł mocz wypuszczać sobie cewnikiem, następuje po operacji poprawa i we względzie zapalenia.

Mimo to obecnie zapalenie pęcherza po litotrypsyi zdarza się rzadziej niż dotąd; postęp i w tym względzie jest znaczny. W celu uniknienia niebezpieczeństwa obowiązkiem naszym jest nie używać litotrybów i zgłębników, któreby mogły zanadto rozciągnąć lub podrażnić szyjkę pęcherza i cewkę moczową. Naszem prawidłem być winno posługiwanie się narzędziami kalibru, odpowiadającego rozmiarom kamienia. Do wydobycia 200 — 300 gramów masy kamieniowej z pęcherza zupełnie jest zbytecznem, a nawet niebezpiecznem wprowadzać litotryby i zgłębniki ewakuacyjne n° 30 (skali francuzkiej = 18 angielskiej). Roztropniej jest manipulować 2 — 3 minuty dłużej, a użyć zgłębnika n° 24 — 26. Streszczając, rzec można, iż kruszenie od jednego razu w zręcznych rękach jest operacją doskonałą pod względem bezpieczeństwa dla chorego.

Sprawia ono mniejsze podrażnienie następcze pęcherza niż kruszenie w kilku posiedzeniach, nie wymaga nieodzownie nowego modelu narzędzia do wykonania.

Zalety polegają na usunięciu ciał obcych z pęcherza za jednym zamachem. W ten sposób nie zostaje w pęcherzu nic, coby mogło spowodować zapalenie tego organu, już zadrażnionego. Im łagodniej była dokonana operacja, tem szybsze i pewniejsze będzie wyzdrowienie.

Poczynający chirurg może stosować tę metodę tylko przy kamieniach średniej wielkości; przy wielkich a twardych lepiej postąpi, gdy zrobi cięcie pęcherza.

(*Archives générales de médecine, 1882 Ferrier*)

Matlakowski.

21. B. Fleischer. O trawieniu żołądkowem w różnych warunkach.

Na zeszłorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników w Salzburgu przedstawił *Fleischer* wyniki swych doświadczeń nad trawieniem żołądkowem w różnych warunkach, z którymi chcemy zapoznać czytelników, ze względu, że oparte są na ścisłej metodzie badania i dotyczą kwestyj z życia codziennego, interesujących zarówno higienistę jak i lekarza.

F. zajmował się badaniem wpływu na trawienie: 1) zimnej wody przyjętej jako napój, 2) leżenia, stania i chodzenia po jedzeniu, 3) gorących i zimnych okładów na okolicę żołądkową, 4) pepsyny i kwasu solnego—wreszcie 5) wpływu miesiączkowania na trawienie.

Metoda F. polegała na wyplukiwaniu zawartości żołądka zapomocą cewnika kauczukowego, po upływie pewnej liczby godzin po wprowadzeniu do żołądka ściśle oznaczonej stałej ilości pokarmów, złożonych z bifsteku, zupy i chleba. Zapomocą tej metody, której F. już poprzednio używał, starał się on najprzód oznaczyć granice okresu trawienia u ludzi zdrowych zupełnie, i przekonał się przytem, że okres ten waha się u różnych osób od $5\frac{1}{2}$ — 7 godzin, gdy u tej samej osoby czas trawienia jest dosyć stały.

Wyniki F. są następujące:

1) **Z i m n a w o d a j a k o n a p ó j.** U pewnych osób wypicie nawet $1\frac{1}{2}$ litra zimnej wody przy jedzeniu i w różnych porach trawienia nie szkodzi wcale, wszelako z większej liczby doświadczeń wnosić trzeba, że tylko pół litra wody przy jedzeniu nie wpływa na trawienie; następne pół litra sprowadza nieznaczne opóźnienie trawienia, trzecie zaś pół litra wyraźnie je opóźnia.

U chorej z nieżytem i rozszerzeniem żołądka pół litra wody sprowadza wyraźne bardzo opóźnienie trawienia.

(Dodać tu należy, że gdy zwolennicy zimnej wody zachwalają ją dla tego iż rozmiękcza pokarmy i pobudza nerwy żołądkowe, to natomiast przeciwnicy obawiają się obniżenia ciepłoty w żołądku, obciążenia i rozszerzenia jego ścian, oraz rozcieńczenia soków trawiących).

