

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

Teorya Jestestw idiodynamicznych

(Rys Psychologii naukowej)

napisał dr. Ludwik Natanson.

Tegoż autora:

KRÓTKI RYS ANATOMII CIAŁA LUDZKIEGO.

Systematyczny słownik terminologii anatomicznej polskiej.
Skład Główny obu tych dzieł w księgarni Gebethnera i Wolffa.

6—5.

Dla lekarzy i studentów medycyny wydane zostały i znajdują się w handlu

J. COHNHEIM'A:

Odczyty z Patologii Ogólnej.

przekład z 2-go przerobionego wydania z 1882 r. Trzy tomy: T. I. str. 608. T. II. str. 262. T. III
str. 340. Spis alfabetyczny str. 20. Ogółem 76½ arkuszy druku. Cena 5 rs.

S. JACCOUD:

Wykład Patologii Szczegółowej.

Przekład z 7-go wydania z r. 1883. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitogra-
ficznymi. Trzy tomy. T. I. str. 928. T. II str. 984. T. III. str. 961. Ogółem 185 arkuszy druku. Cena rs. 13.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa. 15—11

Peptony pana Chapoteaut na mięsie wołowym. przygotowane wyłącznie za pomocą pepsyny z żołądków baranich — same tylko są obojętne, nie zawierając ani chlorku sodu ani kwasu winnego; przepisywane bywają w trzech następujących formach:

Wino peptonowe Chapoteaut

bardzo przyjemnego smaku, używa się po jedzeniu w ilości jednego do dwóch kieliszków. Za wiera ono w kieliszku 10 gramów mięsa wołowego.

Konserwa Peptonu Chapoteaut

Produkt ten jest płynny, obojętny, aromatyczny, zażywa go się czysty lub w rosolu — w konfiturach, syropie albo w lewatywie. Łyżeczka od kawy tego płynu zawiera podwójną e go wagę mięsa wołowego.

Proszek Peptonu Chapoteaut

jest obojętny, zupełnie rozpuszczalny i zawiera pięć razy tyle mięsa ile sam waży.

Główne wskazówki: Niedokrwistość, trudność trawienia, słaba konstytucja ciała wstręt do jadła, niemoc żołądkowa i trzewowa, rekonwalescencyja, karmienie mamek, dzieci starców, chorych na cukrzycę i suchotników i t. p.

SKŁADY: w Paryżu 8, rue Vivienne i we wszystkich znaczniejszych aptekach.

ŻELAZO GIRARD'A (szczawian żelaza).

Przychylnie sprawozdanie Akademii Lekarskiej na posiedzeniu 12 XI 1872.

Akademia lekarska w Paryżu, w skutek raportu prof. Héard'a stwierdziła że: „przetwór ten łatwo bywa przyjmowanym przez chorych, dobrze znoszonym w żołądku, i w dawkach „10—20 etgrm. dziennie wpływa na podniesienie sił i leczy chloro-anemię na równi z innymi „dobremi przetworami żelazistemi. odznacza się zaś tem od innych soli żelaza, że nie wywołuje „zatwardzenia. Nawet dawki 30, 40 i 50 etgrm. usuwają zatwardzenie i wywołują obfite wy- „próżnienia.“ (*Bulletin de l'Académie de Médecine: 2^o série, t. 7, 1872*). Przy każdym flakoniku znajduje się łyżeczka która służy do dozowania; zawiera 15 etgrm.

Skład: w Paryżu, 8 ulica Vivienne, i w głównych aptekach w Królestwie Polskiem Cesarstwie Rossyjskiem.

INHALATOR LIMOUSIN'A



Wdechania tlenu są bardzo skuteczne przy duszności, blednicy, dychawicy, niedokrewności, w pewnych postaciach suchot płucnych, przy niestrawności (*dyspepsji*), przy cukrzycy, cholerze i białkomoczu.

Przyrząd zwyczajny bez balonu po. . . 65 fr.

Przyrząd z balonem . . . 95 „

Przyrząd z balonem i wdechania tlenu . . . 130 „



Przyrząd całkowity do przygotowania i wdechania tlenu . . . 130 „

W aptece Limousina, 2 bis rue Blanche w Paryżu. w Warszawie we wszystkich lepszych aptekach.

GAZETA LEKARSKA.

Prese. I. H. Ruppert. Przyczynek do nauki o wylewach krwi w rdzeniu kręgowym, (*haematomyelia*). — II. A. Grützbach. Dwa przypadki ran, drażących do jam ciała. Wyzdrowienie. — III. T. Heiman. Przypadek urazowego potrójnego pęknięcia błony bębenkowej z zejściem śmiertelnym (Dokończenie). — *Notatki lekarskie*. 4. Funk. Sporyz przy ostrym ogólnym wyprysku. — *Dział sprawozdawczy*. — 16. Prof. Dr Monti. O starych i nowych sposobach leczenia przymiotu wrodzonego. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROF. POPOWA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS'

I. PRZYCZYNEK DO NAUKI O WYLEWACH KRWI W RDZENIU KRĘGOWYM, (*haematomyelia*).

Podał

Henryk Ruppert

ordynator kliniki.

Wylewy krwi w rdzeniu kręgowym, mianowicie w samym mięszu jego, w porównaniu z takimiż wylewami, dotyczącymi mózgowia, o wiele rzadziej widzieć nam się zdarza. W literaturze mamy opisy kilkudziesięciu przypadków wylewów krwawych w rdzeniu, po większej części wtórnych, w następstwie sprawy zapalnej wynikłych i tylko zaledwie kilka niewątpliwie pierwotnych. Możliwość tych ostatnich podał w wątpliwość Charcot a następnie Hayem (*Des hé-morrhagies intrarachidiennes. Paris. 1872*). Ten ostatni autor, rozpatrzywszy krytycznie wszystkie przed 1872 r. ogłoszone odnośnie spostrzeżenia, przeczy zupełnie możliwości pierwotnych wylewów krwi w rdzeniu i wszystkie przypadki, uważane jako *haematomyelia*, nazywa *haematomyelitis acuta* lub *chronica*, uważając je jako następstwo zapalnego rozmiękczenia mięszu rdzenia.

Inni autorowie, jak Jaccoud¹⁾, Erb²⁾, Vulpian³⁾, przyznając rację Hayem'owi odnośnie do większości przypadków, co do niektórych spostrzeżeń nie wątpią, iż dotyczyły pierwotnych wylewów krwi w rdzeniu, bez uprzedniej sprawy zapalnej. W tych razach wylewy występowały przy zmianach w ścianach samych naczyń (sprawa miażdżycowa, zwyrodnienie tłuszczowe, rozszerzenia tętniaków), a nawet i bez zmian takowych, wskutek przyczyn, nie dających

¹⁾ Jaccoud, Wykład patologii szczegółowej, przekład z franc. 1884.

²⁾ Ziemssen, Handb. d. spec. Pathologie u. Therapie. T. 9, 2 wydanie. 1878.

³⁾ Vulpian, Maladies du système nerveux. Maladies de la moelle. Paris. 1879.

się bliżej określić, jak to miało miejsce w przypadku Goldammer'a ¹⁾. Ostatnie to spostrzeżenie, jako ogłoszone w 1872 r., Hayem'owi w chwili ogłoszenia jego pracy znanem nie było.

Wreszcie Vulpian sądzi, że w niektórych przypadkach, uznanych przez Hayem'a jako *haematomyelitis*, wylew krwi mógł być pierwotnym i posłużyć właśnie jako bodziec, wywołujący zapalenie.

W przypadkach takich w istocie wyświetlenie stosunku zapalenia do wylewu krwi w rdzeniu nie zawsze jest łatwym. Nawet troskliwe badanie pośmiertne samo jedynie nie wystarcza do rozstrzygnięcia tego pytania. Dopiero zestawienie wyników badania pośmiertnego z przebiegiem klinicznym może nam sprawę wyjaśnić.

Przytoczona poniżej historyja przypadku, spostrzeganego przezemnie, da nam sposobność wykazania możliwości pierwotnego wystąpienia wylewu krwi w rdzeniu kręgowym, bez uprzedniej sprawy zapalnej, jakkolwiek z przyłączeniem się jej następczem.

Śmiech Tomasz, w wieku lat 55, woźnica, jadąc po nierównym bruku dnia 21. IX. 1883 r., o godzinie 8-iej wieczorem, podczas silnego i zimnego wiatru, poczuł nagle silny ból w okolicy kręgosłupa, poczem spadł z kozła na ziemię, wskutek wystąpienia zupełnego bezwładu wszystkich czterech kończyn. Przytomności umysłu chory ani na chwilę nie stracił, nie będąc jednak w możności ruszyć się z miejsca, został zawieszony do domu. Tutaj przebył cały następny dzień, widząc jednak, iż bezwład nie ustępuje, dnia 23. IX. po południu przybył do szpitala.

Chory opowiada, iż przed wybuchem obecnej choroby cieszył się najlepszym zdrowiem, chorób żadnych w przeszłości nie przechodził. Pijał wódkę dość często, czasami po kilka razy na dzień.

Wieczorem, w dniu przybycia chorego do szpitala, przy badaniu znalazłem co następuje:

Chory przytomny, silnie zbudowany, dobrze odżywiony, wzrostu średniego. Ciepłota ciała pod pachą 37,0° C., tętno 92 pełne, oddechanie 24 na minutę, typu prawidłowego. Chory skarży się na niemożność poruszenia się na łóżku, ruchy czynne wykonywa jedynie głową we wszystkich kierunkach, kończyny natomiast, zarówno górne jak i dolne, bezwładne. Czucie skórne i uczucie bólu również zniesione na kończynach i na tułowiu, z wyjątkiem części górnych. Przytem da się określić dość ściśle granica części tułowia i kończyn górnych, czucia pozbawionych, a mianowicie: na tułowiu z przodu na wysokości V żebra, z tyłu na poziomie VII kręgu szyjowego z obu stron jednakowo, na kończynach górnych na wysokości granicy górnej trzeciej części ramienia z dwiema dolnemi.

Ku górze od wymienionej granicy, czucie jest w zupełności zachowane. Na twarzy czucie i ruchy mięśni prawidłowe, źrenice umiarkowanie zwężone, jednakowej wielkości, oddziałują na światło. Odruchy skórne, w częściach uległych porażeniu, zniesione, natomiast odruchy ścięgniste nadzwyczajnie wzmożone. Przykurczeń mięśniowych nigdzie nie zauważyłem.

¹⁾ Goldammer, Virchow's Archiv. Tom 66, 1 Z, 1876.

Kręgosłup przy obmacywaniu i ucisku niebolesny, zbroczeń żadnych widocznych nie przedstawia.

Co się tyczy narządów klatki piersiowej, to w płucach znajdujemy nieznaczne rozsiane rżenia suche. Tętno serca czyste, uderzenia serca, zarówno jak i oddech, rytmiczne.

Wątroba i śledziona przy opukiwaniu i obmacywaniu zmian nie przedstawiają. Brzuch cokolwiek wzdęty, stolec od 3 dni zaparty, pęcherz miernie moczem wypełniony.

Łaknienie zmniejszone, język wilgotny: cokolwiek obłożony.

Jak już wyżej powiedziano, objawy poprzecznego porażenia wystąpiły u chorego odrazu bez żadnych zapowiednich znaków i przy zupełnym zachowaniu przytomności umysłu. Mając to na uwadze, w połączeniu z tą okolicznością, iż granica porażenia ruchu i czucia dała się ściśle określić i że chory wcale nie gorączkował, postawiłem rozpoznanie wylewu krwi w rdzeniu kręgowym w dolnej części szyjowej.

Wylew krwi w mózgu łatwo można było wykluczyć, z powodu zachowania przytomności umysłu, braku porażenia na twarzy i wogóle wszelkiego zajęcia głowy.

Wylewu w oponach rdzenia (*haematorrhachis*) także nie można było w tym razie przypuścić, brak bowiem było zwykłej w tych razach bolesności w okolicy kręgosłupa i brak przykurczeń w uległych porażeniu kończynach. Zaleciłem postawienia 8 pijawek po bokach kręgosłupa, na granicy części szyjowej z grzbietową, do wewnątrz dla usunięcia zaparcia stolca kalomel i olej rycynowy.

Dnia 24. IX. Ciepłota pod pachą 38,6° C., tętno 100 pełne i twarde, rytmiczne, oddech 44 na minutę, jednostajny, bardzo utrudniony. Chory przytomny, skarży się na duszność i opowiada, że ta ostatnia zaczęła go trapić dopiero około 7-mej godziny zrana. Na twarzy i kończynach sinica, stopy i ręce na dotyk chłodne. W akcji oddechania przeważny udział biorą mięśnie unoszące w górę klatkę piersiową (*mm. sternocleidomastoidei*, *mm. scaleni*), natomiast ruchy przepony bardzo ograniczone, zaledwie daje się zauważyć lekkie wypuklenie okolicy nadbrzusza podczas wdechu. W płucach słyhać liczne wilgotne rżenia, grubo i drobno pęcherzykowe. Objawy porażenia ruchów dowolnych i czucia także jak wczoraj, lecz odruchy ścięgniste w przeciwieństwie do dnia wczorajszego bardzo osłabione. Żrenice zwężone, słabo oddziałują na światło. Stolca ani moczu chory nie oddawał, pęcherz mocno moczem wypełniony. Mocz wypuściłem za pomocą cewnika, w ilości 1200 ctm. sześciennych. Ciężar gatunkowy moczu 1022, odczyn kwaśny, białka ani cukru mocz nie zawierał.

Przypuszczając wybuch ostrej sprawy zapalnej w rdzeniu, dokonałem upustu krwi z żyły w przegubie łokciowym, w ilości 10 uncyj.

Po upuszczeniu krwi tętno 104 na minutę, mniej twarde, dość pełne.

Okolo godziny 11-tej rano chory utracił przytomność umysłu. Wystąpiła różnica w stopniu ciepłoty obu połów ciała: pod lewą pachą 38,6° C., pod prawą 38,0° C., na kończynach dolnych różnica ta wystąpiła najwybitniej, lewa bowiem kończyna dolna, szczególnie goleń i stopa, była ciepłą, prawa zaś zimna. Przy

objawach zaduszenia i rozwijającego się ogólnego porażenia chory zmarł o godzinie 1-ej po południu.

Badanie pośmiertne, dokonane przez p. prosektora D-ra Przewóskiego, wykazało, co następuje:

Trup silnie zbudowany, mięśnie tęgie, na przekroju czerwone, tkanki podskórnej tłuszczowej mało. Czaszka wymiarów średnich, grubość kości umiarkowana, powierzchnia gładka. Opona twarda mózgu umiarkowanie gruba, naczynia na zewnętrznej powierzchni przepełnione krwią. Przestrzeń między oponą twardą i miękką zawiera dość wiele płynu surowiczego. Powierzchnia wewnętrzna opony twardej w okolicy obu kości ciemieniowych, wzdłuż zatoki podłużnej i ku dołowi aż do przednich i średnich dołów czaszkowych, pokryta bardzo delikatnym, miękkim, błoniastym nalotem, zawierającym dużo naczyń i mnóstwo punkcikowatych wylewów krwi (*pachymeningitis haemorrhagica interna*).

Opona miękka na powierzchni wypukłej mózgu i na podstawie cokolwiek przekrwiona. Istota mózgu na przekroju przekrwiona, sploty naczyniowe w komórkach również przekrwione. Istota mózdzku i rdzenia przedłużonego przekrwiona.

Kregosłup zboczeń nie przedstawia. Opony rdzenia, zarówno twarda jak i miękka, przekrwione.

Istota szara i biała na całej przestrzeni dla gołego oka przedstawiają się przekrwionemi. W dolnej części zgrubienia szyjowego rdzenia, na przecięciu poprzecznym w istocie białej w przedniej części tylnego pęczka z lewej strony tuż przy spoidle tylnem, znajduje się ograniczony wylew krwi w postaci czerwonawej, okrągławej, nie zmywającej się przy polewaniu wodą, plamki wielkości ziarnka konopnego. Z miejsca tego przy lekkim naciśnięciu wycieka mała ilość miękkiej czerwonawej masy. Prócz zmian powyższych, znaleziono przekrwienie i obrzęk w płucach. Inne narządy zmienione nie były. Przy dokonaniem w pracowni anatomo-patologicznej prof. Brodowskiego badaniu drobnowidzem rdzenia, po stwardnieniu tegoż w płynie Müllera, znalazłem silny stopień przekrwienia zarówno istoty szarej, jak i białej: naczynia większego i mniejszego kalibru i naczynia włosowate były literalnie zapechane czerwonymi ciałkami krwi. Prócz tego, naokoło naczyń i komórek nerwowych istoty szarej i naokoło naczyń w istocie białej, widoczne było drobnokomórkowe nacieczenie, niedochodzące jednak do wysokiego stopnia. Zmiany te były rozlane w całym rdzeniu, najwybitniejsze jednak w okolicy szyjowej i górnej grzbietowej rdzenia.

Z powodu bardzo małej objętości opisanego wyżej wylewu krwi, po stwardnieniu rdzenia, nie mogłem natrafić przy robieniu skrawków na miejsce tegoż wylewu. Ściany naczyń w rdzeniu przy badaniu drobnowidzowem zmian żadnych nie przedstawiały.

Rozpoznanie anatomiczne: *Haemorrhagia medullae spinalis in parte inferiori intumescens cervicalis, myelitis acuta, pachymeningitis haemorrhagica interna.*

Zapalenie opony twardej, wykryte dopiero przy badaniu pośmiertnem, w przebiegu klinicznym nie dawało nam żadnych objawów. I nie dziwnego, zmiany bowiem na oponie twardej były tak nieznaczne, że musimy je uważać jako zmiany, które na przebieg choroby mały albo żadnego wpływu nie wywarły i do śmierci w przypadku tym nie się przyczyniły.

Na pierwszym planie pozostaje wylew krwi w dolnej części szyjowej rdzenia i ostre rozlane zapalenie rdzenia.

Z punktu widzenia czysto anatomicznego trudno rozstrzygnąć, czy wylew krwi powstał następnie w przebiegu sprawy zapalnej, czy też był pierwotnym. Uderza jednak już ten fakt, że wylew krwi był pojedynczy, gdy tymczasem przy *haematomyelitis* należałoby się spodziewać, jak to zwykle bywa, wylewów krwi liczniejszych.

We względzie tym przebieg kliniczny dostarcza nam pewną liczbę danych, rozstrzygających o naturze pomienionego krwi wylewu.

Wystąpienie nagle, apoplektyczne porażenia poprzecznego ruchowego i czuciowego, przy uczuciu krótkotrwałego bólu w okolicy kręgosłupa, przy braku odczynu gorączkowego i wszelkich zapowiednich znaków, chory bowiem przed upadkiem z kozła czuł się zupełnie dobrze, zarówno zaś w domu, jak i pierwszego dnia pobytu w szpitalu nie gorączkował, stanowczo przemawia za tem, iż początkowo mieliśmy do czynienia tylko z wylewem krwi w rdzeniu, bez sprawy zapalnej. Ta ostatnia przyłączyła się dopiero na krótki czas przed śmiercią i zajęła rdzeń na całej jego rozciągłości.

Rozpoznanie kliniczne co do umiejscowienia wylewu krwi sprawdziło się w zupełności, dzięki możności ścisłego określenia granicy porażenia ruchu i czucia. Wolną od porażenia była głowa, okolica karku, szyi, część górna klatki piersiowej z przodu i górna część obu ramion. Przepona porażoną nie była. Wszystkie te części ciała zaopatrywane są, prócz nerwów biorących początek w mózgowiu, przez nerwy, wychodzące ze spłotu szyjowego i górnej połowy spłotu ramieniowego. Tu więc, na poziomie wyjścia korzeni nerwowych, tworzących te spłoty, rdzeń musiał być nietkniętym. Zniszczenie przez wylew krwi należało przypuścić niżej, w okolicy dolnej części zgrubienia szyjowego rdzenia, z kąd wychodzą korzenie dolnej połowy spłotu ramieniowego, dającego gałęzie do kończyn górnych i po części do tułowia.

Wobec objawów zupełnego poprzecznego porażenia, przypuszczałem obecność wylewu krwi wprawdzie ograniczonego, lecz o tyle dużego, że mógł spowodować zniszczenie w całej grubości rdzenia.

Rozbiór pośmiertny wykazał nam wylew krwi w istocie białej w pęczku tylnym z lewej strony, wielkości ziarnka konopnego, przy zachowaniu całości sąsiednich części rdzenia. Jasnem jest, iż porażenie poprzeczne wywołał tu ucisk wylanej krwi na te części. Ucisk ten spowodował przerwanie przewodnictwa rdzenia, a więc, prócz porażenia kończyn górnych, i porażenie odpowiedniej części tułowia i kończyn dolnych, a wzmocnienie natomiast odruchów ścięgnistych w porażonych kończynach.

Nie można wątpić, iż gdyby sprawa ograniczyła się tylko do opisanego krwi wylewu w rdzeniu, śmierć tak szybko by nie nastąpiła.

Drugiego dnia pobytu chorego w szpitalu, rano, widzimy u chorego odczyn gorączkowy, oddech utrudniony, częsty (poczynające się porażenie przepony), sinicę na twarzy i kończynach, odruchy ścięgniste w porażonych kończynach bardzo osłabione, trwające nadal zaparcie stolca, zatrzymanie moczu. Przytomną oś umysłu jeszcze zachowaną. Oczywiście wybucha sprawa zapalna, szerząca się

na górną część szyjową rdzenia (porażenie *nn. phrenici*) i ku dołowi. W ciągu kilku godzin zapalenie rdzenia dosięga tego stopnia rozciągłości i natężenia, że następuje porażenie wszystkich mięśni oddechowych i śmierć chorego.

Na 3 godziny przed śmiercią wystąpił ciekawy objaw nierównomiernej ciepłoty prawej i lewej połowy ciała. Objaw ten należy postawić w zależności od zmian, prawdopodobnie zaszłych w ośrodkach systematu naczynioruchowego, jak wiadomo znajdujących się w istocie szarej rdzenia kręgowego.

Zmiany w mózgowiu (przekrwienie, wystąpienie przesięku między oponami mózgu) bezwątpienia przyłączyły się w ostatnich godzinach życia, gdy równocześnie chory począł tracić przytomność umysłu. Ostre przekrwienie mózgu być może przyczyniło się do wystąpienia liczniejszych wynaczynień krwi punkcikowatych w delikatnych błonkach, już dawniej wytworzonych na wewnętrznej powierzchni opony twardej.

Uważając ostre zapalenie rdzenia w przypadku opisanym, jako następstwo podrażnienia, spowodowanego przez wylew krwi, musimy zadać sobie pytanie, co wywołało powstanie tego wylewu. Wyżej zaznaczyłem, iż ściany naczyń w rdzeniu, przy badaniu drobnowidzem, zmian żadnych nie przedstawiały. Wprawdzie miejscowego wylewu nie zdołałem zbadać pod drobnowidzem, okoliczność ta jednak zdaniem mojem nie upoważnia do zarzutów, trudno bowiem przypuścić, aby zmiany w ścianach naczyń ograniczyły się do tak małej przestrzeni, jaką wylew zajmował, przy braku wszelkich zmian w ścianach naczyń na całej rozciągłości rdzenia.

Jako przyczynę wylewu krwi pozostaje mi tylko wskazać przekrwienie rdzenia, zaszłe prawdopodobnie, jak to sam chory zaznaczył odnośnie do przyczyny swojej choroby, pod wpływem zimna i jednoczesne wstrząśnienie, któremu uległ kręgosłup podczas jazdy po nierównym bruku.

Jak to na wstępie zaznaczyłem, przypadek niewątpliwie pierwotnego wylewu krwi w rdzeniu opisał Goldtdammer. W przypadku tym u 15-letniej dziewczyny, porażenie poprzeczne nastąpiło wskutek wylewu krwi w górnej grzbietowej części rdzenia, nagle i bez żadnej widocznej przyczyny. Śmierć nastąpiła po roku wskutek odleżyn i wycieńczenia chorej. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono w górnej części grzbietowej rdzenia blizny po starym wylewie krwi i częściowe wtórne zwyrodnienie powyżej i poniżej tego miejsca pęczków tylnych i bocznych istoty białej. Zmian, wskazujących na przebytą sprawę zapalną, jako też zmian w ścianach naczyń nie znaleziono ani śladu. O wstrzymaniu miesiączki, które miało miejsce w tym przypadku, jako o przyczynie, mogącej według niektórych autorów spowodować wylewy krwi w rdzeniu, Goldtdammer, odnośnie do swego przypadku, wyraża się z wielkiem powątpiewaniem.

Spostrzeżenie to, jakkolwiek różniące się od mojego pod tym względem, iż tu nie przyszło do wybuchu ostrego zapalenia, przytaczam, jako przypadek analogiczny z opisanym przeze mnie w tym względzie, iż w ścianach naczyń w rdzeniu zmian, mogących przyczynić się do powstania wylewu krwi, również nie było.

Na zasadzie tych dwóch spostrzeżeń, możemy przyjść do wniosku, że wylew krwi w rdzeniu, wbrew zdaniu Hayem'a, a zgodnie z poglądem Vulpian'a i innych autorów, może wystąpić bez wszelkich zmian zapalnych, że zapalenie

rdzenia może dopiero następczo, wskutek podrażnienia przez wylew krwi, doń się przyłączyć, i że wylew tego rodzaju może nastąpić przy braku wszelkich zmian w ścianach naczyń rdzenia.

II. DWA PRZYPADKI RAN, DRAŻĄCYCH DO JAM CIAŁA.

Wyzdrowienie.

Podał

A. Grünbaum.

Jeśli w obecnej chwili trudno prawie znaleźć postępowego lekarza, któryby jeszcze powątpiewał o wysokiej wartości przeciwnilnego leczenia ran, to jednakże każdy ważniejszy przypadek, przemawiający jakby *ad oculos* o znaczeniu ostatniego postępu chirurgii, godzien jest, jak sądzę, ogłoszenia.

W obecnej chwili przedstawiam dwa przypadki, spostrzegane przezemnie w roku zeszłym w szpitalu cytadeli warszawskiej.

Przypadek I. Dwie rany cięte, drażące do jamy brzusznej; wypadnięcie sieci i kiszek z krózką.

K. K., 52 lat mający, dnia 21 Czerwca 1884 r. około 3 po północy, w zamiarze samobójczym, przeciął sobie brzytwą przednią ścianę brzuszną w dwu miejscach, wskutek czego nastąpiło wypadnięcie całego pęku wnętrzości.

Przy badaniu chorego w godzinę po uszkodzeniu, t. j. o 4 rano, znaleziono co następuje: Chory średniego wzrostu, prawidłowo zbudowany i dobrze odżywiany, leży w łóżku na prawym boku ze zgiętymi nogami i wypadniętymi na brudne prześcieradło trzewami. Pościel i bielizna, znajdująca się na chorym, były przesiąknięte ogromną ilością krwi. Chory przytomny, odpowiada na pytania zupełnie logicznie; skarży się na ból w ranach, czkawkę i nudności.

Upewniwszy się, że krwotok z przeciętych większych naczyń powłok brzusznych, po podwiązaniu ich, ustał, pokryto wypadłe trzewa ogrzanymi ręcznikami i zajęto się przyniesieniem, z blisko znajdującego się wyżej wspomnianego szpitala, płynów przeciwnilnych, gąbek, katgutów, potrzebnych narzędzi i przedmiotów opatrunkowych, w mieszkaniu zaś chorego przygotowano stół operacyjny, na który po zachloroformowaniu przeniesiono chorego.

Po ściślejszem zbadaniu chorego na stole operacyjnym, stwierdzono, że na przedniej ścianie brzucha znajdują się dwie rany cięte z równymi brzegami, przenikające na całą długości do jamy brzusznej; jedna z ran na wysokości pępka, długości około 24 ctm. przedstawia kierunek prostopadły do osi ciała i dzieli całą przednią ścianę brzuszną na dwie części; druga znajduje się tuż pod prawym łukiem żeberowym i ma prawie równoległy z nim kierunek, zaczyna się od wyrostka mieczykowatego a kończy się na linii pachowej prawej. Wypadły przez pierwszą ranę kłęb trzew składa się z dolnej połowy sieci wielkiej i większej części kiszek cienkich, rozdętych, pokrytych skrzepami krwi i różnymi brudami, znajdującymi się poprzednio na prześcieradle. Przez ranę przy łuku żeberowym wypadła prawa połowa poprzecznicy i górny koniec okrężnicy wstępującej. Błona

surowicza, pokrywająca wypadłe pętlice kiszek, nie przedstawia żadnych zmian chorobowych. Tętno silne, uderza 124 razy na minutę.

Oczyszczywszy dokładnie jamę otrzewnej i pętlice kiszek ze skrzepów krwi i ciał obcych, za pomocą gąbek, maczanych w letnim roztworze 2% kwasu karbolowego, przystąpiono do wprowadzenia kiszek do jamy brzusznej. Utrzymanie wprowadzonych pętlic w jamie, z powodu silnego ich rozdęcia i znacznej długości ran, nie mało przedstawiało trudności.

Sieć, кишки i krézka nigdzie nie były uszkodzone. Brzegi obu ran, pokryte gdzieniegdzie skrzepami krwi, po usunięciu skrzepów, zaczęły znowu krwawić, z tego powodu odszukano i podwiązano nawet najdrobniejsze naczynia, poczem przystąpiłem do złączenia brzegów za pomocą szwów. Na większą ranę nałożono 12 głębokich i tyleż powierzchownych, na mniejszą zaś, znajdującą się pod łukiem żebrowym, nałożyłem 5 szwów głębokich i cztery powierzchowne. Do podwiązania naczyń i do szwów użyłem katgutu, przygotowanego podług przepisu profesora Kocher'a.

Podczas wszystkich wyżej opisanych rękoczynów, dokonywanych pod chlороformem, chory miał ciągle czkawkę, co nie mało przeszkadzało do prędkiego ukończenia operacji.

Po powtórniem obmyciu skóry brzusznej za pomocą 5% roztworu kwasu karbolowego, przystąpiono do nałożenia opatrunku, ściśle przeciwnie, który utwierdziłem za pomocą bandażu z muslinu krochmalonego.

Chorego obmyto i ułożono na łóżku, na którym go przeniesiono, dla dalszej obserwacji, do szpitala. Na brzuch położyłem pęcherz z lodem, a do wewnątrz naznaczyłem lód do polykania i proszki z *aquilae albae, opii puri* à gr. $\frac{1}{4}$, co trzy godziny proszek.

Przebieg choroby był nadspodziewanie zadawalniający. Tego samego dnia o 7 rano, chory jeszcze nie zupełnie przytomny, leży jednak spokojnie i nieruchomo. Czkawka ciągle trwa jeszcze, wymioty nie powtórzyły się, ciepłota 39° C., tętno 108.

O 11 rano, chory spokojniejszy, spał pół godziny, czkawka i nudności ustaly, ciepłota 38,7° C., tętno 104. Dyjeta: co 3 godziny kilka łyżek mleka. O 6 wieczór: chory zupełnie przytomny i spokojny. W przeciągu dnia spał z przerwami kilka godzin. Przy naciskaniu na opatrunek, chory nie czuje najmniejszego bólu w jamie brzusznej. Nieznaczne odbijanie. Brzuch nie wzdęty. Wypróżnienia nie było. Mocz nie oddawał. Ciepłota 38,8° C., tętno 104. Mocz wypuszczono za pomocą cewnika.

Dnia 22 rano, ciepłota 37° C., tętno 71. Chory czuje się dosyć dobrze, bolesności nigdzie nie ma. Wypróżnienia nie było. Brzuch nieznacznie wzdęty. Odbijanie nie ustąpiło. Język obłożony i wilgotny. Pragnienie mniejsze. Łaknienie lepsze. Mocz wypuszczono za pomocą cewnika. Leczenie bez zmiany. Ciepłota 37,1° C.

Dnia 23 rano, ciepłota 36,8° C.. Chory czuje się zupełnie dobrze. Wypróżnienia nie było. *Ol. ricini* ʒj. Wieczór ciepłota 36,8° C.

Dnia 24 rano, ciepłota 36,8° C.. W nocy były dwa wypróżnienia. Łaknie-

nie lepsze. Mocz codziennie wypuszczano 2 razy. Dyjeta: kwarta mleka i $\frac{3}{4}$ funta bułki, ciepłota wieczorem 38,2° C.

Dnia 25 rano, ciepłota 38,3° C., tętno 82. Stan ogólny chorego nad wyraz dobry. Bolesności nigdzie nie ma. Wieczorem ciepłota 36,6° C..

Od 26 dnia, ciepłota ciała zawsze prawidłowa. Dyjeta nie obfita, ale pożywna. Dnia 27 opatrunek trochę się rozluźnił, wskutek czego trzeba go było umocować za pomocą nowego bandażu z muslinu krochmalonego. D. 29. VI. chory sam zaczął mocz oddawać.

Dnia 3. VII. rano, t. j. na 14 dzień po uszkodzeniu, zdjęto pierwszy raz opatrunek, przy czem znaleziono, że obie rany na całej przestrzeni zrosły się *per primam*, bez najmniejszego ropienia. Warstwy gazy jodoformowej i karbolowej, leżące bezpośrednio na ranach, przedstawiały się zupełnie suchemi. Po nałożeniu na świeże, czerwone blizny opatrunku ochraniającego, chorego, z powodu wyraźnego zбочenia umysłowego, odesłano do oddziału psychiatrycznego w szpitalu Ujazdowskim.

Przypadek II. Rany cięte drażące do jamy opłucnej. Odma piersiowa (*pneumothorax*). Wyzdrowienie.

Szeregowiec, aresztant, J. S. dnia 24. VI. r. z., o 3 ciej w nocy, grając w karty, pokłócił się z towarzyszami, przy czem został pchnięty 5 razy nożem w klatkę piersiową. O 5-ej rano przywieziono rannego do szpitala w cytadeli z silnemi objawami duszności i umiarkowanym z ran krwotokiem. Kolega dyżurny, udzielający choremu pierwszej pomocy, zatamponował rany gazą jodoformową i nałożył na klatkę piersiową tymczasowy opatrunek, chorego zaś pozostawił w położeniu siedzącym do mego przybycia.

Badając chorego o godzinie 8 $\frac{1}{2}$ rano, znalazłem co następuje: J. S. atletycznej budowy ciała i wysmienitego odżywiania, siedzi na łóżku w opatrunku, obejmującym całą klatkę piersiową; uskarża się na ból w ranach, silną duszność i częsty kaszel, przy którym wyrzuca płwocinę z domieszką krwi pianistej. Tętno mocne 86 uderzeń na minutę. Oddech częsty i powierzchowny, 36 na minutę. Wargi i koniec nosa mają odcień sinawy. Po zdjęciu opatrunku pokazało się, że chory ma na klatce piersiowej 5 ran ciętych, różnej wielkości, opatrzonych równemi brzegami. Cztery rany znajdują się na tylnej, a jedna na przedniej ścianie klatki piersiowej. Trzy rany drażą do jamy opłucnej, dwie zaś dochodzą tylko do opłucnej żebrowej. Przez trzy drażące rany, powietrze, przy ruchach oddechowych klatki piersiowej, wchodzi i wychodzi z silnym świstem, przyczem chory wyrzuca w umiarkowanej ilości pianistą krew. Dwie z ran drażących znajdują się w IX międzyżebżu; jedna na linii łopatkowej lewej, ma około 3 ctm. długości i kierunek skośny z góry i z zewnątrz na dół i ku wewnątrz, druga znajduje się z prawej strony na 3 palce ku tyłowi od lini pachowej prawej, ma 2,5 ctm. długości i kierunek poziomy. Na około tej ostatniej rany istnieje odma tkanki podskórnej (*emphysema subcutaneum*). Trzecia rana drażąca znajduje się po prawej stronie kolumny kręgowej, tuż obok wyrostka ciernistego 8 kręgu grzbietowego, ma 3 ctm. długości i kierunek pionowy, przenika do jamy opłucnej w kierunku skośnym.

Pozostałe dwie rany, przenikające przez skórę i mięśnie piersiowe do opłucnej żebrowej, znajdują się: jedna u wewnętrznego brzegu prawej łopatki nad

górnym brzegiem V żebra, a druga u prawego brzegu mostka w IV międzyżebrzu.

Przekonawszy się, że krwotok z ran sam przez się ustał, oczyściłem takowe jak również części otaczające ze skrzepów krwi i innych domieszek, za pomocą 5% roztworu kwasu karbolowego; brzegi ran złączyłem za pomocą szwu kuśnierskiego, tak, że takowe na całej przestrzeni ściśle przylegały do siebie, a klatka piersiowa została znowu niedostępną dla zewnętrznego powietrza. Do szwu użyłem i tym razem katgut, przygotowanego podług przepisu prof. Kocher'a.

Przy badaniu klatki piersiowej zauważyłem, że obie jej połowy z tyłu pod łopatkami przy oddechaniu są mało ruchome, że odgłos opukowy w tych miejscach jest wyraźnie bębniasty i nakoniec, że przy wysłuchiowaniu, brak był najzupełniej szmerów oddechowych; w powyżej zaś wymienionych miejscach z przodu odgłos opukowy jest prawidłowy a szmery oddechowe nieznacznie zaostrome.

Po powtórnem oczyszczeniu całej klatki piersiowej i osuszeniu jej, nałożyłem opatrunek ściśle przeciwnilny, obejmujący całą klatkę piersiową; opatrunek ten dla większej trwałości umocowałem za pomocą bandażu z muślinu krochmalonego. Wewnątrz naznaczyłem *morph. acet.* gr. $\frac{1}{4}$ trzy razy dziennie; za żywienie zimne mleko w niewielkich ilościach na raz.

W przeciągu całego dnia chory czuł się dosyć dobrze, duszność znacznie się zmniejszyła, ku wieczorowi było oddechów 26, tętno 84, ciepłota 38° C..

Dnia 26 rano, ciepłota 37° C., tętno 84, oddechów 24; te ostatnie są znacznie głębsze. Fizykalne badanie nie mogło być wykonane z powodu znacznej grubości opatrunku. Chory czuje się dosyć dobrze, w nocy spał kilka godzin, kaszel częsty, plwocina zawiera jeszcze znaczną ilość pienistej krwi. *Pulv. Doveri* gr. $\frac{1}{4}$ co 3 godziny proszek. Dyjeta bez zmiany. Ciepłota wieczorem $38,7^{\circ}$ C..

Dnia 27 rano, ciepłota 38° C., tętno 80, oddechów 20. Chory uskarża się na lekki ból przy głębokim wdechu. Plwocina jest mniej krwawa. Kaszel nie tak częsty, łaknienie dobre. Dyjeta: kwarta mleka i $\frac{3}{4}$ funta bułki. Ciepłota wieczorem $38,3^{\circ}$ C..

Dnia 28 rano, ciepłota $37,2^{\circ}$ C., tętno 80, oddechów 20, stan ogólny chorego bez zmiany. Ciepłota wieczorem $38,2^{\circ}$ C..

Dnia 29. Od tego dnia do zdjęcia opatrunku ciepłota, tętno i oddech były zupełnie prawidłowe. Krwawe zabarwienie plwociny z każdym dniem się zmniejszało, tak, że 1 Lipca kaszel prawie zupełnie ustąpił, a w plwocinie i śladu krwi nie było.

Dnia 5 Lipca t. j., na 11 dzień po uszkodzeniu, zdjęto opatrunek, przy czem znaleziono, że wszystkie rany zagoiły się *per primam*, bez najmniejszego ropienia. Warstwy gazy jodoformowej i karbolowej, leżące bezpośrednio na ranach, były zupełnie suche.

Fizykalne badanie klatki piersiowej, powtórzone po zdjęciu opatrunku, wykazało, że oddech pod lewą łopatką jest wszędzie pęcherzykowy, pod prawą jeszcze dosyć niewyraźny. Odgłos opukowy pod tą ostatnią łopatką ma odcień bębniasty.

Chory jeszcze przez dłuższy czas pozostawał w szpitalu dla leczenia się z przewlekłego gośca mięśniowego.

III. Przypadek urazowego potrójnego pęknięcia błony bębenkowej z zejściem śmiertelnem.

Spostrzegal i opisał

Dr Teodor Heiman

Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lekarskiego Warszawskiego dnia 17. II. 1885.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 10).

Wstrząśnienie powietrza, które w naszym przypadku sprowadziło takie spustoszenia w błonie bębenkowej, o ile się zdaje, nie rozprzestrzeniło się na twory ucha wewnętrznego; najściślejsze badanie wykazało zupełnie zachowaną wrażliwość nerwu słuchowego i nerwów błędnika, przypuścić więc należy, iż w tych częściach zaburzeń nie było wcale, lub też że trwały bardzo krótko. Doświadczenie zresztą przekonywa, że tam, gdzie przy wstrząśnieniach powietrza, błona bębenkowa ulega rozerwaniu, błędnik albo wcale nie, albo też na bardzo krótki czas ulega wstrząśnieniu ¹⁾, przez co powstaje całkowita lub częściowa czasowa głuchota.

Należy nam obecnie zastanowić się nad zejściem, a raczej nad powrotem choroby, t. j. ostrego zapalenia ropnego w uchu średnim, ze wszystkimi jego następstwami. Zwykle przerwa powstała wskutek pęknięcia lub przerwania błony bębenkowej urazowego bezpośredniego i pośredniego zrastania bez wszelkiej interwencji lekarskiej, bardzo często zaciera się nawet ślad dawniejszego otworu, przy czem nie pozostają upośledzenia słuchu. Do rzadszych zejść należy rozwój zapalenia następczego w jamie bębenkowej, takowe spotyka się mianowicie częściej przy uszkodzeniach pośrednich i najczęściej rozwija się skutkiem leczenia, będącego w takich razach zupełnie zbyt cichym i wprost szkodliwym. Lecz i w takich przypadkach, może jeszcze nastąpić całkowite wyzdrowienie, bez pozostawienia śladów podmiotowych, ni zaburzeń w słuchu. Często jednak, gdy zapalenie przeszło w ropienie, rozwija się z niego stan przewlekły ze wszystkimi następstwami. Wytwarza się znaczny otwór w błonie bębenkowej, na niej a także w jamie bębenkowej rozwija się ziarnina, a po miesiącach i latach, gdy ropienie znika, pozostaje stały otwór w błonie bębenkowej, lub też zrosty błony z ścianami jamy bębenkowej, najczęściej z *promontorium*. Zejście śmiertelne należy do wyjątków ²⁾.

W opisywanym przeze mnie przypadku o zrosnięciu bezpośredniem nie mogło być mowy, chorego bowiem widziałem w tydzień po podziałaniu przyczyny, w czasie gdy już błona i jama bębenkowa uległy zapaleniu. Przypuszczać należy, iż tu początkowe zapalenie rozwinęło się skutkiem przedostania się do jamy bębenkowej wody

¹⁾ W liczbie spostrzeganych przeze mnie chorych, u których rozwinęły się zmiany chorobowe w błonie bębenkowej lub uchu średnim, skutkiem zgęszczenia słupa powietrznego w przewodzie słuchowym zewnętrznym, raz tylko widziałem wstrząśnienie błędnika, a mianowicie w przypadku, gdzie błona bębenkowa została nienaruszoną; wstrząśnienie to powstało także po wystrzale armatnim i sprowadziło nieuleczalną głuchotę na ucho lewe i znaczne stopienie słuchu na ucho prawe. Chory, który przedtem całkiem dobrze słyszał, opowiadał, iż w chwili wystrzału „coś mu się rozlało w głowie“.

²⁾ Urbantschitsch l. c.

zimnej z okładów, w pierwszych dniach na twarz stosowanych. Po ustąpieniu zapalenia ostrego, lubo sprawa chorobowa nie przeszła jeszcze w stan przewlekły, jednak błona bębenkowa okazywała skłonność do stałego zachowania jednego otworu. Być zresztą może, że gdyby nie nastąpiło zejście fatalne, że z czasem i ten otwór zabiłby się. Ten stan jednak, w jakim się nam chory przedstawiał, gdy miał być wypisanym ze szpitala, uważać należy za zejście dość niepomyślne, gdyż błona bębenkowa nie była zagojoną; pomimo tego można było uważać chorego względnie za zdrowego. Wtem niespodzianie sprawa się odnawia i zabija człowieka w sile wieku. Cóż więc było powodem powrotu zapalenia ropnego? Jak widać z opisu historii choroby, leczenie nie mogło być tego przyczyną. Wprawdzie po zapuszczeniu ogrzanego roztworu cynku pojawiał się wyciek ropny, lecz ten również szybko znikał, nie zostawiając śladów podrażnienia, ani na błonie, ani też w jamie bębenkowej; niema zresztą przykładu, aby wstrzyknięcie roztworu ściągającego, lub nawet przypalenie brzegów rany i obmycie jej natychmiastowe roztworem soli kuchennej, mogło stać się powodem śmiertelnego zapalenia ucha średniego. Prawdopodobnie przyczyną powrotu choroby było zimne powietrze, jakie przedostało się do jamy bębenkowej przy przechadzkach chorego po podwórzu szpitalnem. Mając być wypisanym, uważał się za zupełnie zdrowego, nie zwracał uwagi na zalecenie moje, aby ciągle ucho miał zatkane watą. Tam gdzie już istnieje ropienie w uchu, rozwój następstw śmiertelnych dla ustroju nie trudnym jest do wytlómaczenia; jakkolwiek praktyka wykazuje, iż zejście śmiertelne w zapaleniach ostrych ropnych ucha średniego należy do rzadkich, o przypadkach podobnych wspomina Toynbee, Schwartze, Wendt, Chimani i Prout.

W podobnych razach śmierć następuje skutkiem ropnicy, zapalenia mózgu lub opon mózgowych, ropni mózgowych, zakrzepów w zatokach czaszkowych lub nadżarcia tętnicy szyjowej. Zmiany te wywołane zostają przez ostre próchnienie ścian jamy bębenkowej (Toynbee) lub wyrostka sutkowego, przyczem ropienie przechodzi na jamę czaszkową, jej zatoki lub tętnicę szyjową. Miałem sposobność przed dwoma laty spostrzegać w praktyce szpitalnej przypadek śmiertelny ostrego ropnego zapalenia ucha średniego. Śmierć nastąpiła skutkiem zakrzepu i ropnicy. Sekcyjna wykazała ograniczone próchnienie ściany dolnej jamy bębenkowej. Gruber, lubo uważa wszelkie zapalenia ropne ucha środkowego za groźne dla życia, zalicza wszelako śmierć do zejść wyjątkowych; najczęściej zdarza się ona u osób dotkniętych przymiotem, zolżami lub gruźlicą. O zejściach śmiertelnych, powstałych po zapaleniach skutkiem urazu, żaden z autorów nie wspomina; jeden tylko Urbantschitsch przypuszcza możebność takiego zakończenia, o czem wyżej wzmiankowałem. Dla czego w naszym przypadku rozwinęło się tak niepomyślne zejście zapalenia ropnego, pomimo, iż próchnienia kości nie było? Niepodobna przyjąć nic innego, jak tylko, że do ucha, w którym sprawa ropna się odnowiła, dostały się zarazki septyczne (mikroorganizmy). O dostanie się ich do ucha w szpitalu i to w sąsiedztwie oddziału chirurgicznego, nie trudno; pierwiastki te przeszły prawdopodobnie wraz z ropą przez liczne małe otworki, znajdujące się w blaszce kostnej, mieszczącej się między wyrostkiem sutkowym, a zatoką poprzeczną, przez które, jak wiadomo, przechodzą żyły

wyscielające błonę śluzową wyrostka sutkowego i wlewające się do zatoki poprzecznej (Politzer). O podobnym sposobie rozszerzania się sprawy chorobowej mówi też i Trölt sch ¹⁾; zwraca on uwagę, że ropienie ucha nie koniecznie potrzebuje wywołać próchnienie kości skroniowej, ażeby nastąpiło zejście śmiertelne. O kilka wierszy niżej tenże autor powiada. „Jeżeli błona wyscielająca ucho zewnętrzne lub średnie, podlega zapaleniu, to łatwo ztąd powstają sprawy chorobowe w naczyniach kości skroniowej, które bądź to przez zawartość naczynia bądź to wzdłuż jego ścianek rozprzestrzeniają się ku oponie twardej i tam sprowadzają wtórne sprawy chorobowe jako zapalenia, lub zakrzepy“. Już Bonnafont (l. c. 497) powiada: „*Meningocephalitis* nie zawsze wywołane jest przez próchnienie kości, niekiedy zapalenie przechodzi na te części bądź to przez naczynia łączące, bądź przez bezpośrednie połączenie naczyń jamy bębnekowej z oponą twardą, bądź też przez przewód słuchowy wewnętrzny.

Gdy u chorego rozwinęła się gorączka, umiarkowany ból głowy, wymioty i zaparcie stolca, rozpoznanie właściwego stanu rzeczy przedstawiało w pierwszych dniach pewne trudności, albowiem objawy te, albo budzą podejrzenie, iż poczyną się groźna dla życia chorego sprawa chorobowa, zdarzają się wszelako dość często przy ostrych zapaleniach ropnych ucha średniego, kończących się zupełnym wyzdrowieniem. Gdy te objawy wszelako nie ustępowały, a niektóre z nich znacznie się wzmogły, gdy tętno uległo znacznemu zwolnieniu, pomimo dość wysokiej gorączki, nie ulegało wątpliwości, że sprawa chorobowa przeszła do jamy czaszkowej. Lecz rozpoznanie właściwej postaci nie było tak łatwym. Sądząc z objawów, podejrywać można było, iż rozwija się ograniczone zapalenie ropne opony twardej, lub też, iż w tem miejscu, lub też w samej istocie mózgowej wytwarza się ropień. Wszelako zupełnie zachowana przytomność, trwająca niemal aż do śmierci, brak objawów mózgowych w sferze czuciowej i ruchowej, pozorne krótkotrwałe polepszenie, podniesienie się nadmierne ciepłoty, o ile mi wiadomo nie napotkane przy żadnem cierpieniu mózgowem, pomimo pewnych oznak wskazujących na współudział mózgowia w sprawie chorobowej, zmusiły mnie wszelako do wykluczenia takowego; to też opierając się na silnym dreszczu, i na objawach tylko co wymienionych, przyjąłem zakrzep w zatoce poprzecznej, wywołany przez zapalenie jej ścianek, zakrzep zawierający pierwiastki septyczne, które dostawszy się do krwi obiegu sprowadziły ropnicę. Być też bardzo może, że te same pierwiastki, które przeszły do zatoki poprzecznej, po części uniesione prądem krwi jednocześnie sprowadziły ropnicę. To ostatnie wydaje mi się jednak mniej prawdopodobnem, ze względu na dzisiejsze poglądy o wpływie zakrzepów w zatokach mózgowych.

Na zależność zakrzepów od wycieków usznych zwrócono najprzód uwagę w Anglii i stan ten objaśniano zapaleniem zatok mózgowych i żył szyjowych. W Niemczech pierwszy Lebert ²⁾ zwrócił uwagę na te częste następstwa zapaleń uszu i starał się wykazać, że pod wpływem zapalenia ścianek zatok, sprawa

¹⁾ L. c. 403. Wyd. 7-e.

²⁾ Lebert, Ueber Entzündung der Hirnsinus. Virchow's Archiv. Tom IX. 1855.

chorobowa idzie albo ku mózgowi, albo ku płucom (*pyaemia?*). Według dzisiejszych pojęć, w patogenezie choroby najważniejszym czynnikiem jest nie zapalenie ścianek zatoki, lecz zakrzep, przechodzący na zatoki z małych żyłek, zawierających produkty gnilne, które przechodzą do krwi obiegu. Według Virchow'a zatoki mózgowe i łączące się z nimi naczynia włosowate dają — po żyłach miednicy i kończyn dolnych — najpomyślniejsze warunki dla zakrzepów i to nam właśnie tłumaczy względną ich częstość przy wyciekach ropnych.

Rozpoznanie zakrzepu, podług Politzer'a, może być tylko prawdopodobnem, a wtedy dopiero jest stanowczem, gdy wyczuwa się twardy sznur w żyłe szyjowej. Opierając się na spostrzeganych przezemnie dotąd 13 przypadkach ¹⁾, sprawdzonych badaniami pośmiertnemi, gdzie przyczyną śmierci były najróżnorodniejsze choroby następce mózgu, jego opon i zatok, ośmielam się twierdzić, iż rozpoznanie stanowcze zakrzepu zatoki poprzecznej może być zrobionem i bez istnienia zakrzepu w żyłe szyjowej. Gdy chory z wyciekami ropnym z ucha bądź ostrym, bądź przewlekłym, któremu towarzyszy próchnienie kości skroniowej, lub nie, zacznie się skarżyć na ograniczony ból głowy w okolicy skroniowej lub potylicowej, kilkakrotne silne dreszcze, gdy się ciepłota znacznie podniesie, gdy te objawy na krótki czas znikają i znowu powracają, gdy przytem przytomność umysłu zupełnie jest zachowaną, gdy istnieje ograniczony obrzęk przewodu słuchowego zewnętrznego w części jego kostnej ²⁾ w postaci podobnej do opadnięcia ściany górnej ³⁾, na pewno niemal możemy rozpoznawać zakrzep zatoki poprzecznej i takiego chorego uważać należy za straconego. Niektórzy podają przypadki wyjątkowe, gdzie w podobnych razach nastąpiło wyleczenie (Prescote-Hewets, Sédillot, Wreden). Według Politzer'a rozpoznania i w tych razach nie można uważać za stanowcze, gdyż objawy, czyniące prawdopodobnym zakrzep zatoki poprzecznej, nawet tam gdzie istnieją przerzuty w stawach i płucach (Prescote-Hewett), mogą także być wywołane przez bezpośrednie przejście do krwiobiegu pierwiastków septycznych z przestworów kości skroniowej, a zatem nie można z pewnością twierdzić, iż chorzy wyleczyli się z zakrzepów. Sądzę wszelako, iż ropnica czysta, bądź co bądź w początkach wyróżnia się od ropnicy, towarzyszącej zakrzepowi zatoki poprzecznej, o czem obserwacja przy łóżku chorego różnych form następnych śmiertelnych, rozwijających się w przebiegu cierpienia ucha średniego, przekonać nas może. Tu jeszcze dodam, iż w spostrzeganych przezemnie przypadkach, gdzie tylko była ropnica istniał także i zakrzep. Nasuwa się wreszcie jeszcze pytanie, dlaczego w danym przypadku wytworzył się zakrzep, w innych razach znowu rozwija się zapalenie opon mózgowych lub mózgu, lub też ropień mózgowy? Pod tym względem, opierając się na spostrzeganych dotąd przezemnie przypadkach chorobowych śmiercią zakończonych, pozwolę sobie wypowiedzieć następujące przypuszczenie: gdzie

¹⁾ Przypadki te kiedyindziej szczegółowo opiszę.

²⁾ Objaw ten kilkakrotnie miałem sposobność pokazywać konsultantowi D-rowskiemu i uważam go prawie za patognomoniczny dla zakrzepu; sekeyja zawsze stwierdziła rozpoznanie zrobione za życia. W obecnym przypadku istniał nieznaczny obrzęk.

³⁾ To ostatnie spostrzegalem wyłącznie przy próchnieniu kości.

sprawa chorobowa jest ostrą, lub gdy przewlekła zaostrzyła się nagle, gdy kość skroniowa jest zdrową lub przynajmniej pozornie zdrową, t. j. próchnienie jest bardzo ograniczone i powierzchowne, a przytem nie ma warunków tamujących odpływ ropy z ucha, a zatem *eo ipso* są pomyśne warunki dla przyjęcia z powietrza pierwiastków septycznych ¹⁾, tam częściej rozwija się zakrzep i ropnica, a to na mocy wspomnianego powyżej orzeczenia Virchow'a. W sprawach przewlekłych, gdzie próchnienie bądź to wyrostka sutkowego, ścianek jamy bębnekowej, bądź innych części kości skroniowej najczęściej dosięga znacznego stopnia, gdzie naczynia krwionośne jamy bębnekowej już uległy znacznym zmianom, gdy przetrzeń zaś między oponą twardą i jamą bębnekową jest albo przerwaną, albo też nader nieznaczną, gdy nadto są warunki utrudniające odpływ wydzieliny na zewnątrz, niestety tak często napotykanego w przewlekłych sprawach ropnych ucha średniego w postaci obrzmiń przewodu słuchowego zewnętrznego, opadnięcia jego ściany górnej, ziarniny, mas cholesteatomowych, wtedy ropa nie mogąc swobodnie odpływać, wylewa się bezpośrednio pod oponę twardą, sprowadzając jej zapalenie a także zapalenie samego mózgu, lub też swoją obecnością *per contiguitatem* wpływa szkodliwie na twory mózgowie, lub też nareszcie przez przewód słuchowy wewnętrzny, wzdłuż nerwu słuchowego, przechodzi do jamy czaszkowej. A ponieważ przy tem dostają się niekiedy do krwi obiegu pierwiastki septyczne, to nam tłómaczy, dla czego przy sprawach chorobowych następujących opon i samej istoty mózgu zdarzają się zakrzepy zatok mózgowych, czyli formy złożone.

NOTATKI LEKARSKIE.

4. Sporysz przy ostrym ogólnym wyprysku. (*Eczema acutum universale*).

Leczenie ostrego wyprysku prawie nie istnieje; najbardziej rutynowani dermatolodzy radzą zachowywać się jaknajbierniej. Obsypujemy więc chorego tym lub owym pudrem i czekamy, aż przejdzie ostry okres. Wyprysk tymczasem może posunąć się lub przeskoczyć dalej, powstrzymać go nie umiemy; kto przyjrzał się mękom, jakie przebywa chorey dotknięty rozlanym wypryskiem, przyznać musi, że wobec takiego stanu terapii położenie lekarza bardzo jest przykre. Sądzę, że na uwagę zasługuje każdy, choćby drobny, przyczynek do tej kwestyi.

W jesieni roku zesz. zgłosił się do mnie p. J. P., przysłany przez kol. Bięgańskiego. Chory, lat 40 mający, jest dobrze odżywiany; w moczu stały nadmiar kwasu moczowego; stałe zaparcie stolca; wielokrotnie leczył się wodą Marienbadzką. Z powodu dystorsyi prawego stawu golenio-stopowego stosowano miejscowe pędzlowanie nalewką jodową. Stan skóry jest następujący: skóra prawej goleni obrzmiąta i zaczerwieniona, mocno świerzbi; podobnie, choć w słabszym stopniu, zmieniona jest skóra lewej goleni (nie pędzlowana jodyną). Uszy są obrzękłe i mocno czerwone, bolą i bardzo są wrażliwe na wiatr. Przelotne swędzenie w twarzy i górnych kończynach.

¹⁾ Antyseptyka ucha dotychczas przynajmniej nie może być tak obszernie i dokładnie stosowaną jak w Chirurgii. Najglówniejszą ku temu przeszkodą, jest sama budowa narządu słuchowego.

Rozpoznanie nie ulegało wątpliwości: na prawej nodze pędzlowanie jodyną wywołało sztuczny wyprysk (*eczema erythematosum artificiale*), który przeskoczył na skórę lewej nodze i na uszy. Było również niewątpliwem, że mieliśmy tu do czynienia z wypryskiem, który w każdej chwili może stać się ogólnym, rozlanym.

Już przy tak nieznacznym zajęciu skóry, chory czuje się niedobrze, pozbawiony jest snu i łaknienia, doznaje dreszczyków; ciepłota ciała nieco podniesiona, język obłożony. Chory jest mocno rozdrażniony, niespokojny.

Przewidywania ziściły się. Już w ciągu następnych dwu dni, cała twarz mocno obrzmiała i zaczerwieniła się; wyprysk na dolnych kończynach mocniej się rozwinął, uszy mocno obrzękłe, zaczęły się ślimaczyć (*eczema madidans*). W ciągu następnych paru dni zjawiają się na kończynach górnych i gdzie indziej na klatce piersiowej wysepki obrzmiałe, czerwone i swędzące; wysepki te powstają bardzo szybko i po upływie doby, lub więcej, znikają. Wogóle cała sprawa ogranicza się do ostrych nacieczeń, w części trwałych w części przelotnych, a obejmujących całą grubość skóry; naskórek zostaje nienaruszonym, z wyjątkiem uszów, gdzie wysięk przedziera się na zewnątrz.

Przypadek niniejszy służyć może jako jeden z typów ostrego rozlanego wyprysku. Uszy stanowiły tu wyborny sprawdzian stanu chorego; każde pogorszenie lub polepszenie się sprawy odbijało się na nich z zadziwiającą ścisłością.

Miałem przed sobą oczywiście osobnika usposobionego do wyprysku, bo czyżby inaczej podrażnienie chemiczne skóry na drobnej przestrzeni mogło wywołać zapalenie w odległych okolicach skóry. Z osobników, u których miejscowo stosujemy środki drażniące (gorczycę, jod, i t. d.), niezmierny drobny tylko odsetek ulega ogólnym wypryskom. Od czego zależy owe usposobienie? Jest to punkt, na który niepodobna obecnie dać ścisłej odpowiedzi.

Francuzcy dermatolodzy wcielają to usposobienie w pewne skazy i ogólne cierpienia, w części istniejące (dna, zołzy) w części nieistniejące („herpetisme“ Bazin'a). Wiedeńska szkoła zajmuje się wogóle tem ważnym pytaniem dość mało; do wewnętrznych przyczyn wyprysku zalicza ona zaburzenia w czynności narządów płciowych i trawienia, a do pewnego stopnia inne cierpienia ogólne i miejscowe, o ile one wywołują niedokrwistość i osłabienie. Ale i tu nasuwa się prosta uwaga, że z ogromnej np. liczby osób cierpiących na niezbyt żołądka lub kiszki, tylko niezmiernie drobna część ulega wypryskowi.

Brakuje nam więc i tutaj jednego ogniwa. Możemy nazwać je usposobieniem, ale wyraz ten nie nie wyjaśnia. Jako objaw usposobienia widzimy przed sobą ten szczególny stan skóry; tę podobliwość na czynnik ruchu, która stanowi jedyny fakt namacalny; istotnych przyczyn tego stanu nie znamy, różnice w poglądach są zbyt rażące.

Trzymając się praktyki, zaleciłem choremu możliwy spokój i obfite pudrowanie całej skóry mączką, co nie przyniosło jednakże choremu żadnej ulgi. Zastosowałem więc po upływie dwu dni ciasto salicylowe Lassar'a ¹⁾, które przynajmniej w pewnym stopniu zmniejszyło swędzenie i naprężenie skóry ²⁾. Do wewnątrz podałem sól karlsbadzką i bromek potasowy w dawce 4,0—5,0 dziennie, sądząc, że tym ostatnim środkiem zdołam choć w części stłumić ów trudny do opisanego niepokój, stale towarzyszący rozlanemu wypryskom. Pomimo tych środków jednak wyprysk posuwał się dalej, jak to wyżej opisałem; chory spędzał noce w niespokojnym półśnie i wysilał cały zasób woli, by nie rozdrapywać chorej skóry. Widząc bezskuteczność tych środków, postanowiłem działać wprost na

¹⁾ Rp. *Ac. salicyl.* 2,0
Oxydi zinci, Amyli ana 25,0
Vaselini 50,0.

²⁾ Patrz O. Lassar, Ueber Salicyl-pasten (*Monatsh. f. Dermatologie*, 1883. Nr. 4), A u s p i t z, Aphoristisches über Behandlung d. Eczeme. (*Wien. M. Woch.* 1883. Nr. 30, 31).

rozszerzone naczynia skóry. Mógłbym tu użyć zimna, ale skóra wypryskowa źle je znosi, prawdopodobnie wskutek następczego odczynu. Podałem więc sporysz ¹⁾.

Skutek był oczywisty, tak dla mnie jak i dla chorego. Nazajutrz zaczęły już błędnie wypryskowe miejsca kończyn górnych i od tej chwili poprawa postępowała bez przerwy. Pierwsze wróciły do zupełnego zdrowia kończyny górne, następnie dolne, w końcu twarz; najpóźniej ustąpił wyprysk z uszów. W parę miesięcy później, z powodu długiej jazdy przy mocnym wietrze, zjawiała się nieznaczna recydywa na uszach, która pod ciastem salicylowym w ciągu paru dni ustąpiła.

Ergotyne w dużej dawce stosował Lewin w przewlekłym wyprysku ²⁾. Ale już *a priori* wydaje się wątpliwym wpływ ergotyiny na przewlekłe, głębsze zmiany w skórze. Lewin stosował tu jednocześnie silne miejscowe środki (dziegoć i t. d.) i twierdził, że środki te działają stosunkowo prędzej, jeśli jednocześnie podawać ergotyne.

Inni klinicyści nie mogli jednak zauważyć wpływu ergotyiny (Köbner). W czasie pobytu mego na wiedeńskiej klinice skórnej, próbowano także stosować ergotyne. Tak np. opatrywano maścią dyjachylową białą jedną z kończyn górnych, zajętych przewlekłym wypryskiem, drugą zostawiono bez środków miejscowych, do wewnątrz zaś chory przyjmował ergotyne. Wyprysk na opatrzonej maścią kończynie wkrótce już znacznie się zmniejszył, na drugiej został bez widocznej zmiany.

Głównem, a najczęściej jedynem, wskazaniem przy leczeniu przewlekłego wyprysku jest usunięcie przewlekłych zmian zapalnych w skórze za pomocą mniej lub więcej energicznych środków miejscowych; jesteśmy w tych przypadkach panami położenia. Wyjątek stanowią te przewlekłe ogólne wypryski, które składają się właściwie z rzędu ostrych recydyw; wypryski te gorzej znoszą środki miejscowe.

Sądzę, że właściwem dla sporyszu polem mogą być tylko ostre rozlane wypryski, a z przewlekłych tylko rozlane z ostremi nawrotami. Wywołując zwięźnienie rozszerzonych naczyń skóry, mogliśmy nie tylko przerywać powroty wyprysku, ale może też je uprzędzić. Czy siłę tę posiada sporysz i w jakim stopniu, rozstrzygnąć mogą tylko spostrzeżenia nad znaczną ilością odpowiednich przypadków.

Funk.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

16. Prof. D-r Monti. O starych i nowych sposobach leczenia przymiotu wrodzonego.

Że leczenie przymiotu wrodzonego wymaga wielkiej troskliwości, o tem dziś nikt nie wątpi, nie bacząc na to, że pojedyncze przypadki tego rodzaju przebiegają jedynie przy odpowiednich warunkach dyjetetycznych, z równą ilością powrotów i jednakowemi chorobami następczemi co i przypadki leczone. Niektórzy używają wcierań i posługują się w tym celu: maścią szarą, oleinijanem rtęci, plastrem muslinowym Bayerdorfa i Unny, lub wreszcie mydłem rtęciowem. Chwalona maść szara (w dawce od grm. 5—8—16 (0,30—0,50—1,00) prędko jęlczeje i wtedy bardzo łatwo powodować może tworzenie się wyprysków; z tego też powodu radzą posługiwać się przetwo-

¹⁾ *Pulv. secali corn. sine oleo* 3 razy dziennie po 0,70 — 1,0.

²⁾ Berl. Klin. Woch. 1881. Nr. 2, posiedzenie Tow. lek. Berl. z dnia 27 Paźdź. 1880.

rem, przyrządzanym z benzoese, wedle przepisu Leboefa. Olenian rtęci poleca Venot, Martal, Vajda, Berkley, Hill i Nega. Martall używa 5% roztworu, Vajda i Nega zadają gr. 8—16 (0,5—1,00) dziennie. Płaster Unny przytwierdza się za pomocą przepaski do danego miejsca i pozostawia na 5—6 dni, poczem chory bierze ciepłą kąpiel, a świeży kawał plastra przymocowuje się w innym miejscu. Powtarza się to tak długo, dopóki nie znikną objawy przymiotu. Mydło rtęciowe zachwalają przy leczeniu dorosłych; Monti nie stosował go u dzieci, sądzi wszelako, że dawka dzienna wynosićby mogła gr. 8—16 (0,5—1,00). Pomijając mydło rtęciowe, co do którego autor nie posiada własnego doświadczenia, najodpowiedniejszym z tych przetworów wydaje mu się być olenijan rtęciowy. Najmniej on bowiem drażni skórę, chociaż i tak często bywa przyczyną wyprysków, rumieni (*erythema*) i t. p. objawów. Dodatnią stroną metody leczenia przy pomocy wcierań jest pewność działania, przyczem dzieci nie doznają objawów podrażnienia błony śluzowej ust i nie miewają śnotoku. Jednakże w ten sposób wprowadzamy zwykle do ustroju w krótkim czasie znaczną ilość rtęci, co zarówno u noworodków jak i ssawców stać się może przyczyną gwałtownie rozwijającej się niedokrwistości, grożącej obrzękiem mózgu i płuc. U dzieci tak leczonych, przypadki nagłej śmierci są bardzo częste i z tego powodu Monti w ostatnich latach wcale się tą metodą nie posilkuje. W dodatku, nie bacząc na odpowiedni sposób żywienia, dzieci bardzo niedostatecznie przybierają na wadze, a wpływ samej kuracji na czas trwania choroby, jej powroty i cierpienia następcze jest żaden.

II. Daleko właściwszem jest podawanie kalomelu z następnem użyciem jodku żelaza z cukrem. Monti z korzyścią zalecał ten przetwór jeszcze w klinice Widerhoffer'a, a potem w swym oddziale poliklinicznym. Dzieci znoszą kalomel bardzo dobrze, wszelako należy go podawać długo i przy każdym powrocie, skutkiem czego rozwija się również niedokrwistość, która chociaż nie tak prędko powstaje, grozi wszelako temż następstwami, o których mówiliśmy nieco wyżej. Z tego powodu trzeba kalomel podawać w dawkach małych i zawsze z żelazem. (*Calomelanos* gr. jß, *Ferri lactici* gr. jiiij, *Sachari* Əjiv *div. in p. aequales* Nr. x, S. 1—4 proszków dziennie). Podawać należy długo, dopóki objawy choroby nie znikną, a w razie niedokrwistości przejść do żelaza. Chcąc osiągnąć wyleczenie przymiotu w ciągu 2 pierwszych lat życia, najlepiej łączyć podawanie kalomelu z zażywaniem jodku-żelaza. Monti podaje najpierw kalomel z mleczanem żelaza, dopóki nie znikną objawy choroby, potem zaś poleca. *Ferrum jodatum sacchar* po 1½ gr. (0,1) 1—3 proszków dziennie, póki skóra nie odzyska zdrowej barwy. W razie powrotu wraca się znów do kalomelu. Przy takim leczeniu, powroty są rzadkie, wyleczenie następuje prędzej, a dzieci rozwijają się dobrze. Podskórne użycie kalomelu ma swoje ściśle wskazania, mianowicie gdy idzie o prędkie usunięcie groźnych dla życia objawów, gdy kanał pokarmowy nie pozwala zadawać kalomelu do wewnątrz, lub też gdy obawiamy się wywołać podrażnienia dróg pokarmowych, mianowicie u dzieci sztucznie karmionych. Autor przepisuje: *calomelanos* gr. viii—xvi (0,5—1,00), *mixt. gumosae, glicerini ana* Əiv (5,00). Ds. ½—1 szprycki na raz zadać. Roztwór należy przygotować za każdym razem świeżo; wstrzykiwać pod skórę grzbietu lub piersi, co 2-gi lub 3-ci dzień. Często tworzą się nacieczeniem i ropnie, a wyzdrowienie nie następuje prędzej niż przy używaniu tegoż preparatu do wewnątrz.

III. Do najlepszych środków należy sublimat, który dzieci, jeśli tylko nie zadługo podawanym im będzie, znoszą jaknajlepiej. Monti zadaje dziennie po jedzeniu 2—4 łyżeczek następującego roztworu: *merc. sublim. corr* gr. ¼ (0,01) *aq. destill.* ʒj ʒijijß (40), *syr. simplicis* ʒjijß (10,00). Przy dłuższem użyciu, występują objawy podrażnienia żołądka, a nawet i kiszek, co Archambault radzi łagodzić przy pomocy małych dawek makowca (1—2 kropel). Sublimat bardzo często używanym bywa jako dodatek do kąpiele. W tej formie chwali go

Bäumler, a Bagiński tylko nim się posługuje. Zwykle bierze się w tym celu gr. vjjj (0,5) sublimatu, czasem dodaje się nieco salmijaku, lub soli kuchennej. Wedle Monti'ego, nie bacząc już na to, że czasami kaszel nie pozwala na używanie kąpeli, to i tak leczenie zwykle trwa bardzo długo, dłużej niż przy zadowaniu kalomelu, z tego powodu kombinuje on oba sposoby i równocześnie kąpie w sublimacie i daje kalomel do wewnątrz.

Najlepiej da się stosować sublimat podskórnie (*merc. sublim. corr.* gr. iß (0,10), *aq. dest.* ʒiij (10,00), *natri chlorati* gr. vjj (0,4). Ds. $\frac{1}{2}$ —1 szpryki na raz wstrzyknąć, do czego płyn wypada najmniej co 2—3 dni przygotować. Wstrzykiwania na klatce piersiowej lub brzuchu robi się codziennie, lub co drugi dzień. Zwykle potrzeba w ciągu 2 lat powtarzać wstrzykiwania 4—8 razy, za każdym razem przez 5—20 dni z rzędu. Objawy przymiotu znikają prędzej niż przy innych sposobach leczenia, odżywianie dzieci cierpi bardzo mało, często jednakże tworzą się nacieczenia i ropienie w tkance łącznej podskórnej. Z tego powodu Monti używa sublimatu podskórnie tylko w razie chorób dróg pokarmowych, lub gdy idzie o rychłe usunięcie groźnych dla życia objawów.

IV. Do podskórnych wstrzykiwań gorąco zaleca Bamberger białkan rtęci (*Quecksilber-albuminat*). W przypadkach Monti'ego, dzieci przybierały na wadze, w miejscu zastosowania powstawały objawy odczynu mniejsze jak po sublimacie, a również prędko jak przy jego użyciu znikwały groźne objawy. Sam przetwórz wszelako jest nietrwwały.

V. Toż samo powiedzieć można o peptonianie rtęci, (*Quecksilber-pepton*), używanym przez Bamberger'a, Kaspar'a, Martineau. Przetwórz ten jest nieco trwalszym niż białkan rtęci, pomimo tego Monti zmuszony był zaniechać używania go, głównie z powodu niechęci, jaką żywią matki do wstrzykiwań podskórnych.

VI. W tymże celu Liebreich zalecał roztwór 1% formamidu rtęci. U dzieci przetwórz ten trudno stosować; wstrzykiwania są nader bolesne i często następstwem ich bywa tworzenie się ropni.

VII. Wielu autorów zaleca jodek rtęci (*protojoduretum hydr.*) gr. $\frac{1}{6}$ —gr. $\frac{1}{4}$ (0,01—0,015), 2—3 razy dziennie. Monti podaje ten środek wraz z mleczanem żelaza (jak kalomel) i chwali go szczególnie przy cierpieniach kości; łatwo wszelako powstają napady kolek i nieżyty kiszki i z tego powodu jodek rtęci nie może wytrzymać porównania z kalomelem.

VIII. Henoch znów podaje na równi z kalomelem *hydrargyrum oxydulatum nigrum* $\frac{1}{6}$ gr. (0,01) 2 proszki dziennie. Przetwórz ten łatwo wywołuje wymioty.

IX. Opierając się nader zachęcających wynikach prób Lustgarten'a, stosował autor w 12 przypadkach *hydrargyrum tanicum oxydulatum* Ludwiga po $\frac{1}{6}$ — $\frac{2}{3}$ gr. (0,01—0,04) 2—4 razy dziennie. Wszystkie dzieci nosiły ten lek wybornie, u żadnego też z nich nie pojawiły się zaburzenia w trawieniu. Objawy przymiotu znikwały prędko i pod tym względem środek ten winien być postawionym obok kalomelu, sublimatu i jodku rtęci, od których tem bardzo korzystnie się wyróżnia, że nie psuje trawienia. Odżywianie leczonych nim dzieci bynajmniej nie podupada.

X. Nie ulega dziś wątpliwości, że i przetwory jodowe mogą, chociaż działają powolniej, być z korzyścią stosowane przy leczeniu wrodzonego przymiotu. Monti stosował jodek potasu i jodek żelaza. Co do działania jodoformu, to nie posiada on dowiadeczenia. Pierwszy z tych środków zadaje w 1% roztworze, od 3—6 łyżeczek dziennie, zależnie od wieku dziecka. Równocześnie stosuje kąpiele z dodatkiem ʒv—ʒij (20,0—50,00) jodku potasu. Sposób ten leczenia wrodzonego przymiotu uważa autor za najmniej właściwy. Nie bacząc już bowiem na powolne nader znikanie objawów chorobowych i brak wszelkiego wpływu na powroty choroby, dzieci chudną prędko, dostają wyprysków na udach i pośladkach (z powodu zwią-

kszonej ilości wydzielanego moczu) a przytem łatwo bardzo wystąpić mogą objawy otrucia. O wiele odpowiedniejszym jest jodek żelaza (*ferrum iodatum sacch.*) Dzieci znoszą go w odpowiedniej dawce wybornie, przyczem nigdy, przy właściwym podawaniu, nawet po miesięcznym zażywaniu nie pojawiają się objawy otrucia (*iodismus*). Wygląd dzieci prędko się poprawia, a chociaż objawy znikają bardzo powoli, (jodek żelaza podawać należy tylko w razie braku groźnych zaburzeń) i czas zażywania jest dłuższym niż przy leczeniu merkuryjalnym, to jednakże nie rozwija się wcale niedokrwistość, a przeciwnie pod koniec leczenia dzieci wyglądają wysmienicie. Na powroty i choroby następcze jodek żelaza wpływu żadnego nie wywiera. *Monti* przepisuje go zawsze w proszku, syrop bowiem łatwo wywołuje nięzyt kiszek. Dzieci do 6 tygodni dostają, 2—3 razy dziennie, po $\frac{1}{3}$ gr. (0,02), dzieci starsze (do 12 tygodni) biorą też dawkę 4—6 razy dziennie. Dzieciom od 3 miesięcy do 1 roku zadaje M. 3—4 razy dziennie po $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ gr. (0,03—0,04) zawsze w mleku, podczas karmienia. *L. Anders.*

(*Arch. für Kinderheilkunde. Tom VI, zeszyt I.*)

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Z powodu braku miejsc w tutejszych szpitalach, otworzono w zeszłym tygodniu zapasowy szpital na Woli (w ogrodzie Ohm'a). Ordynatorem takowego został miejscowy lekarz *D-r Ruppert*.

Berlin. Z okazji nieporozumienia pomiędzy tutejszym uniwersytetem a ministrem oświaty *Gosslerem*, *ex re* zanonimowania profesorem dermatologii protegowanego przez ks. *Bismarka* — *D-ra Schweninger'a*, gazety lekarskie przypominają, iż przed 69 laty miały miejsce 2 podobne zajścia, wywołane również protekcyjną ówczesnego kancelarza Prus księcia *v. Hardenberg'a*. Mianowicie w r. 1816 zamianował tenże wbrew woli uniwersytetu profesorem (fizjologii) *D-ra Koreff'a*, a w 7 miesięcy później *D-ra Wolffa* (profesorem patologii i terapii).

Lipsk. Długoletni asystent *Cohnheim'a*, *prof. C. Weigert*, powołany został na miejsce świeżo zmarłego profesora *Lucac'a*, do Instytutu *Senkenberg'a* w Frankfurcie nad *Meinem*, gdzie nadto będzie pełnił obowiązek prosektora szpitali. Ustępującemu *W.* wyprawiono uroczysty pożegnalny *kommers*.

Londyn. Założonem tu zostało Towarzystwo Gynekologiczne, pod prezydencją *Roberta Barnes'a*; pierwsze jego posiedzenie miało miejsce w d. 11 Marca r. b.

Paryż. Wedle statystyki oficjalnej, podczas epidemii w zeszłym roku (od 7 Listopada do 20 Grudnia), cholera wybuchła tu w 1740 domach.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski Nr. 10. Obrzut. Przyczynek do etjologii gruźlicy. — *Trzebicki*. Przyczynek do nowotworów szeczki. — *Blumenstok*. Dzieciobójstwo.

Medycyna Nr. 10. *Goldflam*. Przyczynek do nauki o umiejscowieniach mózgowych.

Wszechświat Nr. 10. Porzecze Kongo przez *D-ra Nadmorskiego*. — O pęcherzu pławnym u pierścienic (*Annelida*) napisał *M. Kowalewski* (ciąg dalszy). — Rozkład materji organicznej przez żyjątko pyłkowe skreślił *Józef Natanson* (ciąg dalszy). Dodatek: Odezwa od *Red. Pam. Fizyograficznego* i schematy do wpisywania zjawisk w świecie ożywionym.

Wydawca *Dr. St. Kondratowicz*.

Redaktor odpowiedzialny *Dr. Wł. Gajkiewicz*.

Дозволено Цензурою, Варшава, 28 Февраля 1885 г. Друк. *K. Kowalewskiego* Królewska Nr. 23.

KATARY, ZATKANIE KANAŁÓW ODDECHOWYCH, SUCHOTY, ASTMA

PRĘDKO I BEZ KOSZTÓW SIĘ LECZĄ ZAŻYWAJĄC DWIE
KAPSUŁKI GUYOTA.

CAPSULES GUYOT

*Kapsułki te dawniej były czarne i nieprzyjemne do połknięcia,
obecnie są białe podobne do cukierków.*

Na każdej kapsułce odbity jest podpis Guyot.

*Najdelikatniejszy żołądek znosi smolę w Kapsułkach Guyota
zarzartę.*

UWAGA: Dzieci i oso-
by nie mogące przełykać
tych kapsułek powinny za-
żywać

PATE REGNAULD

FABRYKOWANE

19, rue Jacob.

Uważać należy na pod-
pis trzechkolorowy.

Znajdują się we
wszystkich aptekach.

FABRYKA I SPRZEDAŻ HURTOWA 19, RUE JACOB W PARYŻU.

POKARM DLA DZIECI

Dla wzmocnienia dzieci i osób słabych
na piersi, żołądek, bezkrwistych lub ma-
jących bladaczkę, najlepszym i najprzy-
jemniejszym śniadaniem jest BACA-
HOUT des Arabes (Rakatu Arabskie),
pokarm pożywny i wzmacniająca, przy-
gotowany przez Delangreniera w Pary-
żu. Wystrzegać się podrobień.

Składy we wszystkich Aptekach Rosyji.

Biblijoteki matematyczno-fizyczne j. wy-
dawanej pod redakcją M. A. Baranieckiego z
zapomogi Kasy pomocy naukowej im. Miano-
wskiego, wyszły dotąd następujące formy:

Seryja I: Początki arytmetyki M. Berk-
mana, kop. 65. Wiadomości początkowe z fizy-
ki S. Kramsztyka, dwie części, kop. 30 i kop.
45. Wiadomości początkowe z geografii fizy-
cznej i meteorologii A. W. Wilkowskiego, kop. 45.

Seryja III: Arytmetyka, M. A. Bara-
nieckiego, rub. 1 kop. 70.

Seryja IV: Rozwiązanie równań li-
czebnych J. Sochockiego, rub. 2. Geometryja
analityczna W. Zajączkowskiego, rub. 3.

W druku: Kosmografija J. Jędrzejewicza,
oraz Początkowy wykład syntetyczny własno-
ści przecięć stożkowych, A. M. Baranowskiego.

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.

TAMAR INDIEN

Czekoladki z kwaśnych daktyli

Środek roślinny łagodnie przeczyszczający.
wyrabia Apteka

BIERTÜMPFLA IGESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 7 róg Kruczej

Cena pudełka zawierającego 12 sztuk kop. 75.

WSZECHŚWIAT,

TYGODNIK POPULARNY, POŚWIĘCONY NAUKOM PRZYRODNICZYM.

WYCHODZI W WARSZAWIE OD 1882 ROKU

POD KIERUNKIEM KOMITETU REDAKCYJNEGO,

złożonego z PP. Dr. T. Chałubińskiego, J. Aleksandrowicza, K. Deikego, E. Dziewulskiego, S. Kramsztyka, Br. Rejchmana, A. Ślósarskiego, J. Trejdosiewicza, A. Wrześniowskiego, Br. Zuatowicza,

Wydawca E. Dziewulski, Redaktor Br. Znatowicz.

Zamieszcza artykuły popularne ze wszystkich działów nauk przyrodzonych, przeważnie oryginalne często objaśniane rysunkami, oraz referuje o postępach nauk w kronice naukowej. Na pierwszym planie stawia artykuły treści krajowej. Rocznik składa się z 52 arkuszy druku wielkiej ósemki. Prenumerata wynosi (od Nowego Roku 1885) w Warszawie rs. 8, półrocznie rs. 4, kwartalnie rs. 2; na prowincyi rocznie rs. 10, półrocznie rs. 5. Może być wnoszona wprost do redakcyi (Podwałe 2) i we wszystkich księgarniach.

0—7

FABRYKA PRASOWANYCH PASTYLEK I MEDYKAMENTÓW

APTEKARZA W. RUSSYANA

egzystująca od lat trzech

Skład w Warszawie ulica Kotzebue Nr. 3.

Poleca po cenach przystępnych pastylki elegancko wykończone w wyborowym gatunku z gwarancją iż do wyrobów swoich nie używam żadnych kleistych substancyi obciążających trawienie.

Fabryka przyjmuje wszelkie medykamenta w większej ilości do komprimowania za skromne wynagrodzenie. Cenniki na żądanie franco. Adres „Russyan Warszawa.”

24—11

APTEKA M. SOŁTYKIEWICZA

DZIERŻAWIONA PRZEZ

BOLESŁAWA BUKATEGO

ulica Graniczna Nr. 10 w Warszawie.

Mam zaszczyt zawiadomić, że przygotowuję **specyjalnie** następujące przetwory lecznicze które zresztą zostały już wypróbowane przez wielu z Szanownych Panów Doktorów.

1. **Jodoformium desodoratum.** Jodoform, odwoniony za pomocą **mojej metody**, nie nie traci pod względem skuteczności leczniczej a zapach stale posiada bardzo przyjemny. Wielu Szanownych P. Doktorów przekonało się, że moja metoda odwaniania jodoformu przewyższa wszelkie inne podziśdzien znane. Przepisywać go można w różnej postaci, a mianowicie: w kryształach, proszku, maści, świeczkach, gałkach i t. d.. Cena taka sama, jak jodoformu zwyczajnego.

2. **Ziółko** przeczyszczające na sposób **Chambarda** co do składu swego w niczem się nie różniące od oryginalnych, znanych pod nazwą „Thé purgatif de Chambard”; działają w sposób niezawodny a zarazem bardzo łagodny we wszelkich cierpieniach, tak ostrych, jak przewlekłych, w których idzie o działanie wypróżniające. Cena dozy wraz z pudełkiem kop. 75.

3. **Kataplazm płócienny z Inianego siemienia** znany pod nazwą **Hamilton**, w niczem się nie różni od oryginalnego. Po licznych próbach, dokonywanych przez wielu Szanownych Panów Doktorów, tak w praktyce prywatnej jako też w Szpitalach Warszawskich, uznany został za środek leczniczy bardzo praktyczny i niezmiernie skuteczny. Pudełko zawierające sześć sztuk i odpowiednią ilość ceratki nieprzemakalnej kosztuje kop. 75. Można również nabywać go w pojedynczych sztukach po kop. 15.

0—5

z poważaniem
B. BUKATY.