
GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. Matlakowski. Ograniczone ropne zapalenie kości, czyli tak zwany przewlekły ropień kości (*chronic abscess in bone*). Trepanacyja. — II. R. Jasiński. Listy o opatrywaniu ran. — Przegląd bibliograficzny. D-ra Stummer'a (?) Apteczka wiejska. Warszawa. 1882 r. — *Dział sprawozdawczy*: 39. Heitler. Rozszerzenie serca ostre. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

ZE SZPITALA EWANGIELICKIEGO.

I. Ograniczone ropne zapalenie kości, czyli tak zwany przewlekły ropień kości

(*chronic abscess in bone*). Trepanacyja.

Podał

Władysław Matlakowski.

W d. 25 III. 1882 r. przybył do szpitala Ewangelickiego Hauke Ferdynand, lat 23 liczący, czapnik, rodem z Morawii, z powodu silnego bólu w prawej goleni. O początku swojego cierpienia opowiada, że przed 13 laty, a zatem w 15 roku życia dostał silnego bólu w goleniach, za przyczynę którego uważa przemoczenie nóg; krewni bowiem jego posiadali połow pstrągów, i on często przebywał na wodzie, zamaczywał nogi i właściwie po jednej z takich wycieczek zapadł na ciężką słabość, która rozpoczęła się od bólu w goleniach, zimna, poczem nastąpiła silna gorączka, trwająca 3 tygodnie, podczas której obłożnie był chory. W tym czasie spuchła silnie lewa goleń. Po kilku miesiącach otworzył się ropień, z którego po pewnym czasie wyszła kość obumarła; ropienie, nowe owrzodzenia trwały jeszcze długo, zanim ostatecznie sprawa zakończyła się zagojeniem. W rok mniej więcej, licząc od początku tylko co opisanej choroby, zaczęła boleć i grubieć druga goleń, prawa, dotychczas niebolesna i niezmienniona. Stopniowo zgrubienie wzmagało się bardzo powoli, ból trwał z przerwami; czasami nie było bólu rok cały, poczem znowu powracał; w ostatnich czasach chory był wolny od bólu przez całe 3 lata i dopiero od jesieni roku zeszłego ból powrócił z daleko większą siłą i z objawami gorączkowemi. Lekarz napróżno zadawał choremu jod do środka, stosował smarowania nalewką jodową, ból nie ustępował.

Oboje rodzice żyją dotychczas; ojciec ma około 72 lat; rodzeństwo jest zdrowe zupełnie; nasz chory przed 15-ym rokiem życia był zupełnie zdrow. nie przechodził ani ospy, ani szkarlatyny; nie miał też nigdy powiększonych gruczołów chłonnych na szyi, nie cierpiał na wypływ z ucha i na inne objawy wyraźnych zolżów, o ile na nie może zwrócić uwagę człowiek z początkowem wykształceniem, lecz roztropny i zmuszony z powodu bólu do zwracania na się uwagi. Od 15 roku życia z wyjątkiem swojego cierpienia na nogach, żadnych chorób nie przebywał. Żadnego uderzenia w golenie sobie nie przypomina. Słowem, streszczając wszystko, co się powiedziało w anamnezie, nie można dopatrzeć żadnej widocznej przyczyny owego cierpienia goleni: nie był nią traumatyzm, nie były choroby zakaźne ostre, jak tyfus, szkarlatyna, ospa itp., nie były choroby zakaźne przewlekłe, jak gruźlica, zolży lub przymiot; jeden tylko pozostaje moment godny uwagi: przemoczenie, do którego powrócimy poniżej.

Mamy przed sobą mężczyznę średniego wzrostu, miernego odżywiania, twarz blada, wynędzniała, oczy podsiwiałe z bezsenie spędzanych nocy; zresztą na skórze i częściach dostępnych dla badania żadnych oznak charactwa nie widać; mięśnie wcale jędrne, język czysty, łaknienie dobre.

Ruchy w stawach kolanowych i stopowych obu kończyn dolnych prawidłowe. Chory zwraca uwagę, że noga lewa krótszą jest od prawej o 4 centymetry; jakoż w samej rzeczy lewa kość piszczelowa (*tibia*) od linii stawowej kolanowej do samego czubka kostki wewnętrznej wynosi 34 centm., gdy tymczasem prawa 37 centm.

Na lewej goleni na powierzchni, odpowiadającej powierzchni podskórnej (wewnętrznej) kości piszczelowej, widzimy obszerne stare blizny, nieprawidłowego kształtu, rozciągające się od jednego epitizu do drugiego wzdłuż trzonu kości piszczelowej, przyrosłe nieruchomo do niej; górna połowa trzonu zakłębnięta, wgłębiona (miejsce, gdzie oddzielił się kiedyś martwak), dolna zaś mocno zgrubiała.

Prawa goleń znacznie zgrubiała; główne zgrubienie zajmuje drugą $\frac{1}{3}$ część, licząc od góry. Skóra na prawej goleni niezmiennona, blizn żadnych nieprzedstawia, nieco ponad kością przesuwalna; lekki ledwie zauważalny stopień ciastowatości (*empâtement*) części miękkich ponad miejscem zgrubiałem; ani śladu chelbotania; lekka bolesność przy silnem naciskaniu na kość; sama kość piszczelowa nie tylko zgrubiała, ale i zmieniona pod względem swego kształtu: powierzchnia jej wewnętrzna z płaskiej stała się wypukłą, grzebień mniej ostry, a cała kość z trójgraniastej stała się prawie cylindryczną; zgrubienie wrzecionowato i bez wyraźnej granicy przechodzi ku dołowi w zdrowy trzon, ku górze w prawidłową nasadę (*epiphysis tibiae superior*).

Ból nadzwyczaj silny, „jak gdyby kto nóż wtykał“. łagodnieje z rana, wzmaga się po południu; zwolnienia przychodzą stale w porze rannej, nasilenia ku wieczorowi, ból jest tak silny, że choremu nie daje zmrużyć oka przez całą

noc; dopiero zrana w czasie wizyty chory cokolwiek może się zdrzemnąć. Siędlisko bólu stałe, w środku zgrubiałej kości.

Zastosowałem wcieranie szaruchy w skórę goleni i okład gorący; do środka jodek potasu. Z początku przez dwa dni zdawało się, że choremu jest lepiej, lecz już 3-go dnia ból wzmógł się nadzwyczajnie. Chory w nocy potniał; dreszczyków lub zimna nie doznawał; termometr wskazywał z rana $37,3^{\circ}$ C., wieczorem $37,6^{\circ}$ C. W tych granicach ciepłota wahała się i dni następnych. Ból charakteru remisyjnego trwał po dawnemu; nie miały nań wpływu również wezykatoryje ani pędzlowanie nalewką jodową. 8 IV. popołudniu ból był silny, niedowytężenia, przenikający. 11 i 12. IV. przeszły prawie bez bólu, lecz już 13 IV. powstał ból silny, bez żadnych objawów zapalnych widocznych w okolicy zgrubiałej kości. 14 IV. zrana $38,2^{\circ}$ C., silny ból w popołudniowych godzinach; język obłożony; wieczorem $37,6^{\circ}$ C.

Wyczerpawszy wszystkie środki, które mi się wydawały odpowiednimi, postanowiłem przystąpić do pomocy operacyjnej, naglony prośbami chorego, któremu nawet morfina nie przynosiła ulgi.

Rozważając te objawy u mojego chorego i szukając środka skutecznego, wstyd mi bowiem było przy rannej wizycie podejść do niego, wpadłem na myśl, czy czasami nie ma w kości ropienia, które samo byłoby w możności objasnić ból tak uporeczywy. Dlatego też postanowiłem wytrepanować otwór aż do szpiku kostnego, w razie gdybym nie znalazł ropy. miałem na widoku zrobić drugą dziurę, a mostek między obu otworami wybić dłutem. Na przypadek gdybym ropy mimo to nie znalazł, myślałem, że takie okno w kości podległej sprawie zapalnej nie może pozostać bez dobroczynnego wpływu na samą sprawę, jako energiczna rewulsja. Tem bardziej utwierdziłem się co do tego postępowania, że chorego nie narażało moje przedsięwzięcie ani co do stanu ogólnego, ani co do wpływu na wytrzymałość samej kości na żadne większe niebezpieczeństwo wobec przeciwnego opatrunku i ostrożności, przy jakich odbywać się dziś zwykła operacja chirurgiczna. Najwięcej atoli osmielała mnie do podobnego radzenia sobie pewien przypadek, spostrzegany na klinice prof. Kosińskiego, w którym trepanacja, uskuteczniiona na dolnym końcu kości piszczelowej ponad samą kostką wewnętrzną, miała wyborny skutek; chory bowiem (Płoszko, urzędnik), który cierpiał na bóle niedowytężenia, doznał po operacji natychmiastowej ulgi.

W dniu 15 IV. przy pomocy kol. *Elsenberg*a, który łaskaw był zająć się chloroformowaniem chorego, przystąpiłem do operacji. Po ogoleniu, obmyciu mydłem i wysmarowaniu skóry goleni, pod osłoną sprężu parowego, zrobiłem cięcie skóry 11 ctm., t. j. przez całą długość kostnego zgrubienia; drugim cięciem doszedłem do kości; warstwa tkanki podskórnej okazała się silnie przekrwioną, a przekrwienie to było tem silniejsze, im głębszą była warstwa tkanek; okostna okazała się zgrubiałą, rozpułchnioną, ściślej połączoną z tkanką podskórną, niż w stanie prawidłowym. Za pomocą elevatorium odłuszczyłem okostną na jedne i drugą stronę, przyczem znalazłem okostną w stanie silnego przekrwienia; odłuszczenie nie było tak łatwe, jak to zwykle spostrzega się na kości

zdrowej (np. przy amputacyi, gdzie trzeba się miarkować, aby skrobaczka osobliwie na wewnętrznej powierzchni kości piszczelowej za daleko okostnej nie odłuszczyła); powierzchnia okostnej, przylegająca do kości, po odłuszczeniu jej okazała się chropowatą, usadzoną blaszeczkami kostnymi, które, trzymając się jej, przy odłuszczeniu odkostnej się oddzieliły. Po odłuszczeniu okostnej w granicach zgrubienia przedstawiła się nam wtedy powierzchnia piszczeli nierówna, chropawa. Krwawienie kapillarne było rześiste, usmierzywszy je, naciskając tamponami z waty karbolowej, w wodzie 5% karbolowej namoczonymi i wyżętymi, nałożyłem koronę trepana na punkt środkowy zgrubienia, na miejsce najbardziej wystające. Kość przy trepanowaniu nie okazywała jakiegóż zwiększonej twardości. Kiedy zdawało mi się, że już powinien dotrzeć do kanału szpikowego, wyjąłem koronę, wybiłem dłutem krążek kostny, a znalazłszy na dnie jeszcze tkankę kostną, pogłębiłem dziurę dłutem już w tkance nieco miększej; ale na ropę nie natrafiłem, a miasto szpiku kostnego znalazłem rozrzedzoną tkankę kostną. Nałożyłem, nie wahając się, koronę trepana nieco wyżej, t. j. bliżej nasady górnej kości piszczelowej; tak samo wyjąłem krążek i tak samo na ropę nie natrafiłem; dopiero przy pogłębieniu dziury dłutem wraz z krwią i tkanką kostną wydobylem z głębi kulką szaro-białą, odróżniającą się od purpury krwi, podobną do ropy, wielkości ziarnka grochu; z radością rozpoznaliśmy w niej ropę, co później mikroskop niewątpliwie stwierdził. Mniemając, że większa ilość ropy tkwi pod mostkiem, dzielącym oba otwory wytrepanowane, wysadziłem go dłutem, a pod nim znalazłem bardzo ściśniony kanał szpikowy, wypełniony gąbczastą, rozrzedzoną tkanką kostną; wyskrobałem ją łyżeczką Volkman'a i dłutem. W ten sposób powstała w kości dziura, podobna do otworu w zamku od klucza; ścianki i dno tej szpary były utworzone z kości; ku górze w kierunku kanału szpikowego wyskrobałem tkankę, t. j. szpik kostny, ku dołowi zaś kanał szpikowy był zagrodzony tkanką kostną, twardą, oddzielającą szparę, od dolnej połowy szpiku kości piszczelowej.

Krwawienie było z dziury bardzo obfite; krew nabierała się w niej z szybkością i pulsowała jak źródło, bijące w studni. Przez pewien czas trzymałem w szparze tampon z waty wyżętej, a następnie skoro krwawienie nieco się zmniejszyło, nasypałem do dziury jodoformu, wstawiłem 3 dreny obok siebie, wytamponowałem resztę przestrzeni muslinem karbolowym, końce rany skórnej zeszyłem i nałożyłem opatrunek listerowski (cała operacyja pod spray'em).

Chory na noc dostał proszek na sen. Skutek operacyi przeszedł moje oczekiwanie.

Nazajutrz chory sam oświadczył, że go wprawdzie boli, ale że ów ból dawniejszy, jak by kto nóż wbijał, znikł zupełnie; że mimo bólu w ranie czuje się wyśmienicie.

Dalszy przebieg nie przedstawia nic ciekawego. Ból ustąpił w zupełności i ani razu się już nie powtórzył; chory śpi wybornie, ma łaknienie; rozweselił się i widocznie poprawił na twarzy, która ożywiła się różową barwą.

W ten sposób postąpiłem sobie, nie znając odnośnej historyi patologii ropni w kości, która potwierdziła w zupełności słusność mojego postąpienia.

*

*

*

Znajomość ropni przewlekłych w kości datuje od bardzo niedawna. Wprawdzie chirurgowie zeszłego stulecia robili trepanację kości, lecz napewno nie można wymiarkować, czy robili ją przy ropniu, czy też przy ropieniu, spowodowanym przez martwak centralny.

Chirurg francuski D a v i d *) w pracy o ropniach w kości, wydanej w 1764 i uwieńczonej przez akademię chirurgiczną, wymienia już główne objawy, cechujące ropnie w kości. „Rzeczą jest bardzo trudną przepowiedzieć obecność ropnia w kości, zwłaszcza gdy brak znaczniejszego zgrubienia; nie ma bowiem wtedy innych oznak cierpienia, jak tylko objawy racjonalne, niepewne. Z pomiędzy nich najwięcej jeszcze liczyć można na: ból głuchy w kości, coraz bardziej się wzmagający, nie zmieniający miejsca; na obrzęk (*oedema*); ból z czasem staje się dojmującym, do niego dołącza się bezsenność; ziebienie nieregularnie się zjawiające, gorączka powolna i t. d.“ (o do postępowania zaleca D a v i d, zarówno jak Jan H u n t e r w 1787 r. †) trepanacją. Mniej sławny od tego ostatniego Wilhelm B r o o f i e l d w 1773 r. taką daje charakterystykę ropni w kości: „Ilekroć chory użala się na ból tępy, mocny, głęboko w kości tkwiący, chociaż pokrywy ponad kością są zupełnie zdrowe, a sama kość bynajmniej nie wydaje się zmienioną, — tylekroć mamy słuszny powód podejrzewać ropień w szpiku kostnym“. Mimo to wszystko cierpienie to pozostało nieznanem ogółowi chirurgów i dopiero Sir Benjamin B r o d i e opisał to cierpienie, wskazał jego cechy i uregulował postępowanie. W 1824 r. zmuszony był na prośbę chorego, który doznawał nieznośnego i nieuśmierzalnego bólu w goleni zrobić amputację. Przy badaniu odjętej kończyny znalazł zgrubienie dolnego końca kości piszczelowej i oznaki mocnego przekrwienia warstwy powierzchniowej kości; rozpiłowano kość w podłuż i tuż nad samą powierzchnią stawową znaleziono jamę wielkości małego orzecha laskowego, wypełnioną ciemną ropą; ścianka ropnia była miękka, a kość, otaczająca jamę, twardszą, niż zwykle. Nauka atoli ztąd płynąca nie poszła na marne; w 4 lata potem B r o d i e nadarzył się przypadek wielce podobny, rozpoznał ropień w górnej części kości piszczelowej, zrobił trepanację i miał to szczęście, że natrafił od razu na mały ropień, zawierający około 2 drachm ropy; chory wyzdrowiał w 6 miesięcy, zgrubienie kości znikło. Do 1846 r. uleczył w ten sposób 6 chorych.

Dalsze spostrzeżenia wyłącznie prawie poczynione były przez Anglików, od których wzięliśmy nawet termin „*the chronic abscess in the bone*“. Na 72 spostrzeżenia, ogłoszone przez rozmaitych autorów, a zestawione w tablicę przez G o l a y'a, 44 należy do pisarzy angielskich. Dlatego też nie są próżną przechwałką słowa sir F e r g u s s o n'a ‡), że przypadek B r o d i e był promieniem świetlnym w chirurgii, który nigdy nie będzie zapomniany.

To doświadczenie chirurgów angielskich było zupełnie nieznanem chirurgom stałego ładu. W 1856 roku B r o c a, zbierając wszystkie ogłoszone przy-

*) G o l a y. Des abcès douloureux des os. 1879 str. 11.

†) B r y a n t. A manual for the practice of Surgery. 1879. Tom II str. 509.

‡) B r a n t. l. c. str. 508.

padki, zadziwił się, że na kontynencie nikt nie wiedział o ropniach w kości i nikt nie robił trepanacyi z powodu tego wskazania. We Francyi on pierwszy zrobił odnośne spostrzeżenie, zakomunikował je w Tow. Chir., co zwróciło uwagę chirurgów francuskich na ten przedmiot. Nie waham się przytoczyć tu w streszczeniu ową obserwacyją *B r o c a* †), *nulla autem est alia pro certo noscendi via, nisi quamplurimas et morborum et dissectionum historias, tum aliorum tum proprias collectas habere, et inter se comparare*, mówi wielki *M o r g a g n i*. Przy rozpoznawaniu chorób nadzwyczaj pomocnymi bywają przypadki klasyczne, wtedy gdy *résumé*, jakimi nas podręczniki traktują, nieraz bywają niewystarczającymi. (D. c. n.)

II. LISTY O OPATRYWANIU RAN

przez

R. Jasińskiego,

byłego asystenta klinik chirurgicznych.

IV.

Są przypadki, w których nie możemy przez czas dłuższy stosować przetworów karbolowych, czy to z powodu pierwszych objawów zatrucia (duże ilości kwasu, pojawiające się w moczu i t. p.), czy też z powodu, że często kwas karbolowy, stosowany na duże powierzchnie granulacyjne, źle na takowe oddziałuje: tracą one swą żywą barwę, obrzękają, a zabliznianie nie postępuje. W takich razach uciec się musimy do przetworów salicylowych, mniej wprawdzie potężnych, ale za to nie trujących, nie drażniących skóry i nie tak lotnych, jak fenol.

