

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. E. Przewoski. Jedna z chorób następczych po tyfusie brzuszny. — II. R. Jasiński. Spostrzeżenia dotyczące leczenia choroby Pott'a (dalszy ciąg). — III. W. Matlakowski. O zatruciu kwasem karbolowym (dokończenie). — *Dział Sprawozdawczy:* 34. Wycięcie dwóch metrów jelita cienkiego. — 35. Kit jako masa iniekcyjna i sposób nastrzykiwania tą masą. — 36. O zachowaniu się miesiączkowania i o częstości pseudomenstruacji przy rozmaitych formach tyfusu. — 37. Waga epileptyków jako obiektywny objaw padaczki. — Odpowiedzi od Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. JEDNA Z CHOROÓB NASTĘPCZYCH PO TYFUSIE BRZUSZNYM.

Napisał Dr. Med. **E. Przewoski.**

Milczarek Marcin, 49-letni mężczyzna, kowal, przybył do szpitala Dzieciątka Jezus w Grudniu 1880 r., uskarżając się na ogólne osłabienie, na ciągłe rozwolnienie, na dreszcze i kaszel.

Rodzice jego byli zupełnie zdrowi.

Sam chory od dzieciństwa cieszył się siłą i zdrowiem. Zachorował on po raz pierwszy przed rokiem na tyfus brzuszny. Choroba była ciężka, ciągnęła się 6 tygodni. Po niej chory nie wrócił już nigdy do zupełnego zdrowia. Ciągłe był on bardzo osłabiony i od czasu do czasu dokuczało mu nie silne rozwolnienie.

Na trzy miesiące przed wstąpieniem do szpitala rozwolnienie mocno się powiększyło; jednocześnie pojawiły się dreszcze i kaszel. Dreszcze powtarzały się codzień. Kaszel nigdy nie był mocny.

W szpitalu chory leżał przez $1\frac{1}{2}$ miesiąca. Przez cały ten czas rozwolnienie trwało ciągle. Ciepłota utrzymywała się w granicach od 37° do $38,5^{\circ}$ C. Rano bywała ona zwykle niższa blisko o jeden stopień. Czasami przychodziły dosyć mocne poty ranne. Po dwutygodniowym pobycie chorego w szpitalu, kaszel zupełnie ustał, dreszcze jednak i poty nie ustawały.

Wskazany stan chorego prawie nie zmieniał się wcale. Zmiana zachodziła tylko o tyle, że siły chorego wędlały coraz bardziej. Na trzy dni przed śmiercią ciepłota ciała podniosła się raz jeden do 39° C. Śmierć nastąpiła przy objawach zupełnego upadku sił.

Przez cały czas pobytu w szpitalu, badanie obiektywne chorego stale wykazywało niewielkie obniżenie granic obu płuc i zaostrenie oddechu pęcherzykowego w szczytach. Stępienia odgłosu przy wypukiwaniu nie można było zauważyć. Brzuch był dosyć duży i przy nacisku na przednią ścianę w niektórych miejscach nieco bolesny.

Na trupie znaleziono co następuje:

Ciało miernej wielkości, dobrze zbudowane i mocno wyniszczone. Na tylnych częściach jego nie wielkie plamy pośmiertne. Steżenie trupa dosyć małe.

Skóra blada, gruba i prawie wszędzie pokryta złuszcającym się naskórkiem. Tłuszczu w tkance łącznej podskórnej nie ma wcale. Mięśnie blade i słabe. Systemat kostny rozwinięty dobrze.

Mózg, mózdzek, rdzeń przedłużny i ich opony blade.

Język pokryty niewielkim biało-szarawym nalotem. Błona śluzowa gardzieli na całej przestrzeni blada z niewielkimi i nielicznymi szarawo-białawymi guziczkowatymi wyniosłościami w rozmaitych miejscach. Powierzchnia jej, zwłaszcza w górnej połowie gardzieli, pokryta gęstym, ciągnącym się i przezroczystym śluzem. Przelyk nie przedstawia żadnych zmian widocznych. Błona śluzowa krtani blada.

Płuca słabo opadają i są nieco powiększone. W przednich częściach są one blade, emfizematyczne, w tylnych dosyć czerwone, ciastowate i obrzękłe. Wszędzie zawierają powietrze. Przy wierzchołkach są one przyrosłe do ścian klatki piersiowej, i w odpowiednim miejscu, to jest w górnej połowie górnego zrazu, każde z nich zawiera nieco drobnych, zupełnie ograniczonych, guzikowatych stwardnień. Z powierzchni rozkroju tylnych części płuc wycieka dużo płynu wodnisto-krwawego z drobnymi pęcherzykami powietrza. Przednie części płuc na rozkroju są blade i suche. Guzikowate zaś stwardnienia przy wierzchołkach płuc są na rozkroju blade-szarawe i usiane blade-żółtawymi, matowymi plamkami. Dają się one wszystkie rozgniatać pomiędzy palcami i otacza je nieco przekrwiony miąższ płucny. Pod mikroskopem widać, że stwardnienia zależą od zapalenia serowatego najdrobniejszych oskrzeli i zapalenia serowatego małych oddziałów miąższu płucnego. Rozrosła tkanka łączna naokoło oskrzeli nie przybrała jeszcze nigdzie charakteru twardej, pigmentowanej tkanki bliznowatej, toż samo powiedziec należy o rozrosłych ściankach pęcherzyków płucnych. W niektórych miejscach w nowo-powstałej naokoło-oskrzelowej i między-pęcherzykowej, mocno naciezionej ciałkami limfoidnymi tkance łącznej, znajdują się większe lub mniejsze wielojądrowe komórki olbrzymie, z otaczającą je siatkowatą tkanką łączną (siatkowate gruzelki).

Błona śluzowa większych oskrzeli czerwona, nieco zgrubiała i pokryta niewielką ilością gęstego śluzu. Gruczoły limfatyczne przy wnęce płuc nieco powiększone, rozrosłe i zabarwione szarawo.

Serce zwykłej wielkości. Mięsień jego w ogóle blade. Ważniejsze naczynia nie przedstawiają zmian widocznych.

Śledziona więcej niż o połowę powiększona, blada i dosyć twarda.

Wątroba blada i lekko stłuszczone na obwodzie swych zrazików.

Nerki nieznacznie powiększone, blade. Powłoka włóknista ich złuszcza się łatwo. Powierzchnia zupełnie gładka. Substancja korowa trochę zgrubiała, blada i mętnawa na powierzchni rozkroju. Piramidy nieco czerwieniszce od substancji korowej (*Trübe Schwellung* Virchow'a, *Körnige Degeneration* Klebs'a). Kielichy, miedniczki, moczowody i pęcherz moczowy, oprócz bladeści, nie przedstawiają zmian żadnych. Toż samo wszystkie części organów płciowych.