2) **S p o c z y n e k i r u c h p o j e d z e n i u.** Według F. trawienie odbywa się jednakowo podczas spokojnego leżenia jak i podczas stania po jedzeniu. Co się tyczy ruchu, osoby, które chodziły dosyć szybko na wolnem powietrzu przez kilka godzin, zachowywały się różnie. U niektórych tylko trawienie odbywało się prawidłowo, u większości natomiast znacznieszy ruch po jedzeniu sprowadzał wyraźne opóźnienie trawienia. Uzasadnionem więc jest zdanie: *post coenam stabis aut mille passus dabis* W każdym razie nie więcej nad to.

3) **G o r ą c e o k ł a d y i z i m n o.** U ludzi zdrowych zupełnie okłady gorące stosowane przez 5—6 godzin na okolice żołądkową znacznie przyspieszają trawienie (o godzinę). W klinice prof. *Leubego* w Erlangen z nader pomyslnym skutkiem stosują gorące okłady (obok soli karlsbadzkiej i płynnych pokarmów) u chorych z upośledzonym trawieniem przy wrzodzie żołądka.

Zimno w postaci okładów lodowych na okolice żołądka nie wywierało żadnego widocznego wpływu na trawienie.

4) **P e p s y n a i k w a s s o l n y.** U osób zdrowych rozcieńczony kwas solny i wyborowa pepsyna zadawana kilka razy w dawce na końcu noża nie wpływały w sposób widoczny na przyspieszenie trawienia. Podobnież u pewnych chorych z nieżytem żołądka i nieznacznym rozszerzeniem, skoro w wypompowanej zawartości żołądkowej znajdowała się dostateczna ilość kwasu solnego, dodatek zarówno tego kwasu jak i pepsyny nie pomagał trawieniu. W jednym przypadku jednoczesne zadawanie kwasu solnego i pepsyny razem z gorącemi okładami przyniosło pożądaný skutek.

5) **M i e s i ą c z k o w a n i e** w znacznym stopniu opóźnia trawienie, jak się już o tem przekonał *Kretschy*.

Na podstawie swych doświadczeń *Fleischer* kreśli następujące wskazówki dla patologii i terapii chorób żołądkowych.

Ponieważ gorące okłady wyraźnie przyspieszają trawienie u osób zdrowych, przeto można się po nich spodziewać pożytku w przewlekłych nieżytach z rozszerzeniem żołądka oraz przy wrzodzie dziurawiącym, w których to stanach trawienie jest upośledzone.

Jeżeli w wyplukiwanej zawartości żołądka znajdziemy kwas solny w ilości dostatecznej, natenczas dodawanie tego kwasu nie będzie miało celu, a natomiast sposobem próby zadawać będzie można pepsynę, co do której niepodobna orzec, czy wytwarza się w żołądku w ilości wytwarzającej. Prof. *Leube* zadaje swym chorym pepsynę z pomyslnym skutkiem.

Ponieważ przy chorobach żołądka chodzi przede wszystkim o jaknajpomyślniejsze warunki trawienia, przeto chorym takim zabronić należy picia zimnej wody w większej ilości przy i po jedzeniu, a także forsownego i dłuższego chodzenia po jedzeniu.

Przy wystąpieniu zaburzeń trawienia podczas miesiączkowania zachowamy ostrożność w rozpoznaniu i leczyć je będziemy dopiero, gdy utrzymywać się będą po ustaniu miesiączkowania.

(Berl. Klin. Wochenschrift, N. 7. 1882).

W. Mayzel.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 17 Stycznia 1882 r. Towarzystwo zajęło się kwestyją niewłaściwości ogłaszania w pismach ilości głosów, otrzymywanych przez wybieranych na urzędy członków Towarzystwa, gdyż tego rodzaju sprawozdania stają się przyczyną mylnych wniosków i przykrych nieraz nieporozumień.