Środek ten wprowadzony został przez *T h i e r s c h'a*, który dowiódł, że przy czystych, aseptycznych ranach, wata, napojona kwasem salicylowym, stanowi wyborny i bezpieczny opatrunek przeciwnilny. Tam jednak, gdzie mamy do czynienia z rzeczą podejrzaną czystości, lub wyraźnie zakażoną, już kwas salicylowy użyć się nie daje. Stronę ujemną waty salicylowej stanowi nieczystość samego preparatu i dlatego z największem niedowierzaniem zapatrywać się należy na będącą w handlu watę tego rodzaju. *M a r t i n i* dowiódł, że w niektórych paczkach, zamiast 4% kwasu salicylowego, znajduje się go 0%, w drugich 0,5%, a dziesięcioprocentowa wata zawiera najwyżej 4%. To samo przed *M a r t i n i*m twierdził *W i e b e l*.

Utrata kwasu salicylowego zależy od tego, że kryształki samego przetworu wysypują się z waty, w postaci mialkiego kurzu, drażniącego błony śluzowe dróg oddechowych, tak, że podczas opatrunku, chorzy, felczerzy i lekarze bez przestanku kaszlą i kichają, a tego rodzaju spray nie zawsze bywa antysepty-

†) Abscès chronique simple du canal médullaire de l'humerus datant de sept ans, traité par la trépanation. Gaz. des hôpitaux. 1859. Nr. 130. str. 519.

cznym. Związać więc trzeba kwas salicylowy za pomocą gliceryny. Wieb el radzi, zamiast roztworów wodnych tego środka, używać roztworów wysokowych, gdyż kwas salicylowy rozpuszczać możemy tylko w ciepłej wodzie, a wówczas znaczna część jego jednakże się ulatnia. Rada dobra, ale u nas alkohol trochę za drogi, żeby tak nim szafować było można. Wreszcie ulatnianie to nie musi być tak znaczne, skoro H i r s c h s o h n zupełnie faktowi temu zaprzecza.

Najlepszymi okazały się następujące przepisy:

- 1) Wata salicylowa 4%
acidi salicylici 40,0
spirit. vini. o cięż. gatunk. 0,830. 300,0
glycerini 30,0
aqu. fontis, ogrzanej do 70—80° R., litrów 2.

Tą ilością płynu można napoić jeden kilogramm waty hygroskopijnej.

- 2) Wata salicylowa 10%
acidi salicylici 40,0
spirit. vini (0,830 C. g.) 300,0
glycerini 30,0
aqu. fontis + 70 : + 80° R. — litrów 2

tak samo na jeden kilogram waty, pozbawionej tłuszczów.

Można wziąć więcej gliceryny, a o tę samą cyfrę zmniejszyć ilość alkoholu. Najlepiej watę taką ułożyć w płytkim naczyniu drewnianem (n. p. w niecce do zarabiania ciasta) i to nie więcej, jak 2—3 kilogramy naraz, żeby osiągnąć równomierne nasycenie płynem. Skoro płyn wsiąkł w watę zupełnie, to tę ostatnią należy przewrócić w naczyniu na drugą stronę, żeby roztwór, w warstwach dolnych najobficiej nagromadzony, znalazł się teraz na górze, i ciężarem swym płynąc do dna, przeniknął dawne, powierzchowne, a teraz głębiej położone części.

Zamiast waty używa się też juta salicylowa 4% lub 10%. W każdym razie na ranę bezpośrednio powinno się kłaść tylko 10%. Na 500 gram. juty wypada wziąć: 20 gram. kwasu salicylowego, 100 gram. gliceryny, 40 gram. alkoholu i jeden litr wody, żeby otrzymać 4% preparat. Dziesięcioprocentową jutę salicylową otrzymujemy, biorąc na 500 gram. pakul. 50 gram. kwasu salicylowego, a gliceryny i spirytusu po 100 gram, oraz jeden litr wrzącej wody. Dalsze postępowanie tak, jak z watą, tylko suszenie trwa dłużej.

W ostatnich czasach R o b s o n i A s t h a l t e r łamali sobie głowę nad tem, czy spray karbolowy nie da się zastąpić w jakikolwiek inny sposób. A s t h a l t e r zbudował przyrząd, za pomocą którego otrzymujemy ostrokrąg powietrza dezynfekcyjowanego, który niszcząc w powietrzu, otaczającym ranę, zarodki gnilne, nie ochładza zbytnio części operowanych i nie spowoduje tak znacznych miąższowych krwotoków, jakie nieraz przy użyciu dużej ilości wody karbolowej zauważyć się dają. Wreszcie spray powietrzny ma tę wyższość nad mgłą karbolową, że nie zasłania pola operacyjnego tumanami nieprzezroczystych obłoków. Metoda A s t h a l t e r'a polega na tem, że rana i jej okolice wciągu całej operacji otoczone zostają ciągłym prądem powietrza, ogrzanego i oczyszczonego zupełnie za pomocą przyrządu, w którym przez warstwę 90% roztworu fenolu, przechodzi. Przyrząd składa się ze zbiornika, objętości około

4 litrów, zamkniętego hermetyczną pokrywką. W pokrywie tej znajdują się trzy otwory. W otwór środkowy wetknięty jest manometr, w otwory boczne zaś rury szklane, zgięte pod kątem prostym. $\frac{1}{3}$ część zbiornika napełniona jest 90% roztworem fenolu.

Nad tą warstwą idzie warstwa waty, zawiniętej w muslin i ramą gumową do ściany zbiornika przyciśnięta. Jedna z rur szklanych zaopatrzona jest w kurek i przed nim leżącą klapę, oraz połączona z gumowym mieszkiem takim, jaki zazwyczaj do aparatu Richardsona należy. Do końca tej rury, leżącego we wnętrzu zbiornika, przymocowaną jest znowu gumowa rurka, która prowadzi wpychane przez mieszek powietrze, aż do dna zbiornika, wypuszczając je w warstwę kwasu karbolowego. Powietrze, przeszedłszy przez tę warstwę, filtruje się następnie przez watę, do górnej części zbiornika. Ztąd wchodzi do drugiej rury zgiętej, a z niej, przez dwie stopy długości mającą rurę kauczukową, do cylindra, z nietopliwego szkła zrobionego, (25 ctm. długości i 8 ctm. średnicy mającego) i zaopatrzonego w obu końcach w hermetyczne mosiężne denka. W tylnym denku otwiera się owa rura, doprowadzająca powietrze, a przednie denko przedziurawione jest 12-ma rureczkami mosiężnymi, kończącymi się za pomocą maleńkich otworków. Z tych to otworków, wylata ostrokrąg zdezynfekowanego powietrza. Ów szklany cylinder połączony jest ze zbiornikiem za pomocą ruchomej statywy, przy której znajdują się też 3 brennery, pod szklanym cylindrem ustawione, dające się za pomocą kauczukowych rurek połączyć z gazometrem i służące do ogrzewania powietrznego spray'u. Analiza wyrzuczonego przez aparat powietrza wykazała, że ono porywa ze sobą 0,12 do 0,15% kwasu karbolowego. Zasada tego przyrządu bardzo mi się podoba i dla tego metodę ową tutaj opisałem, chociaż nie mam żadnego własnego doświadczenia w tym względzie, któreby mogło mnie upoważnić do więcej stanowczych wniosków.

Pozostaje mi jeszcze wspomnieć o środku, który w ostatnich czasach przez M o s e t i g — M o o r h o f'a i M i k u l i c z a gorąco zalecany i za zastępcę kwasu karbolowego ogłoszony został. Jest nim jodoform. M i k u l i c z upewnia, że środek ten działa nie tylko jako jod, *in statu nascendi*, lecz także, jako organiczne jego związki, a może jako jodoform *per se*. Zgadza się na to zdanie i K ö n i g na zasadzie klinicznego doświadczenia. Przeciwnie działanie jodoformu zbadane zostało doświadczalnie przez P a n e t h'a, a z doświadczeń tych należy wnioskować, że do zupełnej dezynfekcyi trzeba oprócz jodoformu użyć jeszcze i fenolu. Oczyszczanie rąk, narzędzi, gąbek, catgut, jedwabiu i t. d. musi się odbywać za pomocą tego ostatniego środka. Przy małych ranach, używa się jodoformu w postaci mialkiego proszku, przy większych, głębszych ranach i jamach, gdzie większe ilości środka zastosowane być mają, należy używać jodoformu krystalicznego. Zasypywanie ran skutecznia się za pomocą pędzelka, szpadla, łyżki, rozpylacza i t. p. przyrządów. Na to kładziemy opatrunek watowy, kawał nieprzemakalnej materji i muslinową opaskę. Niektóre rany lepiej jest pokryć muslinem jodoformizowanym, który można sobie przygotować w ten sposób: w dezynfekowaną miednicę kładzie się kawał muslinu hygroskopijnego i wciera się weń sproszkowany jodoform, za pomocą

zdezynfekowanej ręki. Trzeba jednak znaleźć takiego abnegata, któryby się poświęcił do tej roboty; nigdy w życiu bowiem czem innym pachnieć już chyba nie będzie. Przenikliwy, a dla wielu idiosynkratycznie nieznosny zapach jodoformu, z łatwością przenika ubranie i perfumuje całą skórę, włosy i t. d., a pozbyć go się prawie niepodobna. Muslin, otrzymany tym sposobem, zawiera 10—20% jodoformu. Trzydziesto lub pięćdziesięcioprocentową gazę otrzymujemy, wcierając proszek jodoformu w gazę, nasyconą poprzednio roztworem 4 części kalofonii i 1 części gliceryny, w 200 częściach spirytusu. Cztery lub osm warstw takiego muslinu kładziemy na ranę, a na wierzch opatrunek watowy. Przepis na przyrządzenie pięcioprocentowej waty jodoformowej jest następujący: 500 gramów odtłuszczonej waty nasycy się roztworem takiego składu: jodoformu 25,0, eteru 125 kub. centm., alkohol 1125 kub. centm.

Alkohol i eter ulatniają się bardzo szybko, a wydzielający się z roztworu jodoform pozostaje bardzo równomiernie rozdzielonym w wacie, którą w szklanym lub blaszanym naczyniu należy przechowywać.

Do przemywania ran lub do wstrzykiwań używamy roztworów jodoformu w eterze lub emulsji w oliwie, albo glicerynie. W przetoki, lub jamki wstawiamy pałeczki z jodoformu, które ja każę w ten sposób przygotowywać. Biorę jodoform i masło kakaowe w równych częściach, topię tę mieszaninę z dodatkiem małej ilości kumariny (otrzymywanej z faba Tonco), dla zniesienia obrzydliwej woni, i roztopioną wlewam w rurki szklane (n. p. w popsute rurki ciepłomierzowe), w których masa zastyga. Patyczkiem wypchnąwszy zastygłą mieszaninę, otrzymuję bardzo ładne pałeczki, dające się strugać, temperować lub w razie potrzeby, rozsmarowywać na płótnie. Maść jodoformową (drj. na 5j tłuszczu) perfumuję dziesięcioma granami kumariny, mającej dosyć przyjemny i mocny zapach.

Jodoform dał mi bardzo dobre wyniki przy oparzeniach, po wyjęciu gruczołów chłonnych, po rozcięciu drętwych dymienic, przy wrzodach goleni i rozmaitych tego rodzaju drętwych owrzodzeniach. Najlepsze i zadziwiające wyniki otrzymywałem, posypując nim zgangrenowane, rozpadające się powierzchnie, cuchnące, posokowate wrzody. Specyficznego działania na gruźlicze i grzybowate ziarniny, lub ogniska próchnień w kościach, zauważyć nie mogłem i kto wie, czy mi w tych upartych przypadkach nie więcej przynosił korzyści kwas karbolowy, a przedewszystkiem skrobaczka i żegadło platynowe.

Zgadzam się najzupełniej z K o n i g e m, który w *Centralblatt f. Chirurgie* (Nr. 12) twierdzi, że we Wiedniu trochę się zagalopowano z reklamowaniem jodoformu jako środka, który może wszystkie inne przeciwnilne substancyje wyrugować.

Wszyscy prawie chirurdzy chwala jodoform jako bardzo dobry środek opatrunkowy, ale większość ich powiada, że działanie jego dopełniali kwasem karbolowym i skrobaczką, a wtedy wyborne otrzymywali wyniki.

Strony ujemne jodoformu są dość liczne. Przedewszystkiem środek ten u nas jest bardzo drogi, po drugie cuchnie okropnie, a po trzecie sprowadza czasem otrucia, kończące się nieraz śmiercią.

Ostre maniakalne objawy z zatrzymaniem moczu i podniesieniem się ciepłoty ciała w jednych razach, objawy podobne do zapalenia opon, przy bardzo częstem tętnie, bez gorączki, z wymiotami i bredzeniem oraz krzykami w drugich razach, brak łaknienia, bóle głowy i niezwykła (najczęstszy objaw) częstość tętna, oto główne objawy zatrucia jodoformowego. Ja, używając w bardzo wielu przypadkach środka, o którym mowa, widziałem tylko dwa przypadki zatrucia i oba skończyły się bardzo pomyślnie po zmianie opatrunku na karbony. Pierwszy dotyczy chłopca, któremu granat, przez nieostrożność zapalony, zerwał ogromny płat skóry z międzykrocza i całego prawie uda prawego, oderwał kışkę prostą od dolnych jej przyczepów, oraz spowodował głęboką ranę międzykrocza, w którą po za *rectum* wprowadzić można było dwa palce, aż do kości. Całą tę ranę zdezinfekowałem, kışkę przyszyłem licznymi szwami do ponadrywanych resztek skóry międzykrocza, a ranę uda, jak mogłem, połatałem strzępami skóry. Założyłem liczne sączki i nałożyłem opaskę Lister'a. Bardzo wiele szwów porozlazilo się, a płaty skórne, mocno potłuczone, uległy mumiifikacyi i poodpadały. Rana wszakże zaczęła granulować nieźle, przy bardzo małym odczynie gorączkowym, a kışka przyrosła. Ogromną powierzchnię ziarninową zacząłem opatrywać maścią jodoformową. Gojenie szło bardzo powoli, ale bez przerwy. Po jakimś tygodniu, czy 10 dniach takiego opatrunku, chory zaczął bardzo często wymiotować, po nocach nie sypiać, krzyczał w niebogłosey bez żadnego powodu, skarżył się na ból głowy, źrenice miał rozszerzone, a tętno tak szybkie, że go zliczyć nie było podobna. Ciepłota zaś ciała przez cały czas była prawidłowa. Działo się to przed pojawieniem się pracy Scheld'e'go i dlatego nie mogłem sobie na razie zdać sprawy, z czem tutaj właściwie mamy do czynienia? Ponieważ jednak ziarnina wydała mi się trochę drętwą, zmieniłem więc opatrunek jodoformowy na salicyłowy.

Wszystkie objawy, o których wspomniałem, na drugi czy trzeci dzień znikły zupełnie i nie pojawiły się już więcej, aż do zupełnego zagojenia ran, które nastąpiło po niejakiś czasie.

Drugi przypadek obserwowałem w szpitalu dziecięcym, w oddziale kolegi Peszke'go, gdzie po amputacyi goleni chory, opatrzony jodoformem, przez długi czas miał tętno niezmiernie częste, pomimo zupełnego braku gorączki. Po zmianie opatrunku, tętno wróciło do normy.

W literaturze pojawiło się w ostatnich czasach mnóstwo spostrzeżeń, dotyczących zatrucia jodoformem. Mojem zdaniem jednakże pewną część tych spostrzeżeń uważaćby może można było za sprawy septyczne, do których rozjodoformowani Niemcy przyznać się nie chcą i na jodoform całą winę starają się zwalić. Z drugiej strony jednak znajdujemy wiele spostrzeżeń, dowodzących jasno, że zatrucie jodoformem jest możliwe i nieraz fatalnie skończyć się może. Nie chcąc wychodzić po za granice nakreślonego planu, nie będę tu przytaczał licznych wywodów, dotyczących kwestyi jodoformizmu i ograniczę się tylko przytoczeniem odpowiednich źródeł w końcu niniejszego listu. Tu tylko wspomnę, że w chirurgii dni dzisiejszych potrzeba zaiste uzbroić się w podwójną dawkę krytycyzmu, żeby nie wpaść na manowce; gdyż przy ogólnym gorączkowym postępie tej gałęzi nauki lekarskiej często widzimy przykłady, jak nieje-

den badacz, zachwycony swym własnym wynalazkiem. tak się nim lubuje, że wreszcie podlega pewnego rodzaju narkotyzacyi zachwalanym przez siebie środkiem. Zatrucie to objawia się specyjalną postacią monomanii, oraz znieczuleniem na wszelkiego rodzaju zarzuty krytyczne i dotykana argumentacyję bezstronnych badaczy.

Thiersch. Die Ergebnisse der Listerschen Wundbehandlung und über den Ersatz der Carbolsäure durch Salicylsäure. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 84—85.

Martini. Verhandlungen der deutschen Gesellsch. für Chirurgie. VIII Congres. 1879. I. str. 53.

Wiebel. Beiträge zur Kenntniss der Salicylsäure und ihrer Anwendung. Centralblatt f. Chirurgie. 1879. Nr. 41.

Hirszsohn. Wojenno medicinskij Żurnal 1880 za Sierpień str. 209.

Asthalter. Desinfectirter Luftkegel als Ersatzmittel für Flüssigkeits-spray. Centralblatt f. Chirurgie. 1882. Nr. 5.

Mikulicz. Die Verwendung des Jodoforms in der Chirurgie (Wiener klinik Schnitzlera. 1882. Heft I,

Delbastailles et Froisfontaines. Du pansement à l'iodoforme (Université de Liège, clinique chirurgicale du professeur A. von Winwarter. Liège. 1882).

Max-Schede. Zur Frage von der Jodoformvergiftung (Centralblatt f. Chirurgie. 1882. Nr. 3).

Hoefmann. Jodoformintoxication (Cntrblatt f. Chirurgie. 1882. N. 7).

König. Die giftigen Wirkungen des Jodoforms als Folge der Anwendung desselben auf Wunden (ibidem).

Beger. Bericht über die in der klinik des D-r prof. Thiersch in Leipzig mit jodoform behandelten Falle. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. XVI. Heft 1 i 2).

Falkson. Beobachtungen über den Werth des Jodoform f. die Wundbehandlung. Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Königsberg. (Berliner klinische Wochenschrift Jahrgang. XVIII. Nr. 45).

Güterbock. Beitrag zur Jodoformbehandlung (ibid. Nr. 39).

Hoefmann. Jodoformbehandlung Aus der chirurgischen klinik zu Königsberg (Ibidem Nr. 45).

Leisrink. Die Wundhandlung mit dem Jodoform Mittheilungen aus dem Israelitischen Krankhause zu Hamburg (ibidem Nr. 47).

Görges Assit am Augusta-Hospital zu Berlin. Zur Jodoformbehandlung (Cntrbl. für Chirurgie. 1882. Nr.10).

v. Mosevig-Moorhof. Zur Frage der Jodoformvergiftung (ibidem Nr. 11) oraz Der Jodoformverband (Sammlung Klinisch. Vorträge. Nr. 211).