Błona śluzowa i tkanka podśluzowa, w $\frac{2}{3}$ dolnych częściach kiszki cienkiej, są, skutkiem niewielkiego przekrwienia i mocnego obrzęku, przynajmniej trzy razy grubsze niż w stanie prawidłowym. Nadto, nad zastawką Bauhin'a, na miejscu trzech czy czterech kępek Peyer'a i niektórych gruczolków samotnych, znajdują się nie obszerne, poprzeczno-owalne albo okrągławe wrzody. Wrzody te mają zaczerwienione, wyniosłe, twarde brzegi i nierówne, twarde, usiane szarawo-białawymi, małymi plamkami dna. Pod dnem tych wrzodów w rozrosłej błonie mięsnej i zwłaszcza pomiędzy nią a otrzewną, jak również i na samej otrzewnej, widać dosyć dużo drobnych, jak ziarno prosa, szaro-białawych guziczków. Wrzody te pod mikroskopem okazują wszelkie właściwości tak zwanych wrzodów gruczliczych (*enteritis follicularis caseoidea ulcerosa*). Takie same wrzody, tylko mniejsze, okrągławe i nie bardzo liczne co do ilości, spotyka się w kiszce ślepej. Zresztą błona śluzowa kiszki ślepej i całej wstępującej kiszki grubej jest lekko zaczerwieniona i mocno obrzękła. W pozostałej zaś kiszce grubej, błona śluzowa biała lub słabo zaczerwieniona. Na miejscu kępek Peyer'a i gruczolków samotnych, nie zajętych wrzodami gruczliczemi, znajdują się małe, ciemno zabarwione zagłębienia.

Żołądek skureczony. Błona śluzowa jego zmarszczona, biała i pokryta dosyć znaczną ilością śluzu.

Cała krézka kiszki cienkiej mocno zgrubiała, w kierunku poprzecznym i w kierunku z góry na dół przedstawia się w postaci podłużno owalnego guza, złożonego z wielu mniejszych okrągławych guzów, wypuklających półkulisto otrzewnę. Po rozcięciu, okazuje się, że cały guz w krézce kiszki cienkiej składa się z wielkiej liczby bardzo rozrosłych, zlewających się z sobą i zupełnie zserowaciałych gruczolków limfatycznych. Nie wszystkie jednak te gruczoly przedstawiają się jednakowo. Największa ich część wygląda kartoflowato, jak u dzieci przy *tabes mesaraica*. Są one wielkie, twarde i we wszystkich swych częściach infiltrowane drobno-ziarnistą masą serowatą. Inne gruczoly przedstawiają się znowu jakby w formie ropni serowatych, o grubych, bliznowatych i szaro-pigmentowanych ścianach. Zawartość serowata takich ropni jest rozmaitej gęstości, czasem nawet bardzo płynna, naksztalt kredy rozmaconej w wodzie. Jamy niektórych z tych ropni leżą tak blisko pod powierzchnią otrzewnej, że zdawało się grozić nie dalekie pęknięcie i wylanie się rozmięklej zawartości serowatej do jamy otrzewnej. Miejscami w ścianach tych ropni widać początki wapnienia. W ogóle, składająca je włóknista tkanka łączna, jest więcej lub mniej mocno infiltrowana ciałkami limfoidnymi i gdzieś tam zawiera rozmaitej wielkości komórki olbrzymie.

Powyższe zmiany gruczolków limfatycznych w całej krézce były największe, ale nie jedyne w organizmie. Tak samo zmienione gruczoly leżą na znacznej przestrzeni wzdłuż kręgosłupa, od korzenia krézki kiszki cienkiej w górę, aż do średniej części śródpiersia tylnego. Bardzo wiele ich widać naokoło trzustki i naokoło tętniczego pnia śródbrzusznego (*truncus coeliacus*). Wszystkie one są tak samo zmienione, jak gruczoly krézki, tylko po większej części znacznie większe i daleko łatwiej się rozgniatają. Gruczoly limfatyczne nad przeponą w śródpierciu tylnem są mniej zmienione, jak gruczoly w jamie brzusznej.

Często są one już tylko mocno rozrosłe i miejscami na większych lub mniejszych przestrzeniach zwyrodnione serowato. Gruczoły limfatyczne na szyi, pod pachą, w pachwinie i t. d., oprócz bladeści nie przedstawiają zmian żadnych.

Mięśnie ksobne uda (*adductores femoris*) i mięśnie proste brzucha tylko blade. Szpik kostny wszędzie ubogi w tłuszcz.

* * *

Jak widzimy z powyższego, największe zmiany znaleziono w gruczołach limfatycznych krézki i wzdłuż kręgosłupa. Te zmiany gruczołów uderzyły mnie przy otwieraniu ciała i dla nich uznałem za stosowne zanotować bliżej obecny przypadek. Jest on jedyny, jaki widziałem w tym rodzaju w Warszawie w ciągu lat 11, pomimo to, że rokrocznie miałem pod ręką duży materiał sekcyjny. Chory najprawdopodobniej umarł tym razem skutkiem zmian wzmiankowanych gruczołów, bo z temi zmianami, które były w kiszkach i płucach, gdyby tylko nie uległy dalszemu rozwojowi, mógłby jeszcze żyć swobodnie. Zmiana gruczołów krézkowych, lędźwiowych i t. d., nie tylko szkodziła, jako miejscowy proces chorobny, ze swym wpływem na cały organizm, ale jeszcze skutkiem tego, że mocno tamowała prawidłowy proces chłonięcia mleczka z kiszki cienkiej. Jako dowód tego, widzieliśmy, że błona śluzowa w $\frac{2}{3}$ częściach dolnych kiszki cienkiej i na znacznej przestrzeni w kiszce grubej, sama jedna w całym organizmie, znajdowała się w stanie silnego obrzęku. Utrudnienie w chłonięciu mleczka i limfy ze ścian kiszki cienkiej i grubej mogło nadto sprzyjać najpierw silnym przesiekom płynu na swobodną powierzchnię błony śluzowej i powtórnie ułatwiać i podtrzymywać w niej procesy zapalne. Rozumie się, że do szkodliwych skutków, wywołanych zmianą gruczołów, inne zmiany stanowiły odpowiedni dodatek.

Teraz zachodzi pytanie, w jakim stosunku znajdowały się zmiany, znalezione po śmierci, do poprzednio przebytego tyfusu brzuszego? Odpowiedzieć na to pytanie nie jest zupełnie łatwo. Zdaje się wszakże, że niema żadnego powodu przypuszczać, żeby zmiany serowate, znalezione na trupie, istniały, chociażby w części, już przed tyfusem. Do czasu zapadnięcia na tyfus, chory czuł się zupełnie zdrowym i nie posiadał żadnego dziedzicznego usposobienia do zmian serowatych. Jeżeli zaś rzecz się miała tak, to tylko można przypuścić, że albo pierwsze zmiany serowate wystąpiły w czasie trwania tyfusu brzuszego, albo też po nim, jako choroba następcza. I jedno i drugie nie należy do niemożliwości. Powstanie procesów serowatych w jednym i drugim razie, obserwowane było więcej lub mniej dokładnie przez rozmaitych autorów, zaczawszy od Laennec'a, Andral'a, a kończąc na najnowszych. W największej części dzieł specjalnych znajdujemy tyfus brzuszny wymieniony pomiędzy przyczynami, usposabiającymi do suchot płucnych dziedzicznych lub nabytych.

Jeżeliby choroba rozwinęła się po tyfusic, to możnaby objaśnić jej powstanie wyniszczeniem całego organizmu, jakie pozostało po długiej i ciężkiej chorobie. Oddawna bowiem stwierdzono fakt, że u mocno wyniszczonych ludzi sprawy zapalne nie przebiegają tak, jak u ludzi zdrowych. U wyniszczonych dosyć łatwo obficie nagromadzone produkta zapalne ulegają zserowaceni i wszystkim dalszym skutkom takiego zejścia. Otóż, jeżeliby przypuścić, że nasz rekonwalescent po tyfusic dostał z tego lub owego powodu zapalenia kiszek i dalej zapale-

nia oskrzeli, to łatwiej, niż w innym razie, każdy z tych procesów mógłby przybrać charakter serowaty. Rozumie się, że wówczas zapalenie serowate gruczołów kręzkowych, łądzwiowych i t. d. stanowiło-by już tylko dalszy ciąg zmian, zaszłych w kiszkach. Ci znowu, którzy wraz z C o h n h e i m'e'm (*D. Tuberculose v. Standpunkte d. Infections-Lehre. Leipzig 1879, Vorl. über allg. Pathologie. Bd. II. pag. 221. Berlin, 1880*) uważają sprawy serowate z gruźlicą za processy zaraźliwe, kontagijne, którzy myślą, że sprawy gruźlicze są rezultatem podziałania na organizm pewnego specyficznego zarazka, wykulturowanego zewnątrz ustroju zapadającego na zdrowiu, ci mogliby objaśniać nasz przypadek w ten sposób, że chory skutkiem wyniszczenia stał się łatwiej dostępny dla zarazka specyficznego.

W każdym razie, dla mnie samego rzecz cała nie byłaby zupełnie wyjaśnioną. Widziałem całe setki ciał ludzkich z więcej lub mniej posuniętymi serowatami zapaleniami w kiszkach, a jednak nie zdarzyło mi się nigdy obserwować tak mocno zmienionych następczo gruczołów limfatycznych w kręzkach u dorosłego człowieka. W tym przypadku wyglądały one tak, jak u dziecka przy *tabes mesaraica*. Zdaje mi się więc, że w tym razie można lepiej objaśnić zmiany w gruczołach, przypuściwszy, że przyszły one jako b e z p o ś r e d n i e n a s t ę p s t w o zmian, byłych przy tyfusie.

Wiadomo, że te zmiany, jakie zachodzą w gruczołach kręzkowych przy tyfusie, kończą się niekiedy z s e r o w a c e n i e m. Zejście takie wcale nie jest częste i najzwyczaję ogranicza się do bardzo nie wielkich rozmiarów. Prawdopodobnie przychodzi ono wówczas, gdy rozrost rdzeniowaty gruczołów kręzkowych jest większy nad zwykłą miarę. Dalszy przebieg takiej zmiany jest dwojaki. Albo masa serowata rozplywa się, wsysa i później wydalą z organizmu bez żadnych dalszych następstw, albo też ulega ona zwapnieniu, skutkiem czego przestaje już dalej szkodliwie oddziaływać na organizm. Podobne zwapnienie kilku gruczołów kręzkowych u ludzi, którzy przebywali tyfus brzuszny i umarli znacznie później z przyczyny innych chorób, widziałem stanowczo dwa razy. Otóż, zdaje mi się, że to, co pospolicie bywa w małych rozmiarach, może przy odpowiednich warunkach przybrać rozmiary większe. Mając mianowicie przed oczami przypadek, opisywany obecnie przezemnie, myślę, że czasami zserowacenie gruczołów kręzkowych w przebiegu tyfusu brzuszego może być dosyć rozległe. Rozumie się, że w takim razie i następstwa takiego zserowacenia muszą być inne, niż poprzednio wymienione. Nie ulega wątpliwości, że z większemi ilościami mass serowatych, organizm nie tak łatwo poradzić sobie może, jak z ilościami małemi. Większe ilości mass serowatych zalegają dłużej, a tym sposobem dłużej drażnią, wyniszczają organizm więcej i t. d. Ze zmienionych pierwotnie gruczołów kręzkowych, soki przechodzą do gruczołów leżących powyżej i te znowu pobudzają do rozrostów. Że zaś wszystko odbywa się na gruncie wyniszczonym i pod wpływem miękających mass serowatych, więc i te dalsze gruczoły limfatyczne mogą znowu serowacieć i t. d. Na korzyść podobnego rozumowania w naszym przypadku przemawia ta okoliczność, że zmiany w gruczołach kręzkowych anatomicznie wyglądały na najstarsze, inne zaś na znacznie świeższe. W kręcce znajdowały się, jak powiedziano wyżej, albo gruczoły twarde, kartoflowate, podobne do tych, jakie widzimy u dzieci przy *tabes mesaraica*, albo też

przedstawiały one rodzaj worków, o twardych i nieco pigmentowanych ścianach, napełnionych rozmięklą masą serowatą. Przy kręgosłupie zaś były, albo gruczoły zserowaciałe mniej twarde, albo też w klatce piersiowej wzdłuż przewodu piersiowego, gruczoły szaro-czerwonawe, rozrosłe i przerodzone serowato w postaci ognisk. Co się tyczy zmian w płucach i w kiszkiach, to te stosunkowo były bardzo nie wielkie i pojawienie się ich, dla mnie, nie przedstawiałyby już nic dziwnego. Na gruncie bowiem tak wyniszczonym i z tak znacznymi zmianami w gruczołach kręzkowych, każdy proces, wynikły z jakiegokolwiek powodu, łatwo może przyjąć charakter zapalenia serowatego.

Bez względu wreszcie na to, czy moje zapatrywanie się na sposób rozwinięcia się zmian serowatych w gruczołach kręzkowych, w danym przypadku jest słuszne, czy nie, obserwacja notowana powyżej nie traci na znaczeniu. Ja bowiem, zwracam przede wszystkim uwagę Czytelników na fakt anatomiczny i na możliwy jego związek z tyfusem brzuszny.

II. SPOSTRZEŻENIA DOTYCZĄCE LECZENIA CHOROBY PGTTA.

Przez **R. Jasińskiego.**

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 9).

XII. Władysław Borkowski, 7-letni wychowaniec szpitala Dzieciątka Jezus, od lat kilku mający próchnienie ostatnich dwóch kręgów grzbietowych i pierwszego lędźwiowego, mocno skrofuliczny i cierpiący przytem bardzo często na przewlekłe nieżyty oskrzeli. W ostatnich latach kilka razy zapadał dość ciężko, przyczem pojawiły się rozlane obrzęki (*nephritis?*). Nasady kości długich zgrubiały, na czaszce i żebrach ślady krzywicy. Od dziewiątego kręgu grzbietowego do drugiego lędźwiowego garb (*kyphosis arcuata*). Najwięcej wystające miejsce, mające kształt guza kątownego, odpowiada wyrostkowi ciernistemu 12-go kręgu grzbietowego. Kręgosłup przedstawia też w okolicy tego wystającego wyrostka lekkie skrzywienie boczne, z wypukłością prawą (*scoliosis dextro-convexa dorsalis*) i kompensacyjne skrzywienie części szyjowej w lewo (*scoliosis compensativa sinistro-convexa cervicalis*).

Prawa kończyna dolna w położeniu psoistycznym (czem sobie objaśniamy skoliozę, znikającą przy położeniu poziomem), w skutek czego chory chodzi z trudnością i kuleje. Żadnych zboczeń w nerwach ruchu lub czucia znaleźć nie można. Dotykanie guza wywołuje silny ból, który się też pojawia przy gwałtowniejszych ruchach, nachylaniu i t. d. Oddech pęcherzykowy, zaostrozony. Tony serca prawidłowe, tętno 125, drobne, brzuch duży. W moczu nic szczególnego. Nałożyliśmy gorset gipsowy, nie wiele rachując na dobry skutek leczenia, ze względu na zły stan ogólnego odżywiania i znaczne skrzywienie kręgosłupa, które przy jednoczesnem, widocznem bardzo, opuszczaniu się ropy w pochwie mięśnia lędźwio-biodro-udowego, przypuszczać kazalo, że zniszczenie trzonów kręgowych musi być bardzo znaczne, tem więcej, iż choroba kilka lat już trwała i mocno podkopała ogólne odżywianie organizmu. Po sześciu tygodniach musieliśmy

zdzając pancerz, gdyż chory, leżąc cały ten czas w łóżku, zaczął się skarżyć na silny ból w garbie. W miejscu tem znaleźliśmy niewielką odleżynę, w kształcie okrągłego owrzodzenia. W tydzień potem na wewnętrznej powierzchni uda prawego pojawił się guz, wielkości małej pięści, wyraźnie chęłboczący i pokryty poczerwienioną skórą. Takie ostre pojawienie się ropnia napływowego skłoniło nas do postawienia w tym wypadku jaknajgorszego rokowania. Za pomocą przyrządu P o t t a i n'a prof. E f r e m o w s k i j wypuścił choremu przeszło dwa funty dość gęstej ropy, kawowej barwy. Otwór po przekłuciu pozostał przez dłuższy czas otwartym, i przepuszczał przez siebie ciągle bardzo obfite ilości ropy. Ponieważ tak sama operacja, jakoteż i codzienny opatrunek, wykonywane były z zachowaniem przepisów L i s t e r'a, uniknęliśmy więc grożącego w takich razach rozkładu ropy i ostrej posocznicy. Nie mogliśmy jednak powstrzymać wzmagającego się z każdym dniem charactwa, wyrażającego się postępową małokrwiistością, obrzękami i niezbyt wysoką, lecz ciągłą gorączką. Kilkakrotnie w ciągu choroby powtarzane badanie moczu, wykazało, że takowy posiada barwę, odpowiadającą liczbie 4 tablicy V o g e l'a, ciężar właściwy 1020, odczyn kwaśny, oraz, że od czasu do czasu zawiera ślady białka. Pomimo całego szeregu środków wzmacniających, stan ten coraz się pogarszał, wreszcie dnia 28 Stycznia w nocy chory umarł.

Ogłędziny pośmiertne, dokonane przez kolegę P r z e w o s k i e g o, wykazały co następuje: Ciało małego wzrostu, bardzo wynędzniałe; na kończynach dolnych znaczny obrzęk; skóra cienka i blada; kręgosłup skrzywiony ku tyłowi na wysokości ostatniego kręgu grzbietowego i dwóch pierwszych lędźwiowych.

W miejscu, odpowiadającym temu kątowatemu skrzywieniu, niewielkie owrzodzenie odleżynowe. W części górnej powierzchni wewnętrznej prawego uda, widać dwa wrzody przetokowe; z prawego ucha wycieka nieco ropy. Tkanki tłuszczowej podskórnej prawie niema, mięśnie blade, słabo rozwinięte; w jamie brzusznej niewielkie ilości płynu surowiczego, żółtawego. Płuca dość wyraźnie opadają, blade; lewe płuco przy szczycie swym przyrośnięte, niema jednak żadnych zgęszczeń w mięszu. G r u c z o ł y o s k r z e ł o w e p o w i ę k s z o n e i z s e r o w a c i a ł e. Prawe płuco w części tylnej obrzęknięte. Z powierzchni rozkroju oskrzeli wypływa ciecz śluzowo-ropna. Błona śluzowa oskrzeli zaczerwieniona. Mięsień sercowy blade, śledziona i wątroba także blade. Nerki dość wielkie i prawie białe, w skutek znacznej bezkrwiistości. W pęcherzu nieznaczna ilość moczu; ściany grubych i cienkich kiszek bardzo blade.

G r u c z o ł y c h ł o n n e, odpowiadające części lędźwiowej kręgosłupa, powiększone i po części z s e r o w a c i a ł e.

W miejscu, odpowiadającym trzonowi pierwszego kręgu lędźwiowego, kręgosłup przedstawia się znacznie zgrubiałym. Zgrubienie to zależy od znacznego rozrostu tkanki łącznej. Po przecięciu tej ostatniej, nóż wchodzi w jamę płaską, mniej więcej okrągłą, od której po obu stronach ciągną się długie przetoki, pod powięziami, w grubości mięśnia lędźwiowego i biodro-udowego. Po stronie prawej, taka przetoka opuszcza się pod więzem P o u p p a r t'a na udo, i dochodzi do 1/3 dolnej części takowego. Po stronie lewej, przetoka kończy się ślepo, nie dochodząc do wspomnianego więzu.

Granice jamy w kręgosłupie są następujące: z boków i z przodu zgrubiała tkanka łączna, z góry i z dołu odpowiednia powierzchnia ostatniego kręgu grzbietowego i drugiego lędźwiowego; chrząstki na nich zniszczone i owrzodzone. Z tyłu, w kształcie klina, wystaje reszta zniszczonego trzonu pierwszego kręgu lędźwiowego. Cała jama wysłana jest czerwoną, dość obfitą grzybowatą ziarniną, tak, że tylko ograniczone, tu i owdzie rozsiane, nie wielkie miejsca, przedstawiają się jako obnażona i zniszczona kość.

Zmian drobnowidzowych nie podaję tutaj, raz dlatego, że nie zdążyłem jeszcze takowych należycie zbadać, a powtóre, że wynik tego badania mam zamiar użytkować w innej pracy, tyczącej się *patologii* i kręgosłupa.

Opona twarda, w miejscu odpowiadającym jamie w trzonach kręgowych, pokryta ziarniną grzybowatą. Powierzchnia wewnętrzna tej błony, jakoteż i opona miękka, oraz sam mlecz pacieryowy, żadnych zmian nie przedstawiają.

Z tego wszystkiego okazuje się, że sprawiedliwie rozpoznany stan rzeczy, już z góry pozwolił nam zapowiedzieć, że wynik leczenia metodą *Sayre'a*, nie mógł być zadawalniającym tam, gdzie mieliśmy do czynienia z obszerną jamą (gruźliczą?) w trzonach kręgow, z rozprzestrzenionem zwyrodnieniem serowatem w gruczołach chłonnych, oraz ogólną, znaczną bezkrwistością i wycieńczeniem.

Na zasadzie jednak tego nieszczęśliwego zejścia, z góry już przewidzianego, nie mamy prawa twierdzić, że w tego rodzaju przypadkach, stosowanie metody *Sayre'a* stanowczo ma być *przeciwskazane*, gdyż nie mamy do tego żadnych powodów. To samo powiedzieć możemy o tych przypadkach, w których, z powodu skrzywienia wyżej położonego, podlegają uciskowi ważniejsze, niż w ostatnim przypadku, oddziały mlecza, — gdzie ucisk ten długo trwając, wywołał poważniejsze w tym mleczu zmiany, a sprawa zapalna w trzonach kręgowych, przyjąwszy charakter wynagradzający straty (*osteitis ossificans, ankylosis*), doprowadziła do zupełnego i trwałego zlania się w jedną masę, kilku napół zniszczonych kręgow. W tych przypadkach, których (oprócz spostrzeżenia Nr. VI), piękny przykład w klinice prof. *Baranowskiego* widziałem, opatrunek *Sayre'a* nie wiele wprawdzie wpłynąć może na porażenia od zmian zapalnych i zwyrodnionych w mleczu zależne, ani zdjąć ciężaru z trzonów kręgowych nie jest w stanie, — w każdym razie *przeciwskazany* nie jest, gdyż trudno w danym wypadku ankylozę rozpoznać i o istotnym stanie rzeczy tak jasną zdać sobie sprawę z góry. Mogę śmiało powiedzieć, że w takich razach często rozpoznanie stawiamy „*ex juvenibus et nocentibus*“, gdy pomimo nałożenia *pancerza gipsowego*, nie otrzymujemy oczekiwanego polepszenia.

Pozostają mi jeszcze trzy zanotowane spostrzeżenia, w których, po kilkakrotnem nałożeniu *pancerza gipsowego*, a więc po dwu- lub trzechmiesięcznym leczeniu, udało mi się zupełnie zatrzymać poczynające się próchnienie kręgow. Przypadki te podobne są zupełnie do poprzedzających i dlatego nie podaję ich tu *in extenso*, chcąc skrócić i tak już dość długi, i nużący Czytelnika swą jednostajnością, szereg historii chorób.

(D. n.)

III. O ZATRUCIU KWASEM KARBOLOWYM.

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego dnia 15 Lutego r. b.

Podał **Wł. Matlakowski**, Ordynator Kliniki Chirurgicznej.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 9).

II.

Przejdziemy teraz, Szanowni Panowie, do drugiej połowy naszego przedmiotu: do objawów zatrucia karbolowego. Przypadki zatrucia fenolem uszykować można w trzy grupy, czyli — jak je Kuester nazywa — stopnie. Cechą charakterystyczną pierwszej jest oliwkowe zabarwienie moczu, w drugiej grupie zmiany barwy moczu występują obok innych objawów, jak: brak łaknienia, wymioty it. d.; znamieniem wreszcie trzeciej grupy są ciężkie przypadłości mózgowe, które nieraz kończą się śmiercią.

Najczęściej wydarzają się przypadki pierwszej grupy, w których jedynym objawem zatrucia jest ciemna barwa moczu, obok innych zmian jego, uwydatniających się dopiero przy bliższem badaniu. Inne objawy, jak zmniejszenie łaknienia, lub ból głowy i t. d., są tak małego natężenia, że zazwyczaj nie zwracają na się uwagi. Taki lekki stopień zatrucia karbolowego, zdaniem wielu chirurgów, stanowi zwykle następstwo każdej operacji, dokonanej wedle przepisów metody listerowskiej, a nawet towarzyszy każdej zmianie opatrunku, dokonanej przy zachowaniu ostrożności przeciwnych.

W przypadkach silniejszego zatrucia, oprócz zmiany zabarwienia, występują jeszcze: brak łaknienia, mdłości, pobudzenie do wymiotów i same wymioty; mniej stale pojawia się ból głowy, niekiedy bardzo silny, umiejscowiony w okolicy czołowej lub w połowie głowy. Rzadziej spostrzega się ślinotok i utrudnione połykanie. Źrenice leniwo oddziałują na światło, występuje zmniejszenie pobudzalności odruchów i pewien stopień obojętności, apatyi. Objawy te trwają zazwyczaj krótko i przechodzą bez żadnych groźnych następstw. Po operacji kombinuje się zazwyczaj wpływ chloroformu z działaniem fenolu. Obok tej postaci ostrej, możnaby postawić formę zatrucia przewlekłego, którą Kuester zowie: *marasmus carbolicus*. Jeśli u danego osobnika istnieją okoliczności, sprzyjające łatwemu wessaniu fenolu, które acz w małych ilościach odbywa się przez czas dłuższy, wtedy zatrucie nie pozostaje bez wpływu na stan ogólny chorego, i doprowadzić może do smutnego zejścia. Wielokrotnie też zauważono, iż zmiana opatrunku karbolowego na inny, uwalniała chorego od objawów, które występowały uprzednio po każdej zmianie opatrunku, wywierając wpływ szkodliwy na ogólny stan sił.

Wreszcie trzecią kategorię stanowią przypadki zatrucia ciężkiego i śmiertelnego, którego dwa przykłady z własnej obserwacji i wiele poczerpniętych z cudzych spostrzeżeń przytoczyliśmy w pierwszej części niniejszego odczytu. Główną cechą tej grupy stanowią groźne objawy mózgowe. Chory

niekiedy z szybkością błyskawicy traci zmysły, pada, blednie; skóra pokrywa się lepkiem potem; tętno staje się małym, nitkowatym, trudnym do przeliczenia; oddech rzęzący, powierzchowny, nieregularny; prawidłowa ciepłota ciała obniża się; źrenice leniwo oddziałują na światło, i wśród objawów upadku sił, wzmagającego się bardzo szybko, chorzy umierają w kilka godzin, minut, lub sekund, po wessaniu trucizny.

Z pomiędzy tych objawów, pozwalam sobie, zwrócić uwagę Szanownych Panów na niektóre, czy to dla tego, że są najważniejsze, czy też, że są dotychczas przedmiotem sporu między badaczami.

Najważniejszym, najstalszym objawem zatrucia karbolowego jest ciemne z a b a r w i e n i e m o c z u; jest-to, właściwie mówiąc, jedyny patognomiczny objaw zatrucia przerzeczonego. Posiadamy o nim ładne, wyczerpujące opracowanie F a l k s o n'a, oparte na szeregu badań własnych i na pracach innych autorów. Według pięknych poszukiwań B a u m a n n'a, fenol, wprowadzony do ustroju, nie wychodzi zeń w postaci kwasu karbolowego, lecz w formie związku dwoistego, t. z. kwasu fenilo-siarczanego. W połączeniu tem fenol traci swoje własności trujące. Dopiero gdy ilość fenolu wprowadzona do ustroju jest tak znaczną, że nie wystarcza kwasu siarczanego dla jego zobojętnienia, wtedy ukazuje się fenol w moczu jako czysty kwas karbolowy, lecz i teraz w nader małej ilości, większa bowiem eżeść ukazuje się w postaci połączeń niezupełnie jeszcze znanych, od których właśnie zależy ciemna barwa moczu (*Hydrochinon*, *Brenzca-techin* i inne).

Mocz przy zatruciu karbolowem przybiera b a r w ę oliwkowo-zieloną, piwną, koloru szkła butelkowego, smolistą, atramentowato-czarną. Świeżo oddany może być barwy prawidłowej, powoli jednak coraz bardziej ciemnieje, a po 3—4 godzinach zabarwienie staje się już najmocniejszym. Mocz karbolowy w ciemnym miejscu zmienia barwę wolniej, wystawiony na światło słoneczne szybko przybiera ciemne zabarwienie. Zabarwienie to ukazuje się bardzo prędko i bardzo mocne przy gotowaniu moczu z kwasem solnym i siarczanym. Mocz karbolowy, rozkładając się, wyjaśnia się, a na powierzchni powoli tworzy się ciemniejsza warstwa. Ciemno- lub czarno-oliwkowy mocz, po rozcieńczeniu wodą, staje się oliwkowo-zielonym. W razie słabego zabarwienia, można przekonać się o obecności fenolu dodając półtorochlorku żelaza (Kuester l. c. pag. 49), który z kwasem karbolowym daje zabarwienie ciemno-niebieskie.

Badacze teoretycy (Salkowski, Nothnagel, Rossbach i Hoppeseyler), jako też lekarze praktycy (Kuester, Luecke, Bardeleben l. c. 3), zgadzają się na to, że z n a t ę ż e n i a b a r w y nie można wyciągać wniosków o c i ę ż k o ś c i z a t r u c i a. Są nawet przypadki (jak np. Gauster'a l. c.), w których pomimo śmiertelnego zejścia, mocz pozostał niezmienny. Przeciwno temu rozpowszechnionemu twierdzeniu, stanowczo występuje F a l k s o n, który twierdzi, że z wyjątkiem przypadków zatrucia niesłychanie ostrego (*intoxication foudroyante*), natężenie zabarwienia znajduje się w prostym stosunku do ilości wchłoniętego fenolu; przy obfitszem użyciu wody, zabarwienie staje się słabsze. Mocz zawierający ślady fenolu, nigdy nie posiada takiej mocnej barwy, jak gdy ilość fenolu w moczu wynosi kilka grammów,

Wydzielanie kwasu karbolowego jest bardzo szybkie; zazwyczaj pierwszy mocz oddany po operacji, zawiera w sobie fenol i po dłuższym staniu ciemnieje. W razie gdy do organizmu nie dostają się nowe ilości tego środka, t. j. gdy nie zmienia się opatrunku, znika on z moczu w ciągu 2 — 3 dni. Są jednak przypadki, stojące z tym faktem w zupełnej sprzeczności. Hack i Falkson przytaczają spostrzeżenia, w których zabarwienie moczu trwało przez kilka dni i tygodni, choć w dalszem opatrywaniu chorego bynajmniej nie używano fenolu. Na zasadzie tych faktów, pomienieni autorowie przypuszczają możliwość anomalnego powstawania kwasu karbolowego w samym ustroju. Przeciwno temu tłumaczeniu atoli postawić można pytanie, dlaczego podobnego zabarwienia, pochodzącego jakoby od tworzenia się fenolu w ustroju, nie spostrzegamy w innych warunkach, tam np. gdzie nigdy nie był używany kwas karbolowy.

Mocz karbolowy posiada odczyn kwaśny, ulega rozkładowi amonijakalnemu, jak mocz zwyczajny, a nawet letnią porą szybciej się rozkłada, niż mocz prawidłowy.

Ilość moczu na dobę, przy zatruciu karbolowem, jest stale zmniejszoną i to w stosunku prostym do wessanego fenolu.

Niektóre spostrzeżenia (np. Luecke'go l. c. 3) wykazują, że przy wessaniu kwasu karbolowego w większej ilości, pokazuje się czasami białkomocz. W jednym z naszych spostrzeżeń były ślady białka. Falkson uważa objaw ten za bardzo rzadki. Naturalnie, należy się przekonać w dalszym ciągu obserwacji, czy chory nie jest dotknięty cierpieniem nerek, od którego zależy powyższy objaw. Fenol jednak, zdaje się, nie jest obojętnym dla nerek, co wypływa z poszukiwań Sonnenburg'a¹⁾, który, przy wcieraniu zwierzętom fenolu w skórę, widywał w nerkach przekrwienie, wynaczynienia w istocie korowej, krwawe wałeczki w kanalikach, a w rzadkich razach białkomocz.

Obok ciemnej barwy, mniejszej ilości moczu na dobę, postawić można jako trzeci ważny objaw: ciężar gatunkowy, który znajduje się w prostym stosunku do ilości procentowej fenolu zawartego w moczu, a tem samem do natężenia zabarwienia. Rzecz można, w pewnych granicach, że im mocz ciemniejszy, im ilość jego mniejsza, a ciężar gatunkowy wyższy, tembardziej należy mieć się na baczności, by przy dalszem użyciu kwasu karbolowego nie wywołać cięższych objawów zatrucia.

Wreszcie Sonnenburg (l. c.) podał jeszcze jeden sposób łatwego określenia ilości fenolu w moczu, polegający na oznaczeniu ilości kwasu siarczanego, a mianowicie, jeśli do moczu prawidłowego dodamy chlorku barytu, otrzymamy mocny osad siarczanu barytu; lecz jeśli mocz zawiera fenol, a raczej kwas fenilo-siarczany, nie otrzymamy wcale osadu, lub tylko lekkie zmętnienie. Podobne jednak oznaczenie nie jest bezwarunkowo prawidłowem, zależy ono bowiem od ilości wyrabianego przez ustrój kwasu siarczanego, którego ilość w stanie choroby ulega pewnym wahaniom; może się więc zdarzyć, że i przy znacznej ilości fenolu w moczu, możemy otrzymać znaczny osad

¹⁾ Zur Lehre der Carbolintoxicationen. *Centralblatt f. Chir.* 1878. pag. 953.

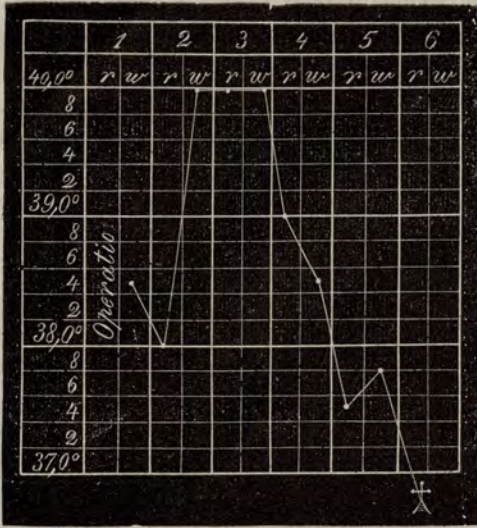
siarczanu barytu, a to dlatego, że organizm wyrabia więcej kwasu siarczanego i *vice versa*. Badania Falksona wykazują, że ilość kwasu siarczanego u chorych klinicznych zazwyczaj znakomicie bywa zmniejszoną, tak, że niewiele potrzeba fenolu, aby ta ilość kwasu siarczanego była użytą na dwoiste połączenie, i dlatego w takich razach możemy nie otrzymać osadu, a mimo to bynajmniej niema cięższego zatrucia fenolem.

Jednym z najwycyżajniejszych objawów zatrucia karbolowego u zwierząt jest drżenie mięśniowe i skurcze kloniczne, głównie kończyn tylnych. Pod tym względem obraz otrucia u człowieka stanowczo różni się od objawów zatrucia u zwierząt. U ludzi skurcze mięśniowe były spostrzegane bardzo rzadko, tak, że Falkson nie widział ich ani razu; Frank (l. c.) nawet robi uwagę, że ich nie bywa wcale. Szanowni Panowie zauważyli zapewne, że objaw ten był zanotowany w dwóch moich spostrzeżeniach; w jednym — w postaci ogólnego naprężenia mięśni, po którym pozostało uczucie drętwienia i mrowienia; w drugim — wyraźne podrygiwanie oddzielnych pęczków mięsnych, głównie w kończynach dolnych. Słabe skurcze widzieli także Oberst (l. c.), Rheinstaedter (l. c.) i Olshausen (l. c.), a Treub naliczył w literaturze prócz tego 9 spostrzeżeń, w których wystąpiły skurcze przy zatruciu fenolem, do nich też dołącza i swoje własne, godne uwagi z tego względu, że skurcze były nader silne, przysły wraz z utratą przytomności i ustały po zastąpieniu fenolu w opatrunku innym środkiem.

Prawdziwy punkt sporny stanowi gorączka. Wszyscy badacze jednogodnie stwierdzili swemi poszukiwaniami na zwierzętach, że kwas karbolowy obniża ciepłotę ciała. I tak, Hoffmann pierwszy znalazł, że przy zatruciu fenolem po krótkim i nieznacznym podniesieniu ciepłoty, następuje stałe obniżenie, wynoszące u kotów *max.* 4,7° C., *min.* 1,6° C. Daniön twierdzi, że ciepłota obniża się nawet po małych dawkach o kilka dziesiątych, po dużych zaś i śmiertelnych obniża się u królika o 6,7° C. Um methun i Husemann piszą: „U ptaków i ssących najwybitniejsze objawy zatrucia karbolowego stanowią: nadzwyczaj mocne skurcze kloniczne wszystkich mięśni dowolnych, po których, w razie śmiertelnego zejścia, następuje bezwład i upadek sił; obok skurczów stale bywa obniżenie czucia i spadek ciepłoty, jakoteż wcześniej pojawiająca się duszność. Stale także występuje obfite wydzielanie łez i śliny.“ Salzkowski spostrzegał obniżenie ciepłoty nietylko u zwierząt, lecz i u człowieka. Zupełnie inaczej wypadły wyniki doświadczeń Sonnenburga (l. c.), który znalazł (a badania jego powierzył Kuester), że kwas karbolowy wywołuje podwyższenie ciepłoty, że wznieca gorączkę. Ostatnie doświadczenia w tym przedmiocie robił Edelberg (l. c.), w celu rozstrzygnięcia powyższej sprzeczności i stanowczo twierdzi, że kwas karbolowy przy wszystkich sposobach użycia, po nieznacznym początkowym podniesieniu ciepłoty (które zresztą bynajmniej nie bywa stałym zjawiskiem), powoduje stałą obniżkę ciepłoty, częstokroć nawet bardzo znaczną. Cóż nam pokazują spostrzeżenia kliniczne? Czy one nie mogłyby rozstrzygnąć powyższego pytania? O ile mi znane są spostrzeżenia o zatruciu fenolem u człowieka, stale zaznaczanem bywa obniżenie ciepłoty. Tutaj odnoszą się wszystkie przypadki zatrucia karbolowego po wypiciu

fenolu, po zastosowaniu do odbytnicy i t. d. Tej znakomitej i jasnej większości przypadków przeciwstawić można wielce niepewne spostrzeżenia kliniczne pooperacyjne, które K u e s t e r przytacza na poparcie swojego twierdzenia, że podniesienie ciepłoty stanowi zwykły objaw zatrucia karbolowego. Z jednej strony mamy zatem szereg faktów w rodzaju mojego spostrzeżenia (wypicie kwasu karbolowego), w których stanowczo było zatrucie fenolem bez gorączki, z drugiej nieliczne spostrzeżenia pooperacyjne. Przypatrzmy się tym ostatnim. K u e s t e r twierdzi (l. c. str. 138): „Spotyka się osobniki, u których po operacji, podczas której obficie stosowano kwas karbolowy na ranę, bywa spostrzegana nadzwyczaj wysoka ciepłota, dochodząca do 40° C. i więcej; inni znowu chorzy, za każdą zmianą opatrunku pod osłoną mgły karbolowej, lub po każdym obmyciu rany tymże środkiem, oddziałują podniesieniem ciepłoty, inni przytem nie czują się źle, a rana nie przedstawia żadnych zmian wybitniejszych:“ K u e s t e r zatem, mniej więcej, utrzymuje tak: robicie choremu operację według przepisów Lister'a, opatrujecie go antyseptycznie; na drugi dzień chory wasz gorączkuje silniej niż przed operacją, lub zaczyna gorączkować (jeśli nie gorączkował), po kilku dniach gorączka spada, nadto widzicie, że chory nie ma ląknienia, mocz jest ciemno zabarwiony—macie więc zatrucie karbolowe, a owa gorączka jest jednym z jego objawów. Zdaniem mojem, wnioskowanie to nie daje jeszcze prawdy niezbitiej. Bo zważmy tylko: 1) badania przyczyn gorączki nie są wcale skończone, a akta ich zamknięte; 2) ponieważ większa część ran pod opatrunkiem Lister'a goi się bez gorączki, nie wypada ztąd byśmy mogli dziś powiedzieć stanowczo, że ten opatrunek stanowczo wyklucza gorączkę, i jeśli ta przy opatrunku przeciwgnilnym wystąpi, to już można wyłączyć działanie pierwiastków septycznych. Owszem V o l k m a n n i G e n z m e r ¹⁾ zwrócili uwagę na tak zwaną przez nich gorączkę aseptyczną, towarzyszącą ranom, gojącym się pod opatrunkiem Lister'a; wszyscy dziś zgadzają się, że ten opatrunek nie zabezpiecza bezwarunkowo od róży; 3) potrzeba nadzwyczajnej wprawy, uwagi, ścisłości aby móżdżek powiedzieć, że przy nakładaniu opatrunku nie popełniło się jakiegoś błędu, który właśnie mógł spowodować gorączkę; 4) wreszcie objawy pooperacyjne: jak wymioty, brak apetytu i t. d., mogą w części być odniesione na karb chloroformu. Tak więc nie można na pewno odnieść gorączek, występujących po operacji dokonanej przy zachowaniu ostrożności antyseptycznych, na karb kwasu karbolowego. Musimy fakta tu zaliczane zostawić przyszłości do rozplątania. Że zaś podobne fakta istnieją, na to mam dowód we własnej obserwacji (otrucie przy wydobywaniu ciał obcych z jamy kolanowej). U tej chorej staruszki wystąpiła po operacji gorączka, której krzywą tu zamieszczam. Proszę Szanownych Panów zwrócić uwagę, na opisane wyżej objawy, których całość nie przedstawia najmniejszej wątpliwości o istnieniu w tym razie zatrucia. Czemuż przypisać gorączkę? Stanowczo mogę wykluczyć jedno tylko, t. j. zakażenie septyczne. Zważmy bowiem, że operacja była zrobioną około 3 godziny, a tego samego dnia po 6-tej wieczorem już było 38,5° C.

¹⁾ Zobacz streszczenie w Medycynie. r. 1878, str. 54.



Takiego szybkiego odczynu po operacji nie widziałem nawet po owaryjotomijach, które się skończyły śmiercią z zapalenia otrzewnej, pochodzenia gnilnego. W 3 godziny już było podniesienie ciepłoty. Zważmy dalej, że w dalszym ciągu choroby ani obrzmienia stawu, ani części otaczających, ani wydzieliny ropnej śmierdzącej a tembardziej posoki, nie było wcale; rana pozostała owszem bez żadnej reakcyi, a ze stawu przy opatrunku wypływała maź (*synovia*) z krwią zmieszana. Chyba przy pęknięciu ropnia kostnego lub okołostawowego i wylaniu się ropy zepsutej do stawu, możnaby spotkać podobnie wysoką gorączkę, lecz z gwałtownymi

objawami miejscowemi. W końcu dodaję, że całe postępowanie było nadzwyczaj czyste i aseptyczne; spray przerywał swoją czynność chyba tylko wtedy, kiedy kwasu dolać wypadło. Lecz ileż owaryjotomij i resekcij zrobiono bez spray'u z dobrem zejściem! Nie podejmuję się rozwikłać tego spostrzeżenia, t. j. jego gorączki, stwierdzam tylko fakt, że są pewne niewytłumaczone zjawiska, które pewni autorowie właśnie czynią zależnemi od zatrucia fenolem. Dla tem większej ścisłości dodajmy, że operacyja odbywała się na kończyźnie, że zatem nie było tu obnażenia i oziębienia znacznej części ciała (jak np. brzuch), co również musi wchodzić w rachubę, po pięknej pracy W a g n e r'a, o wpływie oziębienia na chorego operowanego, i powtóre, że kobieta, o której tu mowa, była przed operacyją zupełnie zdrową, czyli, że spostrzeżenie moje jest i pod tym względem czystsze od