Szokalski złożył do biblioteki Towarzystwa rękopism słownictwa lekarskiego polskiego, będący wynikiem czteroletniej pracy Towarzystwa z czasów Akademii lekarskiej. Rękopism ten w 1862 roku zaginął i dopiero teraz, a zatem po wydrukowaniu Słownika Krakowskiego, odnaleziony i na ręce Szokalskiego przez kolegę Aleksandrowicza oddany został.

Hoyer przedstawił otrzymane przez siebie w darze od prof. Retziusa i Keya pomnikowe ich dzieła p. t. „Studien“ w 2 tomach oraz Retziusa „Das Gehörorgan der Wirbelthiere“. Dzieła te Hoyer przeznacza w przyszłości do biblioteki Towarzystwa, gdyż (jak to już panom ofiarodawcom napisał) uważa je za podarunek nie jemu, lecz całemu społeczeństwu polskiemu złożony i jako taki oddaje na własność jedynej polskiej instytucji, naukowej w Warszawie. Proponuje też ażeby pp. Retziusa i Keya wybrać na członków honorowych Towarzystwa Lekarskiego.

Na wniosek Szokalskiego liczba członków komitetu gospodarczego wyborem kolegów Brauna i Rogowicza zwiększoną została. Do rewizji kasy Towarzystwa wybrano oprócz dotychczasowych członków, jeszcze Dobrskiego i Nowakowskiego, a do komisji rewidującej kasę wsparcia tychże kol. Dobrskiego i Nowakowskiego zaproszono.

Gajkiewicz złożył pracę kol. Rejehmana p. t. „Niestrawność“ i drugą p. t. „Nowe poszukiwanie nad sztuczne karmieniem“ przedstawiając go jako kandydata na członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego. Kandydaturę Rejehmana popierają Matlakowski i Kornilowicz. Sprawozdawcą będzie Filipowicz.

Lubelski znowu ofiarował kilka cennych dzieł do Biblioteki.

Posiedzenie kliniczne z d. 7 Lutego 1882 r. Posiedzenie to daleko było bogatsze w treść istotnie naukową i tak:

Perkowski odeztał zapowiedziany przez siebie poprzednio elaborat „O pomyślnych wynikach litotomii, litotrypsyi i uretrotomii wewnętrznej w związku z przebiegiem objawów gorączki moczowej“. Rzecz ta będzie podobno drukowaną w „Medycynie“. Jak wszystkie prace kol. Perkowskiego nosi ona na sobie bardzo wyraźną cechę wpływu (może nieco jednostronnego) szkoły francuskiej, tym razem szczególnie Guyon'a, którego teoryje powstawania i przebiegu gorączki moczowej ilustrował Perkowski bardzo interesującemi przypadkami chorób, z praktyki własnej pozerpnietemi.

Następnie Matlakowski rozpoczął szereg spostrzeżeń hernijologicznych szczegółowym opisem przypadku przepukliny udowej prawej zaciśniętej. Pomimo odprowadzenia kiszki chory umarł przy objawach trwającego wciąż zaciśnięcia. Przy sekyi znaleziono: brak objawów zapalenia otzewnej, zwięźlenie (nie zamknięcie) światła kiszki, w miejscu poprzednio uwięźnietem, rozcięcie części, po nad tem miejscem leżącej, oraz mierne ściągnięcie całej części przewodu kiszkowego, niżej położonej, aż do odhytu.

Przypadek ten dał sposobność Matlakowskiemu do zastanowienia się nad dwiema kwestyjami: 1-o w którym miejscu było zaciśnięcie: czy w jednym z otworów *fasciae cribiformis*, czy na wysokości *septi cruralis* i 2-o jaki był powód trwania objawów zaciśnięcia. Pierwszą kwestyję rozstrzygnął na zasadzie badania anatomicznego, które bardzo szczegółowo na posiedzeniu owem roze-

brał. Doszedł on do przekonania, że zaciśnięcie w danym przypadku nastąpiło nie gdzie indziej, jak tylko na wysokości *septi cruralis*. Co do punktu drugiego to twierdzi, że przyczyną trwania zamknięcia trzewia była *functio laesa* tej części jego, która podczas uwięźnięcia była na dłuższy ucisk wystawioną.

Jasiński na poparcie możliwości wniosku pierwszego, zrobił przegląd niektórych form uwięźnięcia (przez wkliniowanie sieci, zaciśnięcie przepukliny Littrégo i t. p.) które dowodzą, że zdanie niektórych autorów: jakoby zaciśnięcie przepukliny udowej tylko w okienkach *fasciae cribriformis* mogło nastąpić, jest błędne. Najlepiej jednak dowodzą tego argumenty anatomiczne Matlakowskiego, mianowicie stosunek worka uwięźnionej przepukliny udowej do *vena saphena magna*.

Co do drugiego wniosku, to Jasiński jest tego zdania, że doświadczenia Hofmoka dowodzą przekonująco, iż nawet częściowe zwięźlenie кишки, bez całkowitego zamknięcia jej światła wystarcza do wytworzenia zupełnej niedrożności, tem dokładniejszej, im więcej rozdętą będzie część doprowadzająca. Rolę przewiązki, zwięźlającej kioskę, grała tu bródka inkarceracyjna. Bródkę taką brali już pod uwagę i dawniejsi herniologowie, ostrzegając operujących, żeby przed wprowadzeniem кишки do brzucha, wyrównać jej ścianę, znosząc miejscowy obrzęk i strangulacyję za pomocą delikatnego masażu.

Praca Matlakowskiego, której dalszy ciąg jest zapowiedziany, będzie *in extenso* pomieszczoną w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego.

Na członków podali się kol. Smoleński i Franciszek Neugebauer (syn).

LIST OTWARTY do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

Dnia 14 Grudnia r. z. byłem wezwany do chorej w mieście Zastawiu. Przybywszy na miejsce około godziny 11-ej rano, zastałem żydowską dziewczynę, Ruchlę R., 15 lat wieku mającą, średniego wzrostu, dobrze zbudowaną i dostatecznie odżywianą, leżącą na wznak, z przymrużonemi oczyma, z wyciągniętymi dolnemi kończynami; chora ustawicznie poruszała rękami, jakby coś chciała złapać na koldrze, jak to zwykle robią ciężko chorzy; obok tych ruchów widać było i *subsultus tendinum*. Chora prawie nieprzytomna i z trudnością dowiedziałem się od niej, że ją głowa boli. Założony termometr pod pachę wskazał 40,3° C., tętno 120 uderzeń na minutę, średnio rozwinięte; skóra sucha na dotyk, język i zęby pokryte czarnym nalotem, usta spieczone. Przy opukiwaniu klatki piersiowej wszędzie odgłos nietympaniczny; przy wysłuchiwaniu zwykły szmer oddechowy bez najmniejszych zmian, wskazujących na zajęcie płuc. Tętno serca czyste, trochę słabe, wymiary serca prawidłowe. Śledziona cokolwiek powiększona, sięga do 7 żebra w linii pachowej, pod żebrami wymacać się nie daje. Wątroba normalnych rozmiarów nie wystaje spod żeber. Brzuch trochę wzdęty, w okolicy кишки ślepej ton przytłumiony i przy głębszem obmacywaniu kioskka przedstawia się wypelniona kałem, zresztą brzuch przy dotykaniu niebolesny. Prawe udo całe jest spuchnięte w niewielkim stopniu, ale miękkie zupełnie przy dotykaniu i niebolesne. Na niem w kierunku żyły zaskórnej wielkiej (*saphena magna*) widać lekko żółtawy pas, szeroki na trzy palce, który, nie dochodząc do okolicy goleniowej, ginie. Ruchy w stawie udowym możliwe; kolano nie obrzmiałe, gruczolę w prawej pachwinie są nieco powiększone, ale prawie niebolesne. Mocz koloru ciemnego piwa, nie zawiera białka. Żrenice nieco rozszerzone, jednakowo obie.

Z anamnezy od matki dowiadujemy się, że chora do dnia 10 Grudnia t. r. była zupełnie zdrowa, prawie od dzieciństwa nie chorowała, że w rodzinie jej nie ma żadnych chorób dziedzicznych, że prawie rok nikt w tym domu nie chorował; dom jest murowany, stary, trochę wilgotny. Chora lubiła czytać i ma pewne wykształcenie. Miesiączkę dostała rok temu i miewała ją prawidłowo. Dzień 10 Grudnia, t. j. Sobotę, przepędziła w domu, nad wieczorem poszła na spacer, będąc dobrze ubraną, przyczem mróz był niewielki. Wróciwszy z przechadzki zaczęła się skarżyć na ból głowy i na ból w prawem udzie, dostała niewielkich dreszczów i gorączki, noc była niespokojna. Następnego dnia zdawało się, że ma się trochę lepiej, ale pod noc zrobiło się gorzej i chora już majaczyła. Powtarzało się to i następnych dni, aż chora prawie straciła zupełnie przytomność i otaczający wezwali

pomocy lekarskiej. Mówią, że oprócz niewielkiej ilości olejku rącznikowego nie dawali; stolec był, ale skąpy i przez dwa ostatnie dni nie było go zupełnie. Pokarmów nie przyjmowała, a pić tylko ją zmuszają.

Wziąwszy to wszystko na uwagę i mając przytem ciągle prawie sporadyczne przypadki tyfusu brzuszego w mieście, przypuszczałem, że mam do czynienia z tą właśnie nozologiczną formą, która będzie zresztą złośliwą, jak po większej części bywa u dziewcząt w jej wieku; choć dziwiło mię tylko spuchnięcie prawego uda i powiększenie gruczołów limfatycznych w pachwinie; ale żeśmy tu obserwowali w szpitalu wojskowym (128 piechotnego pułku) przy tyfusie brzuszny u młodego żołnierza powiększenie i bolesność także gruczołów w pachwinie, pomimo że chory nie cierpiał na żadną chorobę weneryczną i że to obrzmienie wytworzyło się w czasie choroby w szpitalu (i zdaje się, że podobny przypadek w klinice prof. Botkina w Petersburgu w 1879 roku narobił tyle hałasu), więc choć powtarzam nie umiałem sobie wytłumaczyć tego zjawiska, to przypuszczałem, jakem już wyżej wspomniał, że mam do czynienia z ciężką formą tyfusową; a że w tych przypadkach, według rady prof. Wunderlicha, zawsze zaczynam leczenie od kalomelu, więc i tu go przepisałem po trzy grana na proszek, cztery proszki i zaleciłem brać co 2 godziny po jednym do pojawienia się zielonych stolców. Przytem kazałem robić okład lodowy na głowę, wycierać chorą co 2 godziny zimną wodą, dając jej obfity zimny napój. Na spuchnięte udo olejek kamforowy.

Drugiego dnia, t. j. 15 Grudnia, byłem u chorej rano o godzinie 11-ej i znalazłem ją w takim stanie: straciła przytomność zupełnie i przestała mówić, chociaż bezsenność ciągnęła, ciepłota 41° C., tętno trudne do policzenia około 140 uderzeń na minutę, bardzo słabe, prawie nitkowate; oddech bardzo przyspieszony, prawie powierzchowny, twarz blada. Odgłos stłumiony w okolicy kątnej znikł po wypróżnieniu. Na skórze w różnych miejscach małymi grupami wysypka w kształcie guziczków, które łatwo wyczuwa się przy pociągnięciu palcami, skóra na nich bardzo zaczerwieniona i czerwonosć ta ostro zarysowuje się naokoło guzika, wysypka musi być bardzo swędząca, gdyż chora pomimo nieprzytomności chwilami drapie miejsce zajęte wysypką. Stolec były dosyć obfite, zresztą inne objawy jak dnia poprzedniego; mocz trzeba było wypuścić zgłębnikiem, przyczem odeszło go ze szklankę. Jeżeli tedy była dla mnie zagadką poniekąd choroba jej dnia poprzedniego, to teraz już stała się nią zupełnie. Wysypka tego gatunku i do tego swędząca, o ile wiem z własnego doświadczenia, a także z literatury, nie była prawie nigdy widzianą jako wysypka przy chorobach zakaźnych ostrych. Przyznaję się, że zupełnie nie rozumiałem choroby, z którą miałem do czynienia; widocznem tylko było, że chora szybko podąża do fatalnego końca. Zażądałem narady z kolegami, a sam nie chcąc tracić czasu przepisałem tymczasowo salicylan sodu wedle tej recepty: *Rp. Natri salicylicum et liquoris ammonii anis. ana ʒij aq. destill. ʒijv syrup. cortic. aurant. ʒij MS.* Co pół godziny po łyżce stołowej, przyczem poleciłem dawać stare wino węgierskie łyżkami.

O godzinie 3-ej po południu tegoż dnia byłem znów i to ostatni raz u chorej razem z Szanownym Kolegą Popperem. Przy najtroskliwszem zbadaniu jeszcze raz wspólnie z Szanownym Kolegą nie znaleźliśmy nic nowego, tylko nie można było policzyć już tętna; ciepłota była 41° C., wysypka była daleko obfitsza niż rano i w miejscach innych, a mianowicie przeważnie na dolnych kończynach i to na udach. Gdzie zaś była rano tam zniknęła prawie. Na szyi i twarzy nie było jej wcale ani rano, ani teraz. Nie przyszliliśmy do wniosku żadnego odnośnie do formy chorobnej, zaleciliśmy wino i chininę wieczorem odrazu gr. X. Chora tejże nocy o godzinie 3-ej rano zmarła. Sekeyi rodzina nie pozwoliła zrobić. Ztarałem się zebrać wszystkie objawy kliniczne u mej chorej i zdaje mi się, że prawie dopiął mego celu, a pomimo tego po dziś dzień ani nawet podejrzewam z jaką chorobą miałem do czynienia i dlatego też zwracam się z niniejszą historją choroby do Szanownej Redakeji „Gazety Lekarskiej“ prosząc o gościnne pomieszczenie jej w szpitalach swego poważnego organu, może ktoś z Szanownych kolegów rozwiąże mi tę zagadkę, bo zdaje mi się, że nie jest to pytanie bez znaczenia dla lekarza. Czyby to była jakaś nieznaną formą nozologiczną?

Lekarz *Juljusz Szczucki.*

(Odp. Red.). Jakkolwiek nadzwyczaj trudnem jest rozpoznanie rodzaju cierpienia z tej krótkiej obserwacji, Redakeja jednak uważa za stosowne, pomieścić ją jako przyczynek do historyj gwałtownych spraw posocznicowej natury, które, właśnie z powodu swego przebiegu niepomiernie szybkiego,

i różnistości form, wymykają się z pod dokładnej analizy. Czy w danym przypadku było nadzwyczaj ostre zapalenie szpiku kostnego (*osteomyelitis acutissima septica, typhus des os*), czy septyczne zapalenie, którego źródłem była macica i system rodzajny w okresie miesiączki jest prawie niepodobnem zdecydować, z powodu krótkiego czasu spostrzegania chorej i zawłóści objawów ogólnych w porównaniu z objawami miejscowymi, ustępującymi na drugi plan. Co się tyczy wysypki, to ją skłonni jesteśmy uważać za wyraz sprawy rozkładowej przedśmierтной; tak np. widzieliśmy wysypkę, nie dającą się podciągnąć pod bardziej znane kategorie przy wypadnięciu i zgorzeli odbytnicy (śmierć), przy ostrym posocznicowym gościu stawowym. To samo odpowiedzieć można o obrzmieniu i zasinieniu wzdłuż żył zaskórnych. Tak np. widzieliśmy obrzmienie kończyny górnej prawej *ante mortem* przy *peritonitis* po herniotomii, dalej przy *abscessus colli*, *incisiones*, *erysipelas*, objawy zapalenia płuc, a przytem: obrzmienie ogromno kończyny dolnej prawej, bolesność i zasinienie wzdłuż żyły zaskórnej udowej; to samo zjawisko przy *phlegmone antibrachii*, *erysipelas*, objawy zapalenia płuc, a w końcu obrzmienie kończyny dolnej, bolesność i czerwoność wzdłuż żyły zaskórnej udowej. Oczywiście zastrzega się, iż róża do kończyn dolnych się nierozszerzyła, i że zgrubienie nie na jej karb położyć należy.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Kurator okręgu naukowego Warszawskiego zatwierdził jako ordynatorów nadetatowych kliniki dyagnostycznej tutejszego uniwersytetu, prowadzonej przez prof. Baranowskiego, kolegów: Maryjana Jakowskiego i Ottona Hevelkego.

— Na posiedzeniu klinicznym Towarzystwa Lekarskiego tutejszego odbytem d. 21 b. m. kol. Modrzejewski przedstawił chorą, u której na skórze znajdowało się przeszło 3000 różnej wielkości włókniaków miękkich (*fibroma molluscum*). Opis tego przypadku podamy w jednym z następnych N-rów naszego pisma.

Petersburg. „Wręcz“ (Nr. 9 r. 1882) podaje następujący opis: Chirurg polowy D. j. służący jako młodszy lekarz w L...m pułku, otrzymał niezbyt wesołe polecenie — przekonania się, czy żołnierz, który popełnił pewne przewinienie, może wytrzymać karę 200 różeg. Ow lekarz orzekł, iż żołnierz nie może wytrzymać. Ale „starszy lekarz“ pułku, M., oburzył się na taką potworność i nazначzył komisję, złożoną z niego samego i dwóch innych „lekarzy“; komisja znalazła, że żołnierz może wytrzymać egzekucyję; niebawem sprawdzono prawdziwość „dyjagnozy“ ułożonej komisji przez sam fakt obicia żołnierza. Zdawałoby się na pozór, że rzecz skończona. Tymczasem inaczej się stało. Starszy lekarz doniósł, komu należało, że D-r D. j wykonał oględziny nie dbale i żądał wymierzenia nań za to kary, prawem przepisanej. Sprawa poszła do odpowiednich instancyj, ale żadna z nich nie wpadła na myśl, zwrócenia p. M. uwagi, jak smutną jest jego rola, i w rezultacie D-r D. j posadzonym został na trzy dni na odwach. O ile się zdaje komentarze są zbyt cenne.

Getynga. W Kwietniu r. b. obchodzić będzie tu 50-letni doktorski jubileusz profesor D-r Henle.

Gota. Odbyło się tu w ubiegłym tygodniu 83 spalenie pośmiertne zwłok ludzkich.

Wiedeń. Prof. Billroth powołany został do Bordeaux, dla wykonania wycięcia częściowego żołądka.

Na pomnik Mickiewicza. D-r Baliński, z Faleszt, gub. Bessarabskiej, rs. 10. — D-r Łabuć, z Petersburga, rs. 3. — D-r Malkiewicz, z Nieświeża, gub. Mińskiej, rs. 3. — Razem z poprzednio zebranemi. **Rs. 791 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Na kasę imienia Mianowskiego. D-r Baliński, z Faleszt, rs. 5.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

INSTYTUT LECZNICZY

D-ra Wincentego Brodowskiego

w Warszawie

Dom własny przy zbiegu ulic:

Sewerynowa i Oboźnej.

- | | |
|------------|--|
| 1 Oddział: | Hydroterapija (leczenie wodą). |
| 2 „ | Gabinety Pneumatyczne (leczenie ścieszionem powietrzem). |
| 3 „ | Gabinet Elektroterapeutyczny. |
| 4 „ | Gabinet Inhalacyjny. |
| 5 „ | Dom Zdrowia z kompletnem utrzymaniem i opieką lekarską od
rs. 3 dziennie. 50—10 |

Kowanówko pod Obornikami

w Wielkiem Ks. Poznańskim

Zakład leczniczy dla nerwowo i umysłowo chorych

4 mile na północ **Poznania**, tuż przy stacyi kolejowej **Oborniki**, w zdrowem pięknem miejscu położony, przyjmuje każdego czasu chorych płci obojczy na kuracyję.

Zakład tutejszy poczyna 25 rok swego istnienia. Z każdym rokiem odpowiednio postępowi nauki i wymaganiom czasu polepszany, dostarcza chorym z jednej strony wszelkich środków i sposobów leczniczych, z drugiej strony nie tylko wygod i warunków dobrobytu pod każdym względem, ale i przyjemności najrozmaitszych, zwłaszcza też sposobności do pożytku w rodzinach lekarzy.

Pensya za miejsce 1-szej klasy wynosi 300 marek, za miejsce 2-giej klasy 200 marek miesięcznie.

Szczegółowych prospektów dostarcza na żądanie *Dyrekcya Zakładu*

Dr. Żelasko

Dr. Karczewski.

Tajny Rada Zdrowia.