Kocher. Jodoformvergiftungen u. die Bedeutung des Jodoform für die Wundbehandlung (Cntrblt. f. chirurgie. 1880. Nr. 14).

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

D-ra Stummera (?) Apteczka wiejska. Warszawa. 1882.

Na odbytej w Czerweu r. b. wystawie inwentarza znajdował się model apteczki wiejskiej w kształcie drewnianej skrzyneczki na pomieszczenie pewnej ilości środków lekarskich, potrzebnych dla dania pomocy w nagłych przypadkach choroby. Do modelu tego dołączoną była książeczka zatytułowana: D-ra S t u m m e r'a „Apteczka wiejska“. Chętniebyśmy wypowiedzieli nasze zdanie co do tego, o ile w ogóle podobne podręczniki są potrzebne dla naszego społeczeństwa i o ile w szczególności dany podręcznik zadość czyni tej potrzebie, gdyby . . . takowy był rzeczywiście, jak to tytuł głosi, D-ra S.. Musimy bowiem wyręczyć D-ra S. i wyznać, iż „skromny podręcznik“, jak go nazywa, puszczo-ny w świat jako owoc umysłu D-ra S., od pierwszej do ostatniej prawie stronnicy jest tłómaczeniem lub prostem przepisaniem, o czem nie ma najmniejszej wzmianki w pomienionym „podręczniku“.

W roku 1878 paryski aptekarz J. G u e t t r o t, aby więcej zarekomendować swój cennik lekarstw i większą nań zwrócić uwagę, dołączył do takowego broszurkę, noszącą nazwę: „*Petit manuel de médecine domestique à l'usage des personnes charitables et prévoyantes, qui veulent avoir chez elles quelques médicaments utiles. Ce manuel, particulièrement fait en vue de nos Pharmacies portatives, pour leur propagation et leur mode d'emploi, est envoyé gratuitement et franco à toute personne qui en fait la demande*“. Otóż ta to broszurka była głównym źródłem wiedzy, z którego pełną garścią czerpał D-r S.. Znajdujemy w niej przedewszystkiem rysunek modelu apteczki wiejskiej, projektowanej przez J. G u e t t r o t, zawierający — zależnie od ceny (20—90 franków)—mniej lub więcej środków lekarskich. Później następuje ustęp o celu i potrzebie podręcznika, prawie dosłownie przetłómaczony przez D-ra S., jak to pokazuje następująca próba:

J. Guettrot.

Loin de nous la pensée de vouloir empiéter sur le domaine du médecin. Ce modeste Manuel n'a pas d'autre objet que d'exposer quelques notions simples et précises autant que possible, à l'usage des personnes charitables et prévoyantes qui veulent avoir chez elles quelques médicaments utiles.

La nature a donné chacun de nous de l'instinct de conservation; poussé par cet instinct, l'homme cherche à conserver, à garantir, à défendre la santé; et il en résulte que chacun est sovent à son insu ou sciemment, un peu son propre médecin. Mais, n'est-il pas aussi des circonstances où il le peut, et doit être, dans une certaine mesure, le médecin des autres? Et dans ces cas, n'y a-t-il pas opportunité à ce que chacun sache faire un peu de médecine?

etc. etc.

D-r S t u m m e r.

Nie jest bynajmniej zamiarem moim wkraczać w czemkolwiek w zakres działalności lekarza wiejskiego. Skromny ten podręcznik nie ma innego celu, jak podać ludziom przezornym i dobrej woli krótkiej, jasnej wskazówki, jak radzić sobie mają i jakich środków podręcznych użyć, w nagłych i pilnych wypadkach, za nim lekarz zdążyć może do łóżka chorego.

Natura obdarzyła nas instynktem zachowawczym, jasne więc, że człowiek party tym instynktem, szuka sposobów by utrzymać, zabezpieczyć, ochronić to swoje zdrowie. Koniecznem następstwem tego, że każdy bezwiednie nawet jest własnym swoim lekarzem, a często zdarzają się okoliczności, gdzie człowiek musi doraźnie wystąpić w roli lekarza drugich. W tym właśnie razie, czyż nie jest rzeczą niezbędną, by kaźden choć trochę znał się na medycynie. i t. d i t. d.

W podziale podręcznika na pojedyncze części. D-r S. tem się różni od J. Guettrot, iż ten ostatni przyjął 5 części, gdy tymczasem D-r S. jedną z nich, naszym zdaniem bardzo ważną, bo dotyczącą przepisów: o przyrządzaniu łożka dla chorego, opatrunków, synapizmów, kąpiei, ziółek, kataplazmów, lewatyw, o przystawianiu pijawek i t. d., zupełnie wyrzucił, a dwie inne części złączył w jedną, tak, że tym sposobem pozostały w przeróbce D-r S. tylko 3 części zawierające:

1) „Zbiór najprostszycb a niezbędnych zasad higieny. 2) Wskazówki, jak radzić sobie (?) w nagłych różnych wypadkach: w krwotokach, skaleczeniach, otruciach, ukaszeniach jadowitych, konwulsyjach u dzieci, sparzeniach, odmrożeniach, jak uratować pozornie zmarłych, utopionych, zaczadzonych, uduszonych, pierunem rażonych i t. d., czekając przybycia lekarza. 3) Objasnienie o wyborze środków w danym wypadku, z apteki będącej pod ręką, sposobów ich użycia i dozie lekarstw.“

Dla przekonania się o pokrewieństwie bardzo bliskiem tego podziału z podziałem J. Guettrota przytaczamy dosłownie ten ostatni:

„1) *Quelques conseils hygiéniques.*

Część 2 jest oznaczoną u D-ra S. jak to powiedzieliśmy wyżej.

3) *Notions sur les accidents de toutes sortes, tels que blessures, brûlures, hémorrhagie, convulsions des enfants etc., et indication des premiers soins à donner en attendant l'arrivée du médecin.*

4) *Indication sommaire des premiers soins à administrer dans certains cas d'empoisonnement ou d'ingestion de substances nuisibles. Asphyxie. Signes de la mort.*

5) *Renseignements sur le choix et les propriétés des médicaments que l'on peut avoir chez soi, ainsi que sur les doses et mode d'emploi“*

Część 1-sza, zawierająca wiązanke aforyzmów higienicznych jest najwierniejszym tłómaczeniem z podręcznika Guettrota i musimy przyznać na pochwałę tłómacza, tłómaczeniem bardzo dobrem, jak pokażą następujące próby:

J. Guettrot.

D-r Stummer.

La santé est l'état normal de l'homme, la maladie, une exception, qui a presque toujours sa cause dans un excès ou dans une imprudence. Le plus souvent, quelques précautions hygiéniques suffisent pour éviter la maladie, ou couper le mal dans sa racine.

Si la médecine soigne les maladies, l'hygiène les prévient, ou en diminue la gravité.

Évitez d'habiter les rez-de-chaussée, qui sont le plus souvent humides, choisissez, pour chambre à coucher une pièce bien aérée, exposée au soleil, élevée de plafond, ou tout au moins, se rapprochant le plus possible de ces conditions.

Ne chauffez pas trop les appartements, la chambre à coucher surtout. L'abus du feu cause des éblouissements, l'affaiblisse-

Zdrowie jest stanem fizyologicznym, normalnym u człowieka, choroba zaś stanem wyjątkowym, przyczyną choroby jest prawie zawsze nadużycie lub nieostrożność. Najczęściej, zachowanie racjonalnych przepisów higieny stanowi jedyną możliwą ochronę od choroby, a w ostatecznym razie ułatwia wstrzymanie jej w samym związku.

Jeżeli medycyna leczy, to higiena chroni od choroby, lub zmniejsza złośliwość jej przebiegu.

Należy unikać lokali parterowych, które najczęściej bywają wilgotnemi. Sypialnia powinna być starannie przewietrzaną, z oknami, zwróconemi na południe, powinna być obszerna i wysoka, lub przynajmniej ile możności odpowiadająca powyższym warunkom.

Wszystkie pokoje mieszkalne, a szczególnie pokój sypialny nie powinny być zbyt mocno ogrzane. Zbyt wysoka

ments, de la vue, des migraines, des engelures. En se chauffant trop, on s'énerve, on s'étiole, on finit par avoir constamment froid etc. etc. etc.

Conservez-vous toujours la tête fraîche, les pieds chauds, le ventre libre. Ces trois principes élémentaires d'hygiène sont toute la santé.

temperatura sprawia uderzenia do głowy, osłabia wzrok, powoduje bóle i zawroty głowy, skłonność do dreszczów, sprowadza ogólny rozstrój nerwowy i t. d. i t. d. i t. d.

Staraj się mieć zawsze głowę swobodną, nogi ciepłe i wolny żołądek. te trzy elementarne zasady higieny, stanowią zdrowie.

W części 2-giej (wedle podanego podziału miało to być w części 3) D-r S. podaje spis alfabetyczny najużywanych środków lekarskich, pomieszczonych w apteczce, w liczbie 32; dalej, wykaz — również alfabetyczny — chorób, przeciw którym można znaleźć środki objęte w apteczce; wreszcie, krótką wiadomość, gdzie się używa każdy z 32 środków i jak go używać.

Część ta, najslabsza z całej książeczki, zdaje się być najwięcej płodem D-ra S., choć i tu znaleźliśmy zapożyczenia, o czym nie ma wzmianki. Przeczytanie tej części nie jednę w nas myśl wzbudziło, poprzestajemy jednak tylko na zwróceniu uwagi, która przydać się może przy puszczeniu w obieg 2-go poprawnego wydania:—iż między zalecanymi przez D-ra S., brak środków prawie niezbędnych i daleko potrzebniejszych, niż niektóre z wyliczonych (jak n. p. niż *pillulae solventes*), a mianowicie brak olejku rycinowego, rumbabarum, proszku troistego, kalomelu i t. d. — a dalej, iż spotykamy tam takie archaizmy, że już nie użyjemy wyrazu brednie lekarskie, jak n. p. *tinctoria arnicae* z zalecaniem do używania jej w wypadkach potłuczenia, sińcach, kontuzjach, stłuczeniach silnych głowy i t. d. do wewnątrz po 10—12 kropel w szklance wody i t. d. lub *intura Valerianae aetherea cum castoreo Sibiricensi* — w braku ruchów płodu i t. d.

Zdaniem naszym więcej pożytku przyniosłby publiczności podręcznik medycyny popularnej, nie w kształcie farmakologii napisany, jak to chciał zrobić D-r S., lecz w kształcie patologii, w którymby były wymienione najważniejsze cierpienia, wymagające podania pomocy natychmiastowej, a więc często przed przybyciem lekarza i środki zaradzenia im, niż wymienienie pewnej liczby leków z szeregiem chorób, w jakich ich używać. Postawmy się bowiem na chwilę w położeniu osoby, która nietylko, że kupiła sobie apteczkę i podręcznik D-ra S. (?), lecz nawet wyuczyła go się na pamięć, w jakim znajdzie się ona kłopot, gdy zechce podać pomoc choremu na zapalenie gardła, przeciw któremu D-r S. zaleca: *acidum tannicum, lapis, kali chloricum, pulvis vomitorius compositus*; lub gdy tejże osobie wypadnie ratować kobietę, która dostała krwotoku macicznego, na zwalczenie którego D-r S. radzi (bez podania najmniejszych innych wskazówek) *acidum tannicum, liquor ferri sesquichlorati, pulvis secalis cornuti*. Wreszcie uważamy za niestosowne w poradniku w nagłych przypadkach chorobowych podawanie środków dla wyleczenia trypra, bladaczki, niedokrwistości, utrudnionego peryodu, białych upławów, chorób nerwowych (?), hemoroidów, strzykania w uszach (?) i t. d. — gdyż takowe nagłej pomocy nie potrzebują, a leczenie ich szablonowe więcej szkody, niż pożytku przynieść może.

W części 3-ciej (wedle podziału miała to być 2). D-r S., mimo iż zapowiedział we wstępie, nie mówi nic, co robić w nagłych przypadkach krwotoków, skaleczeniach, konwulsjach u dzieci, a natomiast przytacza sposoby ratowania utonionych, powieszonych, lub zaduszonych przez ściśnienie szyi, zaczadzonych, uduszonych różnymi szkodliwymi gazami i wyziewami, zmarzniętych, od pioruna rażonych, tkniętych apopleksją, cierpiących napady wielkiej choroby, oparzonych, mocno potłuczonych, otrutych, pokąsanych przez pszczoły i osy, pokąsa-

nych przez żmije, pokąsanych przez zwierzęta wściekłe, a nakoniec o ratowaniu dzieci nowonarodzonych, które w stanie pozornej śmierci na świat przyszły.

D-r S. w odsyłaczu do tej części zaznaczył, iż sposoby, w podręczniku podane, były ułożone z polecenia Rady lekarskiej, lecz przedewszystkiem mylnie podaje rok ich opublikowania — bo nie miało to miejsca w 1846, lecz w r. 1839, a nadto nie wspomina o tem, iż najzupełniej je przepisał z „Wiadomości o ratowaniu osób w stanie pozornej śmierci będących, albo nagłą utratą życia zagrożonych, ułożone w sposób dla każdego przystępny przez Radę lekarską Królestwa Polskiego w Warszawie 1839“, a stanowi to ni mniej ni więcej tylko połowę książeczki D-ra S. (?) (to jest około 30 stronnic druku).

Porównanie oryginału z podręcznikiem D-ra S. (?) przekonało nas, iż D-r S. zapomniał przepisać paragrafów bardzo ważnych, a mianowicie o ratowaniu udawionych i na czarną krostę cierpiących, iż w niektórych paragrafach (gdyż oryginał jest podzielony na paragrafy) porobił skrócenia nie zawsze pożądane, jak n. p., mówiąc o ratowaniu ludzi piorunem rażonych, opuścił przestrogi, jak się zachować w czasie nawałnicy będąc w pokoju, na polu, jadąc i t. d., dalej opuścił paragraf o ratowaniu w zemdleniu, wreszcie przy opisie sposobów niesienia pomocy oparzonemu, pominął jak postępować w sparzeniu stopnia trzeciego, chociaż wspomina, iż takowe istnieje. Smieszne nam się wydaje zalecanie użycia maszynki elektrycznej — ba nie ma jej w apteczce D-ra S. Mówiąc o ratowaniu utonionych, D-r S. wplótł szczęśliwie ustęp z drzeworytami z medycyny popularnej D-ra K o w a l s k i e g o. Sprawiedliwość nakazuje nam przyznać, iż rozdziały o ratowaniu otrutych i noworodków urodzonych w stanie pozornej śmierci, nie są przepisane z przytoczonych „Wiadomości i t. d.“. Czy one są rzeczywiście oryginalnymi, czy również zapożyczonymi, wyrzec nie możemy, gdyż dla braku czasu poszukiwań w tym względzie robić nie mogliśmy.

Kilka tych uwag kończymy słowami pożalowania, iż D-r S. wpadłszy na dobrą myśl przysłużenia się publiczności podręcznikiem lekarskim, szczenił trochę czasu, gdyż nie wątpimy, iż mógłby się zdobyć nie na plagiat, lecz na podręcznik ze wszech miar zasługujący, aby na nim napisał: „Kaźden (*sic*) egzemplarz dołączający się do apteczki, opatrzony jest podpisem moim“. R.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

39. Heitler. Rozszerzenie serca ostre. (*Ueber akute Herzerweiterung*).

Znamy doskonale przerost i rozszerzenie serca (*hypertrophia et dilatatio cordis*), występujące na drodze mechanicznej przy zaburzeniach w krążeniu. Na równowadze dwóch pomienionych czynników polega, jak wiadomo, kompensata wad zastawkowych serca. Jeżeli pewne wpływy usuną równowagę rzeczoną pomiędzy przerostem, a rozszerzeniem, tak, że r o z s z e r z e n i e s e r c a po-
cznie przeważać, to w następstwie tego wystąpią zaburzenia w kompensacie które wyrażą się rozmaitemi dolegliwemi objawami. Rozszerzenie to właśnie oznaczyć możemy jako p o w o l n e czyli p r z e w l e k ł e. Do tej samej kategorii należy rozszerzenie serca zawisłe nie od mechanicznego zaburzenia w krążeniu, ale — od cierpienia samego mięśnia serca.

Daleko mniej znany o s t r e r o z s z e r z e n i e s e r c a (*dilatatio cordis acuta*). Wystąpić ono może albo w sercu zupełnie prawidłowem, lub w utkaniu swem zmienionem, albo też w sercu już przewłocznie rozszerzonym w następstwie zaburzeń w krążeniu.

Pomienione ostre rozszerzenie serca daleko częściej przychodzi do skutku, aniżeli dotąd przypuszczano. Wiele niejasnych objawów w danych przypadkach tylko na mocy obecności ostrego rozszerzenia serca zrozumieć zdołamy.

Rzecz godna wielkiej uwagi, że rozszerzenie serca może nie słychanie szybko się rozwinąć i równie szybko zniknąć. Nieznajomość, lub nieodpowiednia ocena tego faktu, może prowadzić do rozlicznych błędów. Jeżeli w zdrowym sercu wystąpi ostre rozszerzenie, to powstaną tak zwane chwilowe niedostateczności zastawek (*insufficiëntia*), które mogą być powodem fałszywego rozpoznania ostrego zapalenia wsierdzia (*endocarditis acuta*), lub dawnych wad zastawkowych. Przy ostrem zapaleniu wsierdzia możemy błędnie wnioskować o obecności dawnej wady zastawkowej, o obecności wysięku w osierdziu, lub o kombinacji obu tych cierpień, a błąd ten popełnimy tylko z powodu bardzo obszernej tępości serca, zawisłej po prostu od ostrego rozszerzenia. Ostre wreszcie rozszerzenie serca przy dawnych wadach zastawkowych może być przyczyną tego, że zrobimy rokowanie daleko gorsze, aniżeli jest w istocie; biorąc bowiem takowe ostre rozszerzenie serca za chroniczne, uznamy je za niezmienne, a więc i objawy chorobne, od niego zawisłe, za stałe i dążące do pogorszenia postępującego.

Ostre rozszerzenie może wystąpić jednocześnie we wszystkich jamach serca, to jest dotyczyć komórek i przedsionków; ale może również mu ulegać jedna tylko z jam serca. I tak np. pojawić się może rozszerzenie tylko lewej komórki lub lewego przedsionka, albo tylko prawej połowy serca.

Czasami spostrzegać można, jak rozszerzenie stopniowo przechodzi na oddzielne jamy serca; znajdujemy więc czasami przedewszystkiem przedsionek lewy rozszerzony, następnie prawą komórkę, a później przyłącza się do tego rozszerzenie lewej komórki; albo też znajdujemy najprzód rozszerzenie prawego serca, a następnie dopiero pojawia się rozszerzenie lewego przedsionka i lewej komórki; albo też wreszcie rozszerzenie rozpoczyna się od lewej komórki. I powrót do pierwotnego stanu przychodzi do skutku w takim samym rozmaitym porządku.

Szybkość, z jaką rozszerzenia serca powstają i ustępują, jest w wysokim stopniu zadziwiająca. W pewnym okresie niektórych chorób serce ulega nieustannym wahaniom co do swej objętości; odgrywa się tu, że tak powiemy, walka sił przeciwnych, kończąca się ostatecznie albo zwycięstwem serca, albo śmiercią jego, to jest bezwładem. Przy kilkakrotnem przez dzień badaniu chorych zdziwią nas nieraz owe szybkie zmiany objawów. Nie ulega wątpliwości, że ostre rozszerzenie jam sercowych powstaje nieraz niesłychanie nagle, trwa przez czas krótszy lub dłuższy i równie nagle, jak za jednym zamachem, znika.

Jako przykład niezmiernie wydatny przytacza Heitler następujący przypadek.

Na oddziale przebywała dziewczyna z niedostatecznością zastawki dwudzielnej i zwężeniem otworu żylnego lewego (*Insuf. valvulae mitralis et stenosis ostii venosi sinistri*). Można było u niej wielokrotnie spostrzegać wahania co do objętości serca. Pewnego dnia, tuż przed lekcją kliniczną, u chorej wystąpiły bardzo wydatne objawy ostrego rozszerzenia serca. Chora, jak w każdym podobnym napadzie, leżała nieruchomo w położeniu grzbietowem wzniesionem. Skarżyła się na mocne bicie serca i znajdowała się pod wpływem bardzo silnego uczucia strachu, będąc pewną, jak przy każdym podobnym napadzie, że umiera. Policzki, wargi i skrzydła nosa pokrywała sinica rozlana. Okolica sercowa ulegała silnemu wstrząsaniu, które rozciągało się od przedniej, lewej linii pachowej, aż do prawego brzegu mostka. Tętno promieniowe przytem bardzo drobne, niekiedy zaledwie wyczuwalne. Wysłuchiwanie serca dało 200 tonów na minutę, przeważnie charakteru metalicznego. (Nawiasowo wspomnieć tu należy, że podobne przeciwieństwo pomiędzy natężeniem czynności serca, a słę-

bością tętna znajdujemy często przy parizie serca. Serce mocno pobudzone robi znaczne wysiłki dla uwolnienia się od swej zawartości, nie jest jednak w stanie przepędzić krwi do części obwodowych). Tępość absolutna serca sięgała na prawo aż na dwa palce poprzeczne poza prawą linię parasternalną, na lewo zaś ku górze—do trzeciego żebra. Dolna granica tępości dochodziła do piątej przestrzeni międzyżebrowej. Trwało to wszystko zaledwie pięć minut (? Ref.), poczem nastąpiła zupełna zmiana obrazu. Wstrząsanie w okolicy sercowej stało się o wiele słabsze. Tępość sięgała z jednej strony do połowy mostka, z drugiej strony na dwa palce poprzeczne przed przednią lewą linią pachową. Zamiast tonów o charakterze metalicznym słyszeć się znowu dawały, jak przed napadem, szmer skurczowy i rozkurczowy. Tętno dobrze teraz wyczuwalne uderzało 120 razy na minutę. Chora czuje się daleko lepiej, a sinica twarzy stopniowo, a nareszcie zupełnie znikła

Co się tyczy ostrego rozszerzenia prawidłowego serca, to tu należy przede wszystkim ostre rozszerzenie serca wskutek nadmiernego wysiłku cielesnego; takowej wszelako autor dotąd ani razu nie miał sposobności spostrzegać.

Spostrzegamy ostre rozszerzenie serca u osób gorączkujących, a mianowicie bardzo często w tyfusie. Owo rozszerzenie występuje nieraz w tak wczesnych okresach choroby gorączkowej, że nie podobna wyprowadzać go od zmian w utkaniu serca. Obraz chorobny jest tu bardzo wydatny: chorego napada duszność, często i sinica. Badanie płuc daje wynik ujemny. Ale za to w sercu znajdujemy pewien szereg zmian. Tępość serca zwiększona we wszystkich kierunkach. Uderzenie serca (*ictus cordis*) przesunięte więcej na zewnątrz, a czasami jednocześnie i ku dołowi. Zamiast uderzenia ograniczonego znajdujemy rozlane wstrząsanie. Nad otworami żylnymi i tętnicznymi słyszymy szmery systoliczne. Szmery nad otworami żylnymi zależą od powstałej względnej niedostateczności zastawek, a szmery nad otworami tętnicznymi—prawdopodobnie od rozszerzenia strumienia krwi, spowodowanego przez jednoczesną relaksację większych naczyń. Drugi ton tętnicy płucnej wzmocniony; drugi zaś ton aorty słabszy, a nieraz zupełnie niesłyszalny, tętno przytem drobne.

Ostre rozszerzenie serca, występujące w późniejszych okresach chorób gorączkowych, najczęściej w tyfusie, zależy prawdopodobnie od zmian w utkaniu serca, albo też poprostu od zmniejszonej odporności serca, powstałej wskutek długotrwałej choroby.

Przy zapaleniu płuc (*pneumonia*) występuje czasami ostre rozszerzenie prawej komórki z względną niedostatecznością zastawki trójdzielnej.

Dość często występuje ostre rozszerzenie serca przy ostrym zapaleniu wosierdzia (*endocarditis acuta*). Rozpoznanie przedstawia tu szczególne trudności, które nieraz przewycięży dopiero dłuższa obserwacja chorego. Przede wszystkim trudno nieraz takowe odróżnić od dawnych wad zastawkowych. Słabe uderzenie serca w połączeniu z powiększoną tępością serca może nam nasunąć myśl o obecności wysięku w osierdziu. Uchroni nas wszelako od błędu niezwykle szybka zmiana objawów fizykalnych, a mianowicie szybkie zniknięcie zwiększonej tępości serca, czego przecież przy znacznych wysiękach w osierdziu w tak krótkim czasie nie spostrzegamy.

Ostre rozszerzenie serca, pojawiające się przy zapaleniu osierdzia (*pericarditis*), może również dać powód do niektórych pomyłek. Nie ma tu mowy o tem rozszerzeniu serca, które występuje przy długotrwałym wysięku w osierdziu; to bowiem rozpoznać można prędzej z zaburzeń czynnościowych, aniżeli z objawów fizykalnych. Mamy tu raczej na myśli rozszerzenie serca, pojawiające się przy świeżem zapaleniu osierdzia z wysiękiem nieznacznym lub prawie bez wysięku. W tych razach często wnioskować można, że mamy do czy-

nienia z powikłaniem, a mianowicie z zapaleniem wsierdzia (*endocarditis*) lub przynajmniej ze znacznym wysiękiem w osierdziu. Tylko na mocy ostrego rozszerzenia serca zrozumieć możemy te trudne do pojęcia przypadki, w których nibyto nieslychanie szybko wytwarzają się znaczne wysięki w worku osierdziowym i nieslychanie szybko znikają.

Ostre rozszerzenie serca zdarza się również przy blednicy (*chlorosis*) i przy innych stanach bezkrwistości. Przy tych chorobach przychodzą nieraz do skutku rozszerzenia serca, które trwają przez długi czas w jednakim stopniu; albo też zaburzenia składają się ze szeregu rozszerzeń serca, krócej lub dłużej trwających, tak, że i tutaj możemy spostrzegać owe wahania co do objętości serca, jak w innych warunkach.

Rozszerzenie serca ostre spostrzegamy również i w chorobie Brighta i to tak w przypadkach z następczym przerostem lewej komórki, jako też w przypadkach bez takowego przerostu. A właśnie przy tak zwanej małej nerce (*Schrumpfniere*) z przerostem i rozszerzeniem lewej komórki najlepiej studyjować możemy wzmiankowane ostre rozszerzenie serca.

Przy wadach zastawkowych z przewlekłym rozszerzeniem serca, ostre rozszerzenia odgrywają bardzo ważną rolę. Kompensata zaburzenia w krążeniu polega na odpowiedniej kombinacji przerostu z rozszerzeniem. Przyrost rozszerzenia przychodzi do skutku nie w sposób powolny i postępujący, ale zaburzenie kompensaty rozpoczyna się od tego, że powstają ostre rozszerzenia serca, które w początku krótko trwają i szybko dość się wyrównują; właściwie zatem mamy do czynienia z wielokrotnymi napadami. Podczas każdego napadu serce ulega bezustannym wahaniom co do objętości swej: rozszerzenia i powroty do stanu pierwotnego szybko po sobie zmieniają się, aż nareszcie serce stale, przynajmniej na pewien czas, dochodzi do stanu względnie prawidłowego. Serce w takich razach jeszcze jest w stanie przeciwdziałać tym wpływom, które później doprowadzają do rozszerzenia długotrwałego lub stałego. W dalej posuniętym okresie zaburzeń kompensaty wyrównania trwają daleko krócej, a w końcu jedno z takich zaburzeń, *respective* ostre rozszerzenie serca, kończy się bezwładem serca.

Im większego nateżenia jest ostre rozszerzenie i im dłużej takowe trwa, tem mniejsze jest prawdopodobieństwo, że serce znowu odzyska swą dawną energiję. Bądź co bądź jednak, rokowanie w takich razach należy stawiać nieslychanie ostrożnie. Nieraz w przypadkach najrozpaczliwszych nadspodziewanie występuje poprawa. Czasami w okresie nawet, który śmiało nazwaćby można okresem konania, serce odzyskać może do pewnego stopnia swą dawną energiję, a tem samem zakończenie śmiertelne opóźnić o kilka, lub więcej dni.

Przy zaburzeniach krążenia, spowodowanych przez otwór żylny lewy (*ostium mitrale*), rozszerzeniu ulega przedewszystkiem przedsionek lewy i na tym może się ograniczyć, albo, co częściej się zdarza, rozszerzenie przechodzi na serce prawe, lub też jedno tylko prawe serce rozszerza się. Czasami przyjmuje udział i lewa komórka.

Przy zaburzeniach krążenia w otworze aorty (*ostium aorticum*) przedewszystkiem lewa komórka ulega rozszerzeniu, które później przenosi się na wszystkie jamy serca, albo też odrazu wszystkie jamy serca rozszerzają się. Przy rozszerzeniu wszystkich jam serca miejsce tępości serca jest zwiększone we wszystkich kierunkach i to w sposób bardzo znaczny. Szczególnie wielki przyrost tępości spostrzegamy przy niedostateczności zastawek aorty. Oprócz pomyłek, o których wyżej wzmiankowano i których powodem być może ostre rozszerzenie serca, wspomnieć należy jeszcze tu następującą: przy niedostateczności zastawek aorty, może wskutek ostrego rozszerzenia lewego serca wytworzyć się względna niedostateczność zastawek dwudzielnych, a takową przyjąć

błędnie można za wadę organiczną. Trzeba wszakże tu zaznaczyć, że pomieniona okoliczność nie ma wielkiego znaczenia pod względem praktycznym.

Zwracamy uwagę przy tem na to, że u osób z wadami serca, jeżeli rozwinię się jakabądź choroba gorączkowa, to powstaje bardzo znaczne rozszerzenie serca, które trwa przez cały czas gorączki i wraz z takową znika.

Wraz z ostrem rozszerzeniem występują pewne objawy, zależne od niedostatecznej czynności serca. Tu należą: tętno drobne, osłabienie lub zupełne zniknięcie drugiego tonu aorty przy znacznem rozszerzeniu lewej komórki, sinięca, obrzęk, ruchy falujące i pulsujące w żyłach szyjowych, względna niedostateczność zastawki trójdzielnej przy znacznem rozszerzeniu komórki prawej.

Szczegółnej wagi są objawy ze strony płuc przy ostrem rozszerzeniu serca. U osób z wadami serca często nagle występuje na tylnych częściach klatki piersiowej znaczne stępienie. Nie wiemy, czy mamy do czynienia z wysiękiem, czy z przesiękiem w jamie opłucnej, czy też z nacieczeniem (*infiltratio*) samych płuc. Szmer oddechowy znajdujemy wówczas znacznie osłabiony, lub go wcale nie słyszymy; drżenia klatki piersiowej (*fremitus pectoralis*) brak, tak, że począłszy zupełnie słusznie wnioskować można o obecności płynu w jamie opłucnej. Brak zaś wszelkiej gorączki, brak klucia w boku, wreszcie obustronna tępość: oto okoliczności, które zdawałyby się przemawiać za obecnością przesięku. Ale bliżej to wszystko rozpatrzywszy, znajdziemy wiele punktów niepewnych. Figura stępienia jest zupełnie nieregularna, a pomimo braku szmeru oddechowego i drżenia klatki piersiowej, odgłos opukowy nawet w częściach najniższych klatki piersiowej nie jest zupełnie tępym; jest on raczej mniej lub więcej przytępionym, a natężenie jego na rozmaitych miejscach bywa bardzo różne, czego przecież przy znacznem nagromadzeniu płynu w jamie opłucnej zwykle nie spostrzegamy. Później właśnie w najniższych miejscach klatki piersiowej pojawiają się skąpe lub bardzo obfite rzeżenia drobno-pęcherzykowe. Najbardziej zaś wątpliwą się staje obecność płynu w jamie opłucnej w obec niektórych objawów, jakie zwykle w podobnych razach spostrzegamy; mamy tu na myśli szybkie powstanie stępienia, szybki i znaczny wzrost takowego, bardzo znaczne wahania co do obszaru stępienia i nakoniec niezmiernie szybkie zniknięcie takowego wraz z jednoczesnem pojawieniem się wszystkich prawidłowych oznak opukowych i wysłuchowych. Czasami po zniknięciu stępienia słyszymy rzeżenia ograniczone lub rozrzucone. W niektórych przypadkach do wspomnianego obrazu przyłączają się objawy, przemawiające bardziej za nacieczeniem płuc (*infiltratio*): w miejscu ograniczonym, mniej więcej w środku stępienia, słyszymy oddech oskrzelowy, w innem miejscu rzeżenia. Ale tak stępienie, jako też oddech oskrzelowy, za szybko ustępują miejsce prawidłowym objawom, czego nacieczeniem płuc wyjaśnić nie można.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości dla autora, że wszystkie pomienione objawy zawisłe są poprostu od nawału płuc (*congestio pulmon.*), spowodowanego przez ostre rozszerzenie serca.

I krwotoki płucne zdają się zależeć od ostrego rozszerzenia serca. W dwóch przypadkach niedostateczności zastawki dwudzielnej autor spostrzegł podczas obfitych krwotoków płucnych niewątpliwie znaczne rozszerzenie lewego przedsionka.

W wątrobie również spostrzegamy bardzo znaczne zaburzenia zastoinowe, pojawiające się i znikające wraz z ostrem rozszerzeniem serca; objętość wątroby bardzo szybko i bardzo znacznie się powiększa, a w krótkim czasie znowu wraca do dawnych rozmiarów: nieraz więc wieczorem znajdziemy dolną granicę wątroby na linii pępkowej poprzecznej, a nazajutrz z rana, pod samym łukiem żebrowym.

Obrzęk kończyn dolnych i białko w moczu występuje zwykle dopiero wówczas, kiedy ostre rozszerzenie serca trwa już kilka dni; przy krótkim zaś trwa

niu, chociażby i częste były napady, a więc szybkie wahania, białka w moczu zwykle nie znajdujemy, nawet wówczas, kiedy tętno jest bardzo drobne.

Na zakończenie, kilka słów o wpływach, mogących wyrównać rozszerzenie serca ostre—to jest nadać na nowo sercu pewną energiję. Serce w swoim aparacie innerwacyjnym posiada widocznie w wysokim stopniu rozwiniętą samoistną zdolność regulacyjną i z tego powodu samo ono może usunąć pewne zaburzenia, hamujące jego czynność. Im bardziej jest nienaruszonym ów aparat innerwacyjny i sam mięsień serca, tym szybciej nastąpić może wyrównanie zaburzenia w czynności: ztąd w jednych przypadkach rozszerzenie bardzo szybko znika, w innych zaś trwa dłużej lub stałe pozostaje.

Bardzo znaczny wpływ na wyrównanie zaburzeń w czynności serca wywiera spokój, tak, że nieraz tylko ten jeden warunek może wystarczyć dla poprawy stanu serca.

Wydatnem jest działanie naparstnicy (*digitalis*). Zasługuje ona najsluszniej na nazwę „*tonicum*” dla serca. Uporczywe rozszerzenia, dające zaledwie nadzieję wyrównania, ustępują często pod wpływem odpowiedniego użycia naparstnicy.

Czynnikiem, pobudzającym również rozszerzone jamy sercowe do skurczu, jest drażnienie mechaniczne, jak np. opukiwanie. Do rzeczonoego poglądu autor doszedł na mocy następującego doświadczenia. Przy wadach serca ze znacznym przerostem i rozszerzeniem bardzo często się zdarzało autorowi spostrzegać, że podczas oznaczenia dokładnego wielkości i granic serca badanie dawało różne wyniki, to jest na początku badania obszar stopienia znaczny, a daleko mniejszy przy dalszem kontrolującym badaniu. Najczęściej przytrafiło się to przy znacznem rozszerzeniu tępości ku stronie prawej, a zatem przy opukiwaniu na mostku. Rzeczą wydaje się prawdopodobną, że w pewnych warunkach opukiwanie działa jako bodziec drażniący na serce i takowe do skurczu pobudza. Bardzo być też może, że ngniatanie (*massage*) w obszerniejszem znaczeniu tego wprawy znajdzie kiedyś odpowiednie wskazania i przy chorobach serca.

Wiener med. Woch. 1882, Nr. 22 i 23.

Wiktor Grosstern.

Wiadomości bieżące.

Berlin. Na profesora tutejszej kliniki chirurgicznej po Langenbeck'u, po odmowie Volkmana i König'a, ma być zaproszony prof. Bergmann z Würzburga, który poprzednio przez lat kilka był profesorem w Dorpacie.

— Dnia 1 Listopada r. b. rozpocząć się ma budowa gmachu, w którym w roku przyszłym ma się odbyć wystawa higieniczna. Cały budynek będzie z żelaza i szkła.

Paryż. Wedle obliczeń D-ra Dureau bibliotekarza Akademii medycznej w Paryżu, liczba pism lekarskich periodycznych, obecnie wychodzących, jest następująca: we Francyi i jej kolonijach 147, Niemczech 133, Anglii 69, Austrii 54, Włoszech 51, Belgii 28, Hiszpanii 26, Rosyi 26, Hollandyi 16, Szwajcaryi 10, Szwecyi i Norwegii 9, Danii 5, Portugalii 6, Księstwach Naddunajskich 4, Turcyi 2, Grecyi 1. Ogółem w Europie 583. W Ameryce wychodzi pism lekarskich 183, Azyi 15, Australii 2. Razem na całym świecie 785. Liczba pism lekarskich, założonych od r. 1679 przechodzi 2500.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Radecki. Mineralnyje istoeczniki w Birsztanach i diejstwie ich na organizm. Petersburg. 1882.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цвиурю. Варшава 29 Июля 1882 г.

Друк К. Ковалевскаго, Крѣтска. 23.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. Matlakowski. Ograniczone ropne zapalenie kości, czyli tak zwany przewlekły ropień kości (*chronic abscess in bone*). Trepanacyja. — II. R. Jasiński. Listy o opatrywaniu ran. — Przegląd bibliograficzny. D-ra Stummer'a (?) Apteczka wiejska. Warszawa. 1882 r. — *Dział sprawozdawczy*: 39. Heitler. Rozszerzenie serca ostre. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

ZE SZPITALA EWANGIELICKIEGO.

I. Ograniczone ropne zapalenie kości, czyli tak zwany przewlekły ropień kości

(*chronic abscess in bone*). Trepanacyja.

Podał

Władysław Matlakowski.

W d. 25 III. 1882 r. przybył do szpitala Ewangelickiego Hauke Ferdynand, lat 23 liczący, czapnik, rodem z Morawii, z powodu silnego bólu w prawej goleni. O początku swojego cierpienia opowiada, że przed 13 laty, a zatem w 15 roku życia dostał silnego bólu w goleniach, za przyczynę którego uważa przemoczenie nóg; krewni bowiem jego posiadali połow pstrągów, i on często przebywał na wodzie, zamaczywał nogi i właściwie po jednej z takich wycieczek zapadł na ciężką słabość, która rozpoczęła się od bólu w goleniach, zimna, poczem nastąpiła silna gorączka, trwająca 3 tygodnie, podczas której obłożnie był chory. W tym czasie spuchła silnie lewa goleń. Po kilku miesiącach otworzył się ropień, z którego po pewnym czasie wyszła kość obumarła; ropienie, nowe owrzodzenia trwały jeszcze długo, zanim ostatecznie sprawa zakończyła się zagojeniem. W rok mniej więcej, licząc od początku tylko co opisanej choroby, zaczęła boleć i grubieć druga goleń, prawa, dotychczas niebolesna i niezmiennona. Stopniowo zgrubienie wzmagało się bardzo powoli, ból trwał z przerwami; czasami nie było bólu rok cały, poczem znowu powracał; w ostatnich czasach chory był wolny od bólu przez całe 3 lata i dopiero od jesieni roku zeszłego ból powrócił z daleko większą siłą i z objawami gorączkowemi. Lekarz napróżno zadawał choremu jod do środka, stosował smarowania nalewką jodową, ból nie ustępował.

Oboje rodzice żyją dotychczas; ojciec ma około 72 lat; rodzeństwo jest zdrowe zupełnie; nasz chory przed 15-ym rokiem życia był zupełnie zdrow. nie przechodził ani ospy, ani szkarlatyny; nie miał też nigdy powiększonych gruczołów chłonnych na szyi, nie cierpiał na wypływ z ucha i na inne objawy wyraźnych zolżów, o ile na nie może zwrócić uwagę człowiek z początkowem wykształceniem, lecz roztropny i zmuszony z powodu bólu do zwracania na się uwagi. Od 15 roku życia z wyjątkiem swojego cierpienia na nogach, żadnych chorób nie przebywał. Żadnego uderzenia w golenie sobie nie przypomina. Słowem, streszczając wszystko, co się powiedziało w anamnezie, nie można dopatrzeć żadnej widocznej przyczyny owego cierpienia goleni: nie był nią traumatyzm, nie były choroby zakaźne ostre, jak tyfus, szkarlatyna, ospa itp., nie były choroby zakaźne przewlekłe, jak gruźlica, zolży lub przymiot; jeden tylko pozostaje moment godny uwagi: przemoczenie, do którego powrócimy poniżej.

Mamy przed sobą mężczyznę średniego wzrostu, miernego odżywiania, twarz blada, wynędzniała, oczy podsiunięte z bezsenności spędzanych nocy; zresztą na skórze i częściach dostępnych dla badania żadnych oznak charactwa nie widać; mięśnie wcale jędrne, język czysty, łaknienie dobre.

Ruchy w stawach kolanowych i stopowych obu kończyn dolnych prawidłowe. Chory zwraca uwagę, że noga lewa krótszą jest od prawej o 4 centymetry; jakoż w samej rzeczy lewa kość piszczelowa (*tibia*) od linii stawowej kolanowej do samego czubka kostki wewnętrznej wynosi 34 centm., gdy tymczasem prawa 37 centm.

Na lewej goleni na powierzchni, odpowiadającej powierzchni podskórnej (wewnętrznej) kości piszczelowej, widzimy obszerne stare blizny, nieprawidłowego kształtu, rozciągające się od jednego epitizu do drugiego wzdłuż trzonu kości piszczelowej, przyrosłe nieruchomo do niej; górna połowa trzonu zakłębnięta, wgłębiona (miejsce, gdzie oddzielił się kiedyś martwak), dolna zaś mocno zgrubiała.

Prawa goleń znacznie zgrubiała; główne zgrubienie zajmuje drugą $\frac{1}{3}$ część, licząc od góry. Skóra na prawej goleni niezmięciona, blizn żadnych nieprzedstawia, nieco ponad kością przesuwalna; lekki ledwie zauważalny stopień ciastowatości (*empâtement*) części miękkich ponad miejscem zgrubiałem; ani śladu chelbotania; lekka bolesność przy silnem naciskaniu na kość; sama kość piszczelowa nie tylko zgrubiała, ale i zmieniona pod względem swego kształtu: powierzchnia jej wewnętrzna z płaskiej stała się wypukłą, grzebień mniej ostry, a cała kość z trójgraniastej stała się prawie cylindryczną; zgrubienie wrzecionowato i bez wyraźnej granicy przechodzi ku dołowi w zdrowy trzon, ku górze w prawidłową nasadę (*epiphysis tibiae superior*).

Ból nadzwyczaj silny, „jak gdyby kto nóż wtykał“. łagodnieje z rana, wzmaga się po południu; zwolnienia przychodzą stale w porze rannej, nasilenia ku wieczorowi, ból jest tak silny, że choremu nie daje zmrużyć oka przez całą

noc; dopiero zrana w czasie wizyty chory cokolwiek może się zdrzemnąć. Siędlisko bólu stałe, w środku zgrubiałej kości.

Zastosowałem wcieranie szaruchy w skórę goleni i okład gorący; do środka jodek potasu. Z początku przez dwa dni zdawało się, że choremu jest lepiej, lecz już 3-go dnia ból wzmógł się nadzwyczajnie. Chory w nocy potniał; dreszczyków lub zimna nie doznawał; termometr wskazywał z rana $37,3^{\circ}$ C., wieczorem $37,6^{\circ}$ C. W tych granicach ciepłota wahała się i dni następnych. Ból charakteru remisyjnego trwał po dawnemu; nie miały nań wpływu również weżykatoryje ani pędzlowanie nalewką jodową. 8 IV. popołudniu ból był silny, niedowytężenia, przenikający. 11 i 12. IV. przeszły prawie bez bólu, lecz już 13 IV. powstał ból silny, bez żadnych objawów zapalnych widocznych w okolicy zgrubiałej kości. 14 IV. zrana $38,2^{\circ}$ C., silny ból w popołudniowych godzinach; język obłożony; wieczorem $37,6^{\circ}$ C.

Wyczerpawszy wszystkie środki, które mi się wydawały odpowiednimi, postanowiłem przystąpić do pomocy operacyjnej, naglony prośbami chorego, któremu nawet morfina nie przynosiła ulgi.

Rozważając te objawy u mojego chorego i szukając środka skutecznego, wstyd mi bowiem było przy rannej wizycie podejść do niego, wpadłem na myśl, czy czasami nie ma w kości ropienia, które samo byłoby w możności objasnić ból tak uporeczywy. Dlatego też postanowiłem wytrepanować otwór aż do szpiku kostnego, w razie gdybym nie znalazł ropy. miałem na widoku zrobić drugą dziurę, a mostek między obu otworami wybić dłutem. Na przypadek gdybym ropy mimo to nie znalazł, myślałem, że takie okno w kości podległej sprawie zapalnej nie może pozostać bez dobroczynnego wpływu na samą sprawę, jako energiczna rewulsja. Tem bardziej utwierdziłem się co do tego postępowania, że chorego nie narażało moje przedsięwzięcie ani co do stanu ogólnego, ani co do wpływu na wytrzymałość samej kości na żadne większe niebezpieczeństwo wobec przeciwnego opatrunku i ostrożności, przy jakich odbywać się dziś zwykła operacja chirurgiczna. Najwięcej atoli osmielała mnie do podobnego radzenia sobie pewien przypadek, spostrzegany na klinice prof. Kosińskiego, w którym trepanacja, uskutecziona na dolnym końcu kości piszczelowej ponad samą kostką wewnętrzną, miała wyborny skutek; chory bowiem (Płoszko, urzędnik), który cierpiał na bóle niedowytężenia, doznał po operacji natychmiastowej ulgi.

W dniu 15 IV. przy pomocy kol. *Elsenberg*a, który łaskaw był zająć się chloroformowaniem chorego, przystąpiłem do operacji. Po ogoleniu, obmyciu mydłem i wysmarowaniu skóry goleni, pod osłoną sprężu parowego, zrobiłem cięcie skóry 11 ctm., t. j. przez całą długość kostnego zgrubienia; drugim cięciem doszedłem do kości; warstwa tkanki podskórnej okazała się silnie przekrwioną, a przekrwienie to było tem silniejsze, im głębszą była warstwa tkanek; okostna okazała się zgrubiałą, rozpułchnioną, ściślej połączoną z tkanką podskórną, niż w stanie prawidłowym. Za pomocą elevatorium odłuszczyłem okostną na jedne i drugą stronę, przyczem znalazłem okostną w stanie silnego przekrwienia; odłuszczenie nie było tak łatwe, jak to zwykle spostrzega się na kości

zdrowej (np. przy amputacyi, gdzie trzeba się miarkować, aby skrobaczka osobliwie na wewnętrznej powierzchni kości piszczelowej za daleko okostnej nie odłuszczyła); powierzchnia okostnej, przylegająca do kości, po odłuszczeniu jej okazała się chropowatą, usadzoną blaszeczkami kostnymi, które, trzymając się jej, przy odłuszczeniu odkostnej się oddzieliły. Po odłuszczeniu okostnej w granicach zgrubienia przedstawiła się nam wtedy powierzchnia piszczeli nierówna, chropawa. Krwawienie kapillarne było rześiste, usmierzywszy je, naciskając tamponami z waty karbolowej, w wodzie 5% karbolowej namoczonymi i wyżętymi, nałożyłem koronę trepana na punkt środkowy zgrubienia, na miejsce najbardziej wystające. Kość przy trepanowaniu nie okazywała jakiegóż zwiększonej twardości. Kiedy zdawało mi się, że już powinien dotrzeć do kanału szpikowego, wyjąłem koronę, wybiłem dłutem krążek kostny, a znalazłszy na dnie jeszcze tkankę kostną, pogłębiłem dziurę dłutem już w tkance nieco miększej; ale na ropę nie natrafiłem, a miasto szpiku kostnego znalazłem rozrzedzoną tkankę kostną. Nałożyłem, nie wahając się, koronę trepana nieco wyżej, t. j. bliżej nasady górnej kości piszczelowej; tak samo wyjąłem krążek i tak samo na ropę nie natrafiłem; dopiero przy pogłębieniu dziury dłutem wraz z krwią i tkanką kostną wydobylem z głębi kulką szaro-białą, odróżniającą się od purpury krwi, podobną do ropy, wielkości ziarnka grochu; z radością rozpoznaliśmy w niej ropę, co później mikroskop niewątpliwie stwierdził. Mniemając, że większa ilość ropy tkwi pod mostkiem, dzielącym oba otwory wytrepanowane, wysadziłem go dłutem, a pod nim znalazłem bardzo ściśniony kanał szpikowy, wypełniony gąbczastą, rozrzedzoną tkanką kostną; wyskrobałem ją łyżeczką Volkman'a i dłutem. W ten sposób powstała w kości dziura, podobna do otworu w zamku od klucza; ścianki i dno tej szpary były utworzone z kości; ku górze w kierunku kanału szpikowego wyskrobałem tkankę, t. j. szpik kostny, ku dołowi zaś kanał szpikowy był zagrodzony tkanką kostną, twardą, oddzielającą szparę, od dolnej połowy szpiku kości piszczelowej.

Krwawienie było z dziury bardzo obfite; krew nabierała się w niej z szybkością i pulsowała jak źródło, bijące w studni. Przez pewien czas trzymałem w szparze tampon z waty wyżętej, a następnie skoro krwawienie nieco się zmniejszyło, nasypałem do dziury jodoformu, wstawiłem 3 dreny obok siebie, wytamponowałem resztę przestrzeni muslinem karbolowym, końce rany skórnej zeszyłem i nałożyłem opatrunek listerowski (cała operacyja pod spray'em).

Chory na noc dostał proszek na sen. Skutek operacyi przeszedł moje oczekiwanie.

Nazajutrz chory sam oświadczył, że go wprawdzie boli, ale że ów ból dawniejszy, jak by kto nóż wbijał, znikł zupełnie; że mimo bólu w ranie czuje się wyśmienicie.

Dalszy przebieg nie przedstawia nic ciekawego. Ból ustąpił w zupełności i ani razu się już nie powtórzył; chory śpi wybornie, ma łaknienie; rozweselił się i widocznie poprawił na twarzy, która ożywiła się różową barwą.

W ten sposób postąpiłem sobie, nie znając odnośnej historyi patologii ropni w kości, która potwierdziła w zupełności słusność mojego postąpienia.

*

*

*

Znajomość ropni przewlekłych w kości datuje od bardzo niedawna. Wprawdzie chirurgowie zeszłego stulecia robili trepanację kości, lecz napewno nie można wymiarkować, czy robili ją przy ropniu, czy też przy ropieniu, spowodowanym przez martwak centralny.

Chirurg francuski D a v i d *) w pracy o ropniach w kości, wydanej w 1764 i uwieńczonej przez akademię chirurgiczną, wymienia już główne objawy, cechujące ropnie w kości. „Rzeczą jest bardzo trudną przepowiedzieć obecność ropnia w kości, zwłaszcza gdy brak znacniejszego zgrubienia; nie ma bowiem wtedy innych oznak cierpienia, jak tylko objawy racjonalne, niepewne. Z pomiędzy nich najwięcej jeszcze liczyć można na: ból głuchy w kości, coraz bardziej się wzmagający, nie zmieniający miejsca; na obrzęk (*oedema*); ból z czasem staje się dojmującym, do niego dołącza się bezsenność; ziębienie nieregularnie się zjawiające, gorączka powolna i t. d.“ (o do postępowania zaleca D a v i d, zarówno jak Jan H u n t e r w 1787 r. †) trepanacją. Mniej sławny od tego ostatniego Wilhelm B r o o f i e l d w 1773 r. taką daje charakterystykę ropni w kości: „Ilekroć chory użala się na ból tępy, mocny, głęboko w kości tkwiący, chociaż pokrywy ponad kością są zupełnie zdrowe, a sama kość bynajmniej nie wydaje się zmienioną, — tylekroć mamy słuszny powód podejrzewać ropień w szpiku kostnym“. Mimo to wszystko cierpienie to pozostało nieznanem ogółowi chirurgów i dopiero Sir Benjamin B r o d i e opisał to cierpienie, wskazał jego cechy i uregulował postępowanie. W 1824 r. zmuszony był na prośbę chorego, który doznawał nieznośnego i nieuśmierzalnego bólu w goleni zrobić amputację. Przy badaniu odjętej kończyny znalazł zgrubienie dolnego końca kości piszczelowej i oznaki mocnego przekrwienia warstwy powierzchniowej kości; rozpiłowano kość w podłuż i tuż nad samą powierzchnią stawową znaleziono jamę wielkości małego orzecha laskowego, wypełnioną ciemną ropą; ścianka ropnia była miękka, a kość, otaczająca jamę, twardszą, niż zwykle. Nauka atoli ztąd płynąca nie poszła na marne; w 4 lata potem B r o d i e nadarzył się przypadek wielce podobny, rozpoznał ropień w górnej części kości piszczelowej, zrobił trepanację i miał to szczęście, że natrafił od razu na mały ropień, zawierający około 2 drachm ropy; chory wyzdrowiał w 6 miesięcy, zgrubienie kości znikło. Do 1846 r. uleczył w ten sposób 6 chorych.

Dalsze spostrzeżenia wyłącznie prawie poczynione były przez Anglików, od których wzięliśmy nawet termin „*the chronic abscess in the bone*“. Na 72 spostrzeżenia, ogłoszone przez rozmaitych autorów, a zestawione w tablicę przez G o l a y'a, 44 należy do pisarzy angielskich. Dlatego też nie są próżną przechwałką słowa sir F e r g u s s o n'a §), że przypadek B r o d i e był promieniem świetlnym w chirurgii, który nigdy nie będzie zapomniany.

To doświadczenie chirurgów angielskich było zupełnie nieznanem chirurgom stałego ładu. W 1856 roku B r o c a, zbierając wszystkie ogłoszone przy-

*) G o l a y. Des abcès douloureux des os. 1879 str. 11.

†) B r y a n t. A manual for the practice of Surgery. 1879. Tom II str. 509.

§) B r a n t. l. c. str. 508.

padki, zadziwił się, że na kontynencie nikt nie wiedział o ropniach w kości i nikt nie robił trepanacyi z powodu tego wskazania. We Francyi on pierwszy zrobił odnośne spostrzeżenie, zakomunikował je w Tow. Chir., co zwróciło uwagę chirurgów francuskich na ten przedmiot. Nie waham się przytoczyć tu w streszczeniu ową obserwacyją *B r o c a* †), *nulla autem est alia pro certo noscendi via, nisi quamplurimas et morborum et dissectionum historias, tum aliorum tum proprias collectas habere, et inter se comparare*, mówi wielki *M o r g a g n i*. Przy rozpoznawaniu chorób nadzwyczaj pomocnymi bywają przypadki klasyczne, wtedy gdy *résumé*, jakimi nas podręczniki traktują, nieraz bywają niewystarczającymi. (D. c. n.)

II. LISTY O OPATRYWANIU RAN

przez

R. Jasińskiego,

byłego asystenta klinik chirurgicznych.

IV.

Są przypadki, w których nie możemy przez czas dłuższy stosować przetworów karbolowych, czy to z powodu pierwszych objawów zatrucia (duże ilości kwasu, pojawiające się w moczu i t. p.), czy też z powodu, że często kwas karbolowy, stosowany na duże powierzchnie granulacyjne, źle na takowe oddziałuje: tracą one swą żywą barwę, obrzękają, a zabliznianie nie postępuje. W takich razach uciec się musimy do przetworów salicylowych, mniej wprawdzie potężnych, ale za to nie trujących, nie drażniących skóry i nie tak lotnych, jak fenol.

Środek ten wprowadzony został przez *T h i e r s c h'a*, który dowiódł, że przy czystych, aseptycznych ranach, wata, napojona kwasem salicylowym, stanowi wyborny i bezpieczny opatrunek przeciwnilny. Tam jednak, gdzie mamy do czynienia z rzeczą podejrzaną czystości, lub wyraźnie zakażoną, już kwas salicylowy użyć się nie daje. Stronę ujemną waty salicylowej stanowi nieczystość samego preparatu i dlatego z największem niedowierzaniem zapatrywać się należy na będącą w handlu watę tego rodzaju. *M a r t i n i* dowiódł, że w niektórych paczkach, zamiast 4% kwasu salicylowego, znajduje się go 0%, w drugich 0,5%, a dziesięcioprocentowa wata zawiera najwyżej 4%. To samo przed *M a r t i n i* m twierdził *W i e b e l*.

Utrata kwasu salicylowego zależy od tego, że kryształki samego przetworu wysypują się z waty, w postaci mialkiego kurzu, drażniącego błony śluzowe dróg oddechowych, tak, że podczas opatrunku, chorzy, felczerzy i lekarze bez przestanku kaszlą i kichają, a tego rodzaju spray nie zawsze bywa antysepty-

†) Abscès chronique simple du canal médullaire de l'humerus datant de sept ans, traité par la trépanation. Gaz. des hôpitaux. 1859. Nr. 130. str. 519.

cznym. Związać więc trzeba kwas salicylowy za pomocą gliceryny. Wieb el radzi, zamiast roztworów wodnych tego środka, używać roztworów wysokowych, gdyż kwas salicylowy rozpuszczać możemy tylko w ciepłej wodzie, a wówczas znaczna część jego jednakże się ulatnia. Rada dobra, ale u nas alkohol trochę za drogi, żeby tak nim szafować było można. Wreszcie ulatnianie to nie musi być tak znaczne, skoro H i r s c h s o h n zupełnie faktowi temu zaprzecza.

Najlepszymi okazały się następujące przepisy:

- 1) Wata salicylowa 4%
acidi salicylici 40,0
spirit. vini. o cięż. gatunk. 0,830. 300,0
glycerini 30,0
aqu. fontis, ogrzanej do 70—80° R., litrów 2.

Tą ilością płynu można napoić jeden kilogramm waty hygroskopijnej.

- 2) Wata salicylowa 10%
acidi salicylici 40,0
spirit. vini (0,830 C. g.) 300,0
glycerini 30,0
aqu. fontis + 70 : + 80° R. — litrów 2

tak samo na jeden kilogram waty, pozbawionej tłuszczów.

Można wziąć więcej gliceryny, a o tę samą cyfrę zmniejszyć ilość alkoholu. Najlepiej watę taką ułożyć w płytkim naczyniu drewnianem (n. p. w niecce do zarabiania ciasta) i to nie więcej, jak 2—3 kilogramy naraz, żeby osiągnąć równomierne nasycenie płynem. Skoro płyn wsiąkł w watę zupełnie, to tę ostatnią należy przewrócić w naczyniu na drugą stronę, żeby roztwór, w warstwach dolnych najobficiej nagromadzony, znalazł się teraz na górze, i ciężarem swym płynąc do dna, przeniknął dawne, powierzchowne, a teraz głębiej położone części.

Zamiast waty używa się też juta salicylowa 4% lub 10%. W każdym razie na ranę bezpośrednio powinno się kłaść tylko 10%. Na 500 gram. juty wypada wziąć: 20 gram. kwasu salicylowego, 100 gram. gliceryny, 40 gram. alkoholu i jeden litr wody, żeby otrzymać 4% preparat. Dziesięcioprocentową jutę salicylową otrzymujemy, biorąc na 500 gram. pakul. 50 gram. kwasu salicylowego, a gliceryny i spirytusu po 100 gram, oraz jeden litr wrzącej wody. Dalsze postępowanie tak, jak z watą, tylko suszenie trwa dłużej.

W ostatnich czasach R o b s o n i A s t h a l t e r łamali sobie głowę nad tem, czy spray karbolowy nie da się zastąpić w jakikolwiek inny sposób. A s t h a l t e r zbudował przyrząd, za pomocą którego otrzymujemy ostrokrąg powietrza dezynfekcyjowanego, który niszcząc w powietrzu, otaczającym ranę, zarodki gnilne, nie ochładza zbytnio części operowanych i nie spowoduje tak znacznych miąższowych krwotoków, jakie nieraz przy użyciu dużej ilości wody karbolowej zauważyć się dają. Wreszcie spray powietrzny ma tę wyższość nad mgłą karbolową, że nie zasłania pola operacyjnego tumanami nieprzezroczystych obłoków. Metoda A s t h a l t e r'a polega na tem, że rana i jej okolice wciągu całej operacji otoczone zostają ciągłym prądem powietrza, ogrzanego i oczyszczonego zupełnie za pomocą przyrządu, w którym przez warstwę 90% roztworu fenolu, przechodzi. Przyrząd składa się ze zbiornika, objętości około

4 litrów, zamkniętego hermetyczną pokrywką. W pokrywie tej znajdują się trzy otwory. W otwór środkowy wetknięty jest manometr, w otwory boczne zaś rury szklane, zgięte pod kątem prostym. $\frac{1}{3}$ część zbiornika napełniona jest 90% roztworem fenolu.

Nad tą warstwą idzie warstwa waty, zawiniętej w muslin i ramą gumową do ściany zbiornika przyciśnięta. Jedna z rur szklanych zaopatrzona jest w kurek i przed nim leżącą klapę, oraz połączona z gumowym mieszkiem takim, jaki zazwyczaj do aparatu Richardsona należy. Do końca tej rury, leżącego we wnętrzu zbiornika, przymocowaną jest znowu gumowa rurka, która prowadzi wpychane przez mieszek powietrze, aż do dna zbiornika, wypuszczając je w warstwę kwasu karbolowego. Powietrze, przeszedłszy przez tę warstwę, filtruje się następnie przez watę, do górnej części zbiornika. Ztąd wchodzi do drugiej rury zgiętej, a z niej, przez dwie stopy długości mającą rurę kauczukową, do cylindra, z nietopliwego szkła zrobionego, (25 ctm. długości i 8 ctm. średnicy mającego) i zaopatrzonego w obu końcach w hermetyczne mosiężne denka. W tylnym denku otwiera się owa rura, doprowadzająca powietrze, a przednie denko przedziurawione jest 12-ma rureczkami mosiężnymi, kończącymi się za pomocą maleńkich otworków. Z tych to otworków, wylata ostrokrąg zdezynfekowanego powietrza. Ów szklany cylinder połączony jest ze zbiornikiem za pomocą ruchomej statywy, przy której znajdują się też 3 brennery, pod szklanym cylindrem ustawione, dające się za pomocą kauczukowych rurek połączyć z gazometrem i służące do ogrzewania powietrznego spray'u. Analiza wyrzuczonego przez aparat powietrza wykazała, że ono porywa ze sobą 0,12 do 0,15% kwasu karbolowego. Zasada tego przyrządu bardzo mi się podoba i dla tego metodę ową tutaj opisałem, chociaż nie mam żadnego własnego doświadczenia w tym względzie, któreby mogło mnie upoważnić do więcej stanowczych wniosków.

Pozostaje mi jeszcze wspomnieć o środku, który w ostatnich czasach przez M o s e t i g — M o o r h o f'a i M i k u l i c z a gorąco zalecany i za zastępcę kwasu karbolowego ogłoszony został. Jest nim jodoform. M i k u l i c z upewnia, że środek ten działa nie tylko jako jod, *in statu nascendi*, lecz także, jako organiczne jego związki, a może jako jodoform *per se*. Zgadza się na to zdanie i K ö n i g na zasadzie klinicznego doświadczenia. Przeciwnie działanie jodoformu zbadane zostało doświadczalnie przez P a n e t h'a, a z doświadczeń tych należy wnioskować, że do zupełnej dezynfekcyi trzeba oprócz jodoformu użyć jeszcze i fenolu. Oczyszczanie rąk, narzędzi, gąbek, catgut, jedwabiu i t. d. musi się odbywać za pomocą tego ostatniego środka. Przy małych ranach, używa się jodoformu w postaci mialkiego proszku, przy większych, głębszych ranach i jamach, gdzie większe ilości środka zastosowane być mają, należy używać jodoformu krystalicznego. Zasypywanie ran skutecznia się za pomocą pędzelka, szpadla, łyżki, rozpylacza i t. p. przyrządów. Na to kładziemy opatrunek watowy, kawał nieprzemakalnej materyi i muslinową opaskę. Niektóre rany lepiej jest pokryć muslinem jodoformizowanym, który można sobie przygotować w ten sposób: w dezynfekowaną miednicę kładzie się kawał muslinu hygroskopijnego i wciera się weń sproszkowany jodoform, za pomocą

zdezynfekowanej ręki. Trzeba jednak znaleźć takiego abnegata, któryby się poświęcił do tej roboty; nigdy w życiu bowiem czem innym pachnieć już chyba nie będzie. Przenikliwy, a dla wielu idiosynkratycznie nieznosny zapach jodoformu, z łatwością przenika ubranie i perfumuje całą skórę, włosy i t. d., a pozbyć go się prawie niepodobna. Muslin, otrzymany tym sposobem, zawiera 10—20% jodoformu. Trzydziesto lub pięćdziesięcioprocentową gazę otrzymujemy, wcierając proszek jodoformu w gazę, nasyconą poprzednio roztworem 4 części kalofonii i 1 części gliceryny, w 200 częściach spirytusu. Cztery lub osm warstw takiego muslinu kładziemy na ranę, a na wierzch opatrunek watowy. Przepis na przyrządzenie pięcioprocentowej waty jodoformowej jest następujący: 500 gramów odtłuszczonej waty nasycy się roztworem takiego składu: jodoformu 25,0, eteru 125 kub. centm., alkoholu 1125 kub. centm.

Alkohol i eter ulatniają się bardzo szybko, a wydzielający się z roztworu jodoform pozostaje bardzo równomiernie rozdzielonym w wacie, którą w szklanym lub blaszanym naczyniu należy przechowywać.

Do przemywania ran lub do wstrzykiwań używamy roztworów jodoformu w eterze lub emulsji w oliwie, albo glicerynie. W przetoki, lub jamki wstawiamy pałeczki z jodoformu, które ja każę w ten sposób przygotowywać. Biorę jodoform i masło kakaowe w równych częściach, topię tę mieszaninę z dodatkiem małej ilości kumariny (otrzymywanej z faba Tonco), dla zniesienia obrzydliwej woni, i roztopioną wlewam w rurki szklane (n. p. w popsute rurki ciepłomierzowe), w których masa zastyga. Patyczkiem wypchnąwszy zastygłą mieszaninę, otrzymuję bardzo ładne pałeczki, dające się strugać, temperować lub w razie potrzeby, rozsmarowywać na płótnie. Maść jodoformową (drj. na 5j tłuszczu) perfumuję dziesięcioma granami kumariny, mającej dosyć przyjemny i mocny zapach.

Jodoform dał mi bardzo dobre wyniki przy oparzeniach, po wyjęciu gruczołów chłonnych, po rozcięciu drętwych dymienic, przy wrzodach goleni i rozmaitych tego rodzaju drętwych owrzodzeniach. Najlepsze i zadziwiające wyniki otrzymywałem, posypując nim zgangrenowane, rozpadające się powierzchnie, cuchnące, posokowate wrzody. Specyficznego działania na gruźlicze i grzybowate ziarniny, lub ogniska próchnień w kościach, zauważyć nie mogłem i kto wie, czy mi w tych upartych przypadkach nie więcej przynosił korzyści kwas karbolowy, a przedewszystkiem skrobaczka i żegadło platynowe.

Zgadzam się najzupełniej z K o n i g e m, który w *Centralblatt f. Chirurgie* (Nr. 12) twierdzi, że we Wiedniu trochę się zagalopowano z reklamowaniem jodoformu jako środka, który może wszystkie inne przeciwnilne substancyje wyrugować.

Wszyscy prawie chirurdzy chwala jodoform jako bardzo dobry środek opatrunkowy, ale większość ich powiada, że działanie jego dopełniali kwasem karbolowym i skrobaczką, a wtedy wyborne otrzymywali wyniki.

Strony ujemne jodoformu są dość liczne. Przedewszystkiem środek ten u nas jest bardzo drogi, po drugie cuchnie okropnie, a po trzecie sprowadza czasem otrucia, kończące się nieraz śmiercią.

Ostre maniakalne objawy z zatrzymaniem moczu i podniesieniem się ciepłoty ciała w jednych razach, objawy podobne do zapalenia opon, przy bardzo częstem tętnie, bez gorączki, z wymiotami i bredzeniem oraz krzykami w drugich razach, brak łaknienia, bóle głowy i niezwykła (najczęstszy objaw) częstość tętna, oto główne objawy zatrucia jodoformowego. Ja, używając w bardzo wielu przypadkach środka, o którym mowa, widziałem tylko dwa przypadki zatrucia i oba skończyły się bardzo pomyślnie po zmianie opatrunku na karbony. Pierwszy dotyczy chłopca, któremu granat, przez nieostrożność zapalony, zerwał ogromny płat skóry z międzykrocza i całego prawie uda prawego, oderwał kışkę prostą od dolnych jej przyczepów, oraz spowodował głęboką ranę międzykrocza, w którą po za *rectum* wprowadzić można było dwa palce, aż do kości. Całą tę ranę zdezinfekowałem, kışkę przyszyłem licznymi szwami do ponadrywanych resztek skóry międzykrocza, a ranę uda, jak mogłem, połatałem strzępami skóry. Założyłem liczne sączki i nałożyłem opaskę Lister'a. Bardzo wiele szwów porozlazilo się, a płaty skórne, mocno potłuczone, uległy mumiifikacyi i poodpadały. Rana wszakże zaczęła granulować nieźle, przy bardzo małym odczynie gorączkowym, a kışka przyrosła. Ogromną powierzchnię ziarninową zacząłem opatrywać maścią jodoformową. Gojenie szło bardzo powoli, ale bez przerwy. Po jakimś tygodniu, czy 10 dniach takiego opatrunku, chory zaczął bardzo często wymiotować, po nocach nie sypiać, krzyczał w niebogłosey bez żadnego powodu, skarżył się na ból głowy, źrenice miał rozszerzone, a tętno tak szybkie, że go zliczyć nie było podobna. Ciepłota zaś ciała przez cały czas była prawidłowa. Działo się to przed pojawieniem się pracy Scheld'e'go i dlatego nie mogłem sobie na razie zdać sprawy, z czem tutaj właściwie mamy do czynienia? Ponieważ jednak ziarnina wydała mi się trochę drętwą, zmieniłem więc opatrunek jodoformowy na salicyłowy.

Wszystkie objawy, o których wspomniałem, na drugi czy trzeci dzień znikły zupełnie i nie pojawiły się już więcej, aż do zupełnego zagojenia ran, które nastąpiło po niejakiś czasie.

Drugi przypadek obserwowałem w szpitalu dziecięcym, w oddziale kolegi Peszke'go, gdzie po amputacyi goleni chory, opatrzony jodoformem, przez długi czas miał tętno niezmiernie częste, pomimo zupełnego braku gorączki. Po zmianie opatrunku, tętno wróciło do normy.

W literaturze pojawiło się w ostatnich czasach mnóstwo spostrzeżeń, dotyczących zatrucia jodoformem. Mojem zdaniem jednakże pewną część tych spostrzeżeń uważaćby może można było za sprawy septyczne, do których rozjodoformowani Niemcy przyznać się nie chcą i na jodoform całą winę starają się zwalić. Z drugiej strony jednak znajdujemy wiele spostrzeżeń, dowodzących jasno, że zatrucie jodoformem jest możliwe i nieraz fatalnie skończyć się może. Nie chcąc wychodzić po za granice nakreślonego planu, nie będę tu przytaczał licznych wywodów, dotyczących kwestyi jodoformizmu i ograniczę się tylko przytoczeniem odpowiednich źródeł w końcu niniejszego listu. Tu tylko wspomnę, że w chirurgii dni dzisiejszych potrzeba zaiste uzbroić się w podwójną dawkę krytycyzmu, żeby nie wpaść na manowce; gdyż przy ogólnym gorączkowym postępie tej gałęzi nauki lekarskiej często widzimy przykłady, jak nieje-

den badacz, zachwycony swym własnym wynalazkiem. tak się nim lubuje, że wreszcie podlega pewnego rodzaju narkotyzacyi zachwalanym przez siebie środkiem. Zatrucie to objawia się specyjalną postacią monomanii, oraz znieczuleniem na wszelkiego rodzaju zarzuty krytyczne i dotykana argumentacyję bezstronnych badaczy.

Thiersch. Die Ergebnisse der Listerschen Wundbehandlung und über den Ersatz der Carbolsäure durch Salicylsäure. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 84—85.

Martini. Verhandlungen der deutschen Gesellsch. für Chirurgie. VIII Congres. 1879. I. str. 53.

Wiebel. Beiträge zur Kenntniss der Salicylsäure und ihrer Anwendung. Centralblatt f. Chirurgie. 1879. Nr. 41.

Hirszsohn. Wojenno medicinskij Żurnal 1880 za Sierpień str. 209.

Asthalter. Desinfectirter Luftkegel als Ersatzmittel für Flüssigkeits-spray. Centralblatt f. Chirurgie. 1882. Nr. 5.

Mikulicz. Die Verwendung des Jodoforms in der Chirurgie (Wiener klinik Schnitzlera. 1882. Heft I,

Delbastailles et Froisfontaines. Du pansement à l'iodoforme (Université de Liège, clinique chirurgicale du professeur A. von Winwarter. Liège. 1882).

Max-Schede. Zur Frage von der Jodoformvergiftung (Centralblatt f. Chirurgie. 1882. Nr. 3).

Hoefmann. Jodoformintoxication (Cntrblatt f. Chirurgie. 1882. N. 7).

König. Die giftigen Wirkungen des Jodoforms als Folge der Anwendung desselben auf Wunden (ibidem).

Beger. Bericht über die in der klinik des D-r prof. Thiersch in Leipzig mit jodoform behandelten Falle. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. XVI. Heft 1 i 2).

Falkson. Beobachtungen über den Werth des Jodoform f. die Wundbehandlung. Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Königsberg. (Berliner klinische Wochenschrift Jahrgang. XVIII. Nr. 45).

Güterbock. Beitrag zur Jodoformbehandlung (ibid. Nr. 39).

Hoefmann. Jodoformbehandlung Aus der chirurgischen klinik zu Königsberg (Ibidem Nr. 45).

Leisrink. Die Wundhandlung mit dem Jodoform Mittheilungen aus dem Israelitischen Krankhause zu Hamburg (ibidem Nr. 47).

Görges Assit am Augusta-Hospital zu Berlin. Zur Jodoformbehandlung (Cntrbl. für Chirurgie. 1882. Nr.10).

v. Mosevig-Moorhof. Zur Frage der Jodoformvergiftung (ibidem Nr. 11) oraz Der Jodoformverband (Sammlung Klinisch. Vorträge. Nr. 211).

Kocher. Jodoformvergiftungen u. die Bedeutung des Jodoform für die Wundbehandlung (Cntrblt. f. chirurgie. 1880. Nr. 14).

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

D-ra Stummera (?) Apteczka wiejska. Warszawa. 1882.

Na odbytej w Czerweu r. b. wystawie inwentarza znajdował się model apteczki wiejskiej w kształcie drewnianej skrzyneczki na pomieszczenie pewnej ilości środków lekarskich, potrzebnych dla dania pomocy w nagłych przypadkach choroby. Do modelu tego dołączoną była książeczka zatytułowana: D-ra S t u m m e r'a „Apteczka wiejska“. Chętniebyśmy wypowiedzieli nasze zdanie co do tego, o ile w ogóle podobne podręczniki są potrzebne dla naszego społeczeństwa i o ile w szczególności dany podręcznik zadość czyni tej potrzebie, gdyby . . . takowy był rzeczywiście, jak to tytuł głosi, D-ra S.. Musimy bowiem wyręczyć D-ra S. i wyznać, iż „skromny podręcznik“, jak go nazywa, puszczo-ny w świat jako owoc umysłowy D-ra S., od pierwszej do ostatniej prawie stronnicy jest tłómaczeniem lub prostem przepisaniem, o czem nie ma najmniejszej wzmianki w pomienionym „podręczniku“.

W roku 1878 paryski aptekarz J. G u e t t r o t, aby więcej zarekomendować swój cennik lekarstw i większą nań zwrócić uwagę, dołączył do takowego broszurkę, noszącą nazwę: „*Petit manuel de médecine domestique à l'usage des personnes charitables et prévoyantes, qui veulent avoir chez elles quelques médicaments utiles. Ce manuel, particulièrement fait en vue de nos Pharmacies portatives, pour leur propagation et leur mode d'emploi, est envoyé gratuitement et franco à toute personne qui en fait la demande*“. Otóż ta to broszurka była głównym źródłem wiedzy, z którego pełną garścią czerpał D-r S.. Znajdujemy w niej przedewszystkiem rysunek modelu apteczki wiejskiej, projektowanej przez J. G u e t t r o t, zawierający — zależnie od ceny (20—90 franków)—mniej lub więcej środków lekarskich. Później następuje ustęp o celu i potrzebie podręcznika, prawie dosłownie przetłómaczony przez D-ra S., jak to pokazuje następująca próba:

J. Guettrot.

Loin de nous la pensée de vouloir empiéter sur le domaine du médecin. Ce modeste Manuel n'a pas d'autre objet que d'exposer quelques notions simples et précises autant que possible, à l'usage des personnes charitables et prévoyantes qui veulent avoir chez elles quelques médicaments utiles.

La nature a donné chacun de nous de l'instinct de conservation; poussé par cet instinct, l'homme cherche à conserver, à garantir, à défendre la santé; et il en résulte que chacun est sovent à son insu ou sciemment, un peu son propre médecin. Mais, n'est-il pas aussi des circonstances où il le peut, et doit être, dans une certaine mesure, le médecin des autres? Et dans ces cas, n'y a-t-il pas opportunité à ce que chacun sache faire un peu de médecine?

etc. etc.

D-r S t u m m e r.

Nie jest bynajmniej zamiarem moim wkraczać w czemkolwiek w zakres działalności lekarza wiejskiego. Skromny ten podręcznik nie ma innego celu, jak podać ludziom przezornym i dobrej woli krótkiej, jasnej wskazówki, jak radzić sobie mają i jakich środków podręcznych użyć, w nagłych i pilnych wypadkach, za nim lekarz zdążyć może do łóżka chorego.

Natura obdarzyła nas instynktem zachowawczym, jasne więc, że człowiek party tym instynktem, szuka sposobów by utrzymać, zabezpieczyć, ochronić to swoje zdrowie. Koniecznem następstwem tego, że każdy bezwiednie nawet jest własnym swoim lekarzem, a często zdarzają się okoliczności, gdzie człowiek musi doraźnie wystąpić w roli lekarza drugich. W tym właśnie razie, czyż nie jest rzeczą niezbędną, by kaźden choć trochę znał się na medycynie. i t. d i t. d.

W podziale podręcznika na pojedyncze części. D-r S. tem się różni od J. Guettrot, iż ten ostatni przyjął 5 części, gdy tymczasem D-r S. jedną z nich, naszym zdaniem bardzo ważną, bo dotyczącą przepisów: o przyrządzaniu łożka dla chorego, opatrunków, synapizmów, kąpiei, ziółek, kataplazmów, lewatyw, o przystawianiu pijawek i t. d., zupełnie wyrzucił, a dwie inne części złączył w jedną, tak, że tym sposobem pozostały w przeróbce D-r S. tylko 3 części zawierające:

1) „Zbiór najprostszycb a niezbędnych zasad higieny. 2) Wskazówki, jak radzić sobie (?) w nagłych różnych wypadkach: w krwotokach, skaleczeniach, otruciach, ukąszeniach jadowitych, konwulsyjach u dzieci, sparzeniach, odmrożeniach, jak uratować pozornie zmarłych, utopionych, zaczadzonych, uduszonych, pierunem rażonych i t. d., czekając przybycia lekarza. 3) Objasnienie o wyborze środków w danym wypadku, z apteki będącej pod ręką, sposobów ich użycia i dozie lekarstw.“

Dla przekonania się o pokrewieństwie bardzo bliskiem tego podziału z podziałem J. Guettrota przytaczamy dosłownie ten ostatni:

„1) *Quelques conseils hygiéniques.*

Część 2 jest oznaczoną u D-ra S. jak to powiedzieliśmy wyżej.

3) *Notions sur les accidens de toutes sortes, tels que blessures, brûlures, hémorrhagie, convulsions des enfans etc., et indication des premiers soins à donner en attendant l'arrivée du médecin.*

4) *Indication sommaire des premiers soins à administrer dans certains cas d'empoisonnement ou d'ingestion de substances nuisibles. Asphyxie. Signes de la mort.*

5) *Renseignemens sur le choix et les propriétés des médicaments que l'on peut avoir chez soi, ainsi que sur le doses et mode d'emploi“*

Część 1-sza, zawierająca wiązanke aforyzmów higienicznych jest najwierniejszym tłumaczeniem z podręcznika Guettrota i musimy przyznać na pochwałę tłumacza, tłumaczeniem bardzo dobrem, jak pokażą następujące próby:

J. Guettrot.

La santé est l'état normal de l'homme, la maladie, une exception, qui a presque toujours sa cause dans un excès ou dans une imprudence. Le plus souvent, quelques précautions hygiéniques suffisent pour éviter la maladie, ou couper le mal dans sa racine.

Si la médecine soigne les maladies, l'hygiène les prévient, ou en diminue la gravité.

Évitez d'habiter les rez-de-chaussée, qui sont le plus souvent humides, choisissez, pour chambre à coucher une pièce bien aérée, exposée au soleil, élevée de plafond, ou tout au moins, se rapprochant le plus possible de ces conditions.

Ne chauffez pas trop les appartemens, la chambre à coucher surtout. L'abus du feu cause des éblouissemens, l'affaiblisse-

D-r Stummer.

Zdrowie jest stanem fizyologicznym, normalnym u człowieka, choroba zaś stanem wyjątkowym, przyczyną choroby jest prawie zawsze nadużycie lub nieostrożność. Najczęściej, zachowanie racjonalnych przepisów higieny stanowi jedyną możliwą ochronę od choroby, a w ostatecznym razie ułatwia wstrzymanie jej w samym związku.

Jeżeli medycyna leczy, to higiena chroni od choroby, lub zmniejsza złośliwość jej przebiegu.

Należy unikać lokali parterowych, które najczęściej bywają wilgotnemi. Sypialnia powinna być starannie przewietrzaną, z oknami, zwróconemi na południe, powinna być obszerna i wysoka, lub przynajmniej ile możności odpowiadająca powyższym warunkom.

Wszystkie pokoje mieszkalne, a szczególnie pokój sypialny nie powinny być zbyt mocno ogrzane. Zbyt wysoka

ments, de la vue, des migraines, des engelures. En se chauffant trop, on s'énerve, on s'étiole, on finit par avoir constamment froid etc. etc. etc.

Conservez-vous toujours la tête fraîche, les pieds chauds, le ventre libre. Ces trois principes élémentaires d'hygiène sont toute la santé.

temperatura sprawia uderzenia do głowy, osłabia wzrok, powoduje bóle i zawroty głowy, skłonność do dreszczów, sprowadza ogólny rozstrój nerwowy i t. d. i t. d. i t. d.

Staraj się mieć zawsze głowę swobodną, nogi ciepłe i wolny żołądek. te trzy elementarne zasady higieny, stanowią zdrowie.

W części 2-giej (wedle podanego podziału miało to być w części 3) D-r S. podaje spis alfabetyczny najużywanych środków lekarskich, pomieszczonych w apteczce, w liczbie 32; dalej, wykaz — również alfabetyczny — chorób, przeciw którym można znaleźć środki objęte w apteczce; wreszcie, krótką wiadomość, gdzie się używa każdy z 32 środków i jak go używać.

Część ta, najslabsza z całej książeczki, zdaje się być najwięcej płodem D-ra S., choć i tu znaleźliśmy zapożyczenia, o czym nie ma wzmianki. Przeczytanie tej części nie jednę w nas myśl wzbudziło, poprzestajemy jednak tylko na zwróceniu uwagi, która przydać się może przy puszczeniu w obieg 2-go poprawnego wydania:—iż między zalecanymi przez D-ra S., brak środków prawie niezbędnych i daleko potrzebniejszych, niż niektóre z wyliczonych (jak n. p. niż *pillulae solventes*), a mianowicie brak olejku rycinowego, rumbarbarum, proszku troistego, kalomelu i t. d. — a dalej, iż spotykamy tam takie archaizmy, że już nie użyjemy wyrazu brednie lekarskie, jak n. p. *tinctoria arnicae* z zalecaniem do używania jej w wypadkach potłuczenia, sińcach, kontuzjach, stłuczeniach silnych głowy i t. d. do wewnątrz po 10—12 kropel w szklance wody i t. d. lub *tintura Valerianae aetherea cum castoreo Sibiricensi* — w braku ruchów płodu i t. d.

Zdaniem naszym więcej pożytku przyniosłby publiczności podręcznik medycyny popularnej, nie w kształcie farmakologii napisany, jak to chciał zrobić D-r S., lecz w kształcie patologii, w którymby były wymienione najważniejsze cierpienia, wymagające podania pomocy natychmiastowej, a więc często przed przybyciem lekarza i środki zaradzenia im, niż wymienienie pewnej liczby leków z szeregiem chorób, w jakich ich używać. Postawmy się bowiem na chwilę w położeniu osoby, która nietylko, że kupiła sobie apteczkę i podręcznik D-ra S. (?), lecz nawet wyuczyła go się na pamięć, w jakim znajdzie się ona kłopotcie, gdy zechce podać pomoc choremu na zapalenie gardła, przeciw któremu D-r S. zaleca: *acidum tannicum, lapis, kali chloricum, pulvis vomitorius compositus*; lub gdy tejże osobie wypadnie ratować kobietę, która dostała krwotoku macicznego, na zwalczenie którego D-r S. radzi (bez podania najmniejszych innych wskazówek) *acidum tannicum, liquor ferri sesquichlorati, pulvis secalis cornuti*. Wreszcie uważamy za niestosowne w poradniku w nagłych przypadkach chorobowych podawanie środków dla wyleczenia trypra, bladaczki, niedokrwistości, utrudnionego peryodu, białych upławów, chorób nerwowych (?), hemoroidów, strzykania w uszach (?) i t. d. — gdyż takowe nagłej pomocy nie potrzebują, a leczenie ich szablonowe więcej szkody, niż pożytku przynieść może.

W części 3-ciej (wedle podziału miała to być 2). D-r S., mimo iż zapowiedział we wstępie, nie mówi nic, co robić w nagłych przypadkach krwotoków, skaleczeniach, konwulsjach u dzieci, a natomiast przytacza sposoby ratowania utonionych, powieszonych, lub zaduszonych przez ściśnięcie szyi, zaczadzonych, uduszonych różnymi szkodliwymi gazami i wyziewami, zmarzniętych, od pioruna rażonych, tkniętych apopleksją, cierpiących napady wielkiej choroby, oparzonych, mocno potłuczonych, otrutych, pokąsanych przez pszczoły i osy, pokąsa-

nych przez żmije, pokąsanych przez zwierzęta wściekłe, a nakoniec o ratowaniu dzieci nowonarodzonych, które w stanie pozornej śmierci na świat przyszły.

D-r S. w odsyłaczu do tej części zaznaczył, iż sposoby, w podręczniku podane, były ułożone z polecenia Rady lekarskiej, lecz przedewszystkiem mylnie podaje rok ich opublikowania — bo nie miało to miejsca w 1846, lecz w r. 1839, a nadto nie wspomina o tem, iż najzupełniej je przepisał z „Wiadomości o ratowaniu osób w stanie pozornej śmierci będących, albo nagłą utratą życia zagrożonych, ułożone w sposób dla każdego przystępny przez Radę lekarską Królestwa Polskiego w Warszawie 1839“, a stanowi to ni mniej ni więcej tylko połowę książeczki D-ra S. (?) (to jest około 30 stronnic druku).

Porównanie oryginału z podręcznikiem D-ra S. (?) przekonało nas, iż D-r S. zapomniał przepisać paragrafów bardzo ważnych, a mianowicie o ratowaniu udawionych i na czarną krostę cierpiących, iż w niektórych paragrafach (gdyż oryginał jest podzielony na paragrafy) porobił skrócenia nie zawsze pożądane, jak n. p., mówiąc o ratowaniu ludzi piorunem rażonych, opuścił przestrogi, jak się zachować w czasie nawałnicy będąc w pokoju, na polu, jadąc i t. d., dalej opuścił paragraf o ratowaniu w zemdleniu, wreszcie przy opisie sposobów niesienia pomocy oparzonemu, pomiął jak postępować w sparzeniu stopnia trzeciego, chociaż wspomina, iż takowe istnieje. Smieszne nam się wydaje zalecanie użycia maszynki elektrycznej — ba nie ma jej w apteczce D-ra S. Mówiąc o ratowaniu utonionych, D-r S. wplótł szczęśliwie ustęp z drzeworytami z medycyny popularnej D-ra K o w a l s k i e g o. Sprawiedliwość nakazuje nam przyznać, iż rozdziały o ratowaniu otrutych i noworodków urodzonych w stanie pozornej śmierci, nie są przepisane z przytoczonych „Wiadomości i t. d.“. Czy one są rzeczywiście oryginalnymi, czy również zapożyczonymi, wyrzec nie możemy, gdyż dla braku czasu poszukiwań w tym względzie robić nie mogliśmy.

Kilka tych uwag kończymy słowami pożalowania, iż D-r S. wpadłszy na dobrą myśl przysłużenia się publiczności podręcznikiem lekarskim, szczenił trochę czasu, gdyż nie wątpimy, iż mógłby się zdobyć nie na plagiat, lecz na podręcznik ze wszech miar zasługujący, aby na nim napisał: „Kaźden (*sic*) egzemplarz dołączający się do apteczki, opatrzony jest podpisem moim“. R.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

39. Heitler. Rozszerzenie serca ostre. (*Ueber akute Herzerweiterung*).

Znany doskonale przerost i rozszerzenie serca (*hypertrophia et dilatatio cordis*), występujące na drodze mechanicznej przy zaburzeniach w krążeniu. Na równowadze dwóch pomienionych czynników polega, jak wiadomo, kompensata wad zastawkowych serca. Jeżeli pewne wpływy usuną równowagę rzeczoną pomiędzy przerostem, a rozszerzeniem, tak, że r o z s z e r z e n i e s e r c a po-
cznie przeważać, to w następstwie tego wystąpią zaburzenia w kompensacie które wyrażą się rozmaitemi dolegliwemi objawami. Rozszerzenie to właśnie oznaczyć możemy jako p o w o l n e czyli p r z e w l e k ł e. Do tej samej kategorii należy rozszerzenie serca zawisłe nie od mechanicznego zaburzenia w krążeniu, ale — od cierpienia samego mięśnia serca.

Daleko mniej znany o s t r e r o z s z e r z e n i e s e r c a (*dilatatio cordis acuta*). Wystąpić ono może albo w sercu zupełnie prawidłowem, lub w utkaniu swem zmienionem, albo też w sercu już przewłocznie rozszerzonym w następstwie zaburzeń w krążeniu.

Pomienione ostre rozszerzenie serca daleko częściej przychodzi do skutku, aniżeli dotąd przypuszczano. Wiele niejasnych objawów w danych przypadkach tylko na mocy obecności ostrego rozszerzenia serca zrozumieć zdołamy.

Rzecz godna wielkiej uwagi, że rozszerzenie serca może nie słychanie szybko się rozwinąć i równie szybko zniknąć. Nieznajomość, lub nieodpowiednia ocena tego faktu, może prowadzić do rozlicznych błędów. Jeżeli w zdrowym sercu wystąpi ostre rozszerzenie, to powstaną tak zwane chwilowe niedostateczności zastawek (*insufficiëntia*), które mogą być powodem fałszywego rozpoznania ostrego zapalenia wsierdzia (*endocarditis acuta*), lub dawnych wad zastawkowych. Przy ostrem zapaleniu wsierdzia możemy błędnie wnioskować o obecności dawnej wady zastawkowej, o obecności wysięku w osierdziu, lub o kombinacji obu tych cierpień, a błąd ten popełnimy tylko z powodu bardzo obszernej tępości serca, zawisłej po prostu od ostrego rozszerzenia. Ostre wreszcie rozszerzenie serca przy dawnych wadach zastawkowych może być przyczyną tego, że zrobimy rokowanie daleko gorsze, aniżeli jest w istocie; biorąc bowiem takowe ostre rozszerzenie serca za chroniczne, uznamy je za niezmienne, a więc i objawy chorobne, od niego zawisłe, za stałe i dążące do pogorszenia postępującego.

Ostre rozszerzenie może wystąpić jednocześnie we wszystkich jamach serca, to jest dotyczyć komórek i przedsionków; ale może również mu ulegać jedna tylko z jam serca. I tak np. pojawić się może rozszerzenie tylko lewej komórki lub lewego przedsionka, albo tylko prawej połowy serca.

Czasami spostrzegać można, jak rozszerzenie stopniowo przechodzi na oddzielne jamy serca; znajdujemy więc czasami przedewszystkiem przedsionek lewy rozszerzony, następnie prawą komórkę, a później przyłącza się do tego rozszerzenie lewej komórki; albo też znajdujemy najprzód rozszerzenie prawego serca, a następnie dopiero pojawia się rozszerzenie lewego przedsionka i lewej komórki; albo też wreszcie rozszerzenie rozpoczyna się od lewej komórki. I powrót do pierwotnego stanu przychodzi do skutku w takim samym rozmaitym porządku.

Szybkość, z jaką rozszerzenia serca powstają i ustępują, jest w wysokim stopniu zadziwiająca. W pewnym okresie niektórych chorób serce ulega nieustannym wahaniom co do swej objętości; odgrywa się tu, że tak powiemy, walka sił przeciwnych, kończąca się ostatecznie albo zwycięstwem serca, albo śmiercią jego, to jest bezwładem. Przy kilkakrotnem przez dzień badaniu chorych zdziwią nas nieraz owe szybkie zmiany objawów. Nie ulega wątpliwości, że ostre rozszerzenie jam sercowych powstaje nieraz niesłychanie nagle, trwa przez czas krótszy lub dłuższy i równie nagle, jak za jednym zamachem, znika.

Jako przykład niezmiernie wydatny przytacza Heitler następujący przypadek.

Na oddziale przebywała dziewczyna z niedostatecznością zastawki dwudzielnej i zwężeniem otworu żylnego lewego (*Insuf. valvulae mitralis et stenosis ostii venosi sinistri*). Można było u niej wielokrotnie spostrzegać wahania co do objętości serca. Pewnego dnia, tuż przed lekcją kliniczną, u chorej wystąpiły bardzo wydatne objawy ostrego rozszerzenia serca. Chora, jak w każdym podobnym napadzie, leżała nieruchomo w położeniu grzbietowem wzniesionem. Skarżyła się na mocne bicie serca i znajdowała się pod wpływem bardzo silnego uczucia strachu, będąc pewną, jak przy każdym podobnym napadzie, że umiera. Policzki, wargi i skrzydła nosa pokrywała sinica rozlana. Okolica sercowa ulegała silnemu wstrząsaniu, które rozciągało się od przedniej, lewej linii pachowej, aż do prawego brzegu mostka. Tętno promieniowe przytem bardzo drobne, niekiedy zaledwie wyczuwalne. Wysłuchiwanie serca dało 200 tonów na minutę, przeważnie charakteru metalicznego. (Nawiasowo wspomnieć tu należy, że podobne przeciwieństwo pomiędzy natężeniem czynności serca, a słę-

bością tętna znajdujemy często przy parizie serca. Serce mocno pobudzone robi znaczne wysiłki dla uwolnienia się od swej zawartości, nie jest jednak w stanie przepędzić krwi do części obwodowych). Tępość absolutna serca sięgała na prawo aż na dwa palce poprzeczne poza prawą linię parasternalną, na lewo zaś ku górze—do trzeciego żebra. Dolna granica tępości dochodziła do piątej przestrzeni międzyżebrowej. Trwało to wszystko zaledwie pięć minut (? Ref.), poczem nastąpiła zupełna zmiana obrazu. Wstrząsanie w okolicy sercowej stało się o wiele słabsze. Tępość sięgała z jednej strony do połowy mostka, z drugiej strony na dwa palce poprzeczne przed przednią lewą linią pachową. Zamiast tonów o charakterze metalicznym słyszeć się znowu dawały, jak przed napadem, szmer skurczowy i rozkurczowy. Tętno dobrze teraz wyczuwalne uderzało 120 razy na minutę. Chora czuje się daleko lepiej, a sinica twarzy stopniowo, a nareszcie zupełnie znikła

Co się tyczy ostrego rozszerzenia prawidłowego serca, to tu należy przedewszystkiem ostre rozszerzenie serca wskutek nadmiernego wysiłku cielesnego; takowej wszelako autor dotąd ani razu nie miał sposobności spostrzegać.

Spostrzegamy ostre rozszerzenie serca u osób gorączkujących, a mianowicie bardzo często w tyfusie. Owo rozszerzenie występuje nieraz w tak wczesnych okresach choroby gorączkowej, że nie podobna wyprowadzać go od zmian w utkaniu serca. Obraz chorobny jest tu bardzo wydatny: chorego napada duszność, często i sinica. Badanie płuc daje wynik ujemny. Ale za to w sercu znajdujemy pewien szereg zmian. Tępość serca zwiększona we wszystkich kierunkach. Uderzenie serca (*ictus cordis*) przesunięte więcej na zewnątrz, a czasami jednocześnie i ku dołowi. Zamiast uderzenia ograniczonego znajdujemy rozlane wstrząsanie. Nad otworami żylnymi i tętnicznymi słyszymy szmery systoliczne. Szmery nad otworami żylnymi zależą od powstałej względnej niedostateczności zastawek, a szmery nad otworami tętnicznymi—prawdopodobnie od rozszerzenia strumienia krwi, spowodowanego przez jednoczesną relaksację większych naczyń. Drugi ton tętnicy płucnej wzmocniony; drugi zaś ton aorty słabszy, a nieraz zupełnie niesłyszalny, tętno przytem drobne.

Ostre rozszerzenie serca, występujące w późniejszych okresach chorób gorączkowych, najczęściej w tyfusie, zależy prawdopodobnie od zmian w utkaniu serca, albo też poprostu od zmniejszonej odporności serca, powstałej wskutek długotrwałej choroby.

Przy zapaleniu płuc (*pneumonia*) występuje czasami ostre rozszerzenie prawej komórki z względną niedostatecznością zastawki trójdzielnej.

Dość często występuje ostre rozszerzenie serca przy ostrym zapaleniu wosierdzia (*endocarditis acuta*). Rozpoznanie przedstawia tu szczególne trudności, które nieraz przewycięży dopiero dłuższa obserwacja chorego. Przedewszystkiem trudno nieraz takowe odróżnić od dawnych wad zastawkowych. Słabe uderzenie serca w połączeniu z powiększoną tępością serca może nam nasunąć myśl o obecności wysięku w osierdziu. Uchroni nas wszelako od błędu niezwykle szybka zmiana objawów fizykalnych, a mianowicie szybkie zniknięcie zwiększonej tępości serca, czego przecież przy znacznych wysiękach w osierdziu w tak krótkim czasie nie spostrzegamy.

Ostre rozszerzenie serca, pojawiające się przy zapaleniu osierdzia (*pericarditis*), może również dać powód do niektórych pomyłek. Nie ma tu mowy o tem rozszerzeniu serca, które występuje przy długotrwałym wysięku w osierdziu; to bowiem rozpoznać można prędzej z zaburzeń czynnościowych, aniżeli z objawów fizykalnych. Mamy tu raczej na myśli rozszerzenie serca, pojawiające się przy świeżem zapaleniu osierdzia z wysiękiem nieznacznym lub prawie bez wysięku. W tych razach często wnioskować można, że mamy do czy-

nienia z powikłaniem, a mianowicie z zapaleniem wsierdzia (*endocarditis*) lub przynajmniej ze znacznym wysiękiem w osierdziu. Tylko na mocy ostrego rozszerzenia serca zrozumieć możemy te trudne do pojęcia przypadki, w których nibyto nieslychanie szybko wytwarzają się znaczne wysięki w worku osierdziowym i nieslychanie szybko znikają.

Ostre rozszerzenie serca zdarza się również przy blednicy (*chlorosis*) i przy innych stanach bezkrwistości. Przy tych chorobach przychodzą nieraz do skutku rozszerzenia serca, które trwają przez długi czas w jednakim stopniu; albo też zaburzenia składają się ze szeregu rozszerzeń serca, krócej lub dłużej trwających, tak, że i tutaj możemy spostrzegać owe wahania co do objętości serca, jak w innych warunkach.

Rozszerzenie serca ostre spostrzegamy również i w chorobie Brighta i to tak w przypadkach z następczym przerostem lewej komórki, jako też w przypadkach bez takowego przerostu. A właśnie przy tak zwanej małej nerce (*Schrumpfniere*) z przerostem i rozszerzeniem lewej komórki najlepiej studyjować możemy wzmiankowane ostre rozszerzenie serca.

Przy wadach zastawkowych z przewlekłym rozszerzeniem serca, ostre rozszerzenia odgrywają bardzo ważną rolę. Kompensata zaburzenia w krążeniu polega na odpowiedniej kombinacji przerostu z rozszerzeniem. Przyrost rozszerzenia przychodzi do skutku nie w sposób powolny i postępujący, ale zaburzenie kompensaty rozpoczyna się od tego, że powstają ostre rozszerzenia serca, które w początku krótko trwają i szybko dość się wyrównują; właściwie zatem mamy do czynienia z wielokrotnymi napadami. Podczas każdego napadu serce ulega bezustannym wahaniom co do objętości swej: rozszerzenia i powroty do stanu pierwotnego szybko po sobie zmieniają się, aż nareszcie serce stale, przynajmniej na pewien czas, dochodzi do stanu względnie prawidłowego. Serce w takich razach jeszcze jest w stanie przeciwdziałać tym wpływom, które później doprowadzają do rozszerzenia długotrwałego lub stałego. W dalej posuniętym okresie zaburzeń kompensaty wyrównania trwają daleko krócej, a w końcu jedno z takich zaburzeń, *respective* ostre rozszerzenie serca, kończy się bezwładem serca.

Im większego nateżenia jest ostre rozszerzenie i im dłużej takowe trwa, tem mniejsze jest prawdopodobieństwo, że serce znowu odzyska swą dawną energiję. Bądź co bądź jednak, rokowanie w takich razach należy stawiać nieslychanie ostrożnie. Nieraz w przypadkach najrozpaczliwszych nadspodziewanie występuje poprawa. Czasami w okresie nawet, który śmiało nazwałoby można okresem konania, serce odzyskać może do pewnego stopnia swą dawną energiję, a tem samem zakończenie śmiertelne opóźnić o kilka, lub więcej dni.

Przy zaburzeniach krążenia, spowodowanych przez otwór żylny lewy (*ostium mitrale*), rozszerzeniu ulega przedewszystkiem przedsionek lewy i na tym może się ograniczyć, albo, co częściej się zdarza, rozszerzenie przechodzi na serce prawe, lub też jedno tylko prawe serce rozszerza się. Czasami przyjmuje udział i lewa komórka.

Przy zaburzeniach krążenia w otworze aorty (*ostium aorticum*) przedewszystkiem lewa komórka ulega rozszerzeniu, które później przenosi się na wszystkie jamy serca, albo też odrazu wszystkie jamy serca rozszerzają się. Przy rozszerzeniu wszystkich jam serca miejsce tępości serca jest zwiększone we wszystkich kierunkach i to w sposób bardzo znaczny. Szczególnie wielki przyrost tępości spostrzegamy przy niedostateczności zastawek aorty. Oprócz pomyłek, o których wyżej wzmiankowano i których powodem być może ostre rozszerzenie serca, wspomnieć należy jeszcze tu następującą: przy niedostateczności zastawek aorty, może wskutek ostrego rozszerzenia lewego serca wytworzyć się względna niedostateczność zastawek dwudzielnych, a takową przyjąć

błędnie można za wadę organiczną. Trzeba wszakże tu zaznaczyć, że pomieniona okoliczność nie ma wielkiego znaczenia pod względem praktycznym.

Zwracamy uwagę przy tem na to, że u osób z wadami serca, jeżeli rozwinię się jakabądź choroba gorączkowa, to powstaje bardzo znaczne rozszerzenie serca, które trwa przez cały czas gorączki i wraz z takową znika.

Wraz z ostrem rozszerzeniem występują pewne objawy, zależne od niedostatecznej czynności serca. Tu należą: tętno drobne, osłabienie lub zupełne zniknięcie drugiego tonu aorty przy znacznem rozszerzeniu lewej komórki, sinięca, obrzęk, ruchy falujące i pulsujące w żyłach szyjowych, względna niedostateczność zastawki trójdzielnej przy znacznem rozszerzeniu komórki prawej.

Szczegółnej wagi są objawy ze strony płuc przy ostrem rozszerzeniu serca. U osób z wadami serca często nagle występuje na tylnych częściach klatki piersiowej znaczne stępienie. Nie wiemy, czy mamy do czynienia z wysiękiem, czy z przesiękiem w jamie opłucnej, czy też z nacieczeniem (*infiltratio*) samych płuc. Szmer oddechowy znajdujemy wówczas znacznie osłabiony, lub go wcale nie słyszymy; drżenia klatki piersiowej (*fremitus pectoralis*) brak, tak, że począłszy zupełnie słusznie wnioskować można o obecności płynu w jamie opłucnej. Brak zaś wszelkiej gorączki, brak klucia w boku, wreszcie obustronna tępość: oto okoliczności, które zdawałyby się przemawiać za obecnością przesięku. Ale bliżej to wszystko rozpatrzywszy, znajdziemy wiele punktów niepewnych. Figura stępienia jest zupełnie nieregularna, a pomimo braku szmeru oddechowego i drżenia klatki piersiowej, odgłos opukowy nawet w częściach najniższych klatki piersiowej nie jest zupełnie tępym; jest on raczej mniej lub więcej przytępionym, a natężenie jego na rozmaitych miejscach bywa bardzo różne, czego przecież przy znacznem nagromadzeniu płynu w jamie opłucnej zwykle nie spostrzegamy. Później właśnie w najniższych miejscach klatki piersiowej pojawiają się skąpe lub bardzo obfite rzeżenia drobno-pęcherzykowe. Najbardziej zaś wątpliwą się staje obecność płynu w jamie opłucnej w obec niektórych objawów, jakie zwykle w podobnych razach spostrzegamy; mamy tu na myśli szybkie powstanie stępienia, szybki i znaczny wzrost takowego, bardzo znaczne wahania co do obszaru stępienia i nakoniec niezmiernie szybkie zniknięcie takowego wraz z jednoczesnem pojawieniem się wszystkich prawidłowych oznak opukowych i wysłuchowych. Czasami po zniknięciu stępienia słyszymy rzeżenia ograniczone lub rozrzucone. W niektórych przypadkach do wspomnianego obrazu przyłączają się objawy, przemawiające bardziej za nacieczeniem płuc (*infiltratio*): w miejscu ograniczonym, mniej więcej w środku stępienia, słyszymy oddech oskrzelowy, w innem miejscu rzeżenia. Ale tak stępienie, jako też oddech oskrzelowy, za szybko ustępują miejsce prawidłowym objawom, czego nacieczeniem płuc wyjaśnić nie można.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości dla autora, że wszystkie pomienione objawy zawisłe są poprostu od nawału płuc (*congestio pulmon.*), spowodowanego przez ostre rozszerzenie serca.

I krwotoki płucne zdają się zależeć od ostrego rozszerzenia serca. W dwóch przypadkach niedostateczności zastawki dwudzielnej autor spostrzegł podczas obfitych krwotoków płucnych niewątpliwie znaczne rozszerzenie lewego przedsionka.

W wątrobie również spostrzegamy bardzo znaczne zaburzenia zastoinowe, pojawiające się i znikające wraz z ostrem rozszerzeniem serca; objętość wątroby bardzo szybko i bardzo znacznie się powiększa, a w krótkim czasie znowu wraca do dawnych rozmiarów: nieraz więc wieczorem znajdziemy dolną granicę wątroby na linii pępkowej poprzecznej, a nazajutrz z rana, pod samym łukiem żebrowym.

Obrzęk kończyn dolnych i białko w moczu występuje zwykle dopiero wówczas, kiedy ostre rozszerzenie serca trwa już kilka dni; przy krótkim zaś trwa

niu, chociażby i częste były napady, a więc szybkie wahania, białka w moczu zwykle nie znajdujemy, nawet wówczas, kiedy tętno jest bardzo drobne.

Na zakończenie, kilka słów o wpływach, mogących wyrównać rozszerzenie serca ostre—to jest nadać na nowo sercu pewną energiję. Serce w swoim aparacie innerwacyjnym posiada widocznie w wysokim stopniu rozwiniętą samoistną zdolność regulacyjną i z tego powodu samo ono może usunąć pewne zaburzenia, hamujące jego czynność. Im bardziej jest nienaruszonym ów aparat innerwacyjny i sam mięsień serca, tym szybciej nastąpić może wyrównanie zaburzenia w czynności: ztąd w jednych przypadkach rozszerzenie bardzo szybko znika, w innych zaś trwa dłużej lub stałe pozostaje.

Bardzo znaczny wpływ na wyrównanie zaburzeń w czynności serca wywiera spokój, tak, że nieraz tylko ten jeden warunek może wystarczyć dla poprawy stanu serca.

Wydatnem jest działanie naparstnicy (*digitalis*). Zasługuje ona najsluszniej na nazwę „*tonicum*” dla serca. Uporczywe rozszerzenia, dające zaledwie nadzieję wyrównania, ustępują często pod wpływem odpowiedniego użycia naparstnicy.

Czynnikiem, pobudzającym również rozszerzone jamy sercowe do skurczu, jest drażnienie mechaniczne, jak np. opukiwanie. Do rzeczonoego poglądu autor doszedł na mocy następującego doświadczenia. Przy wadach serca ze znacznym przerostem i rozszerzeniem bardzo często się zdarzało autorowi spostrzegać, że podczas oznaczenia dokładnego wielkości i granic serca badanie dawało różne wyniki, to jest na początku badania obszar stopienia znaczny, a daleko mniejszy przy dalszem kontrolującym badaniu. Najczęściej przytrafiło się to przy znacznem rozszerzeniu tępości ku stronie prawej, a zatem przy opukiwaniu na mostku. Rzeczą wydaje się prawdopodobną, że w pewnych warunkach opukiwanie działa jako bodziec drażniący na serce i takowe do skurczu pobudza. Bardzo być też może, że ngniatanie (*massage*) w obszerniejszem znaczeniu tego wprawy znajdzie kiedyś odpowiednie wskazania i przy chorobach serca.

Wiener med. Woch. 1882, Nr. 22 i 23.

Wiktor Grosstern.

Wiadomości bieżące.

Berlin. Na profesora tutejszej kliniki chirurgicznej po Langenbeck'u, po odmowie Volkmana i König'a, ma być zaproszony prof. Bergmann z Würzburga, który poprzednio przez lat kilka był profesorem w Dorpacie.

— Dnia 1 Listopada r. b. rozpocząć się ma budowa gmachu, w którym w roku przyszłym ma się odbyć wystawa higieniczna. Cały budynek będzie z żelaza i szkła.

Paryż. Wedle obliczeń D-ra Dureau bibliotekarza Akademii medycznej w Paryżu, liczba pism lekarskich periodycznych, obecnie wychodzących, jest następująca: we Francyi i jej kolonijach 147, Niemczech 133, Anglii 69, Austrii 54, Włoszech 51, Belgii 28, Hiszpanii 26, Rosyi 26, Hollandyi 16, Szwajcaryi 10, Szwecyi i Norwegii 9, Danii 5, Portugalii 6, Księstwach Naddunajskich 4, Turcyi 2, Grecyi 1. Ogółem w Europie 583. W Ameryce wychodzi pism lekarskich 183, Azyi 15, Australii 2. Razem na całym świecie 785. Liczba pism lekarskich, założonych od r. 1679 przechodzi 2500.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Radecki. Mineralnyje istoeczniki w Birsztanach i diejstwie ich na organizm. Petersburg. 1882.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цвиурю. Варшава 29 Июля 1882 г.

Друк К. Ковалевскаго, Крѣлевска. 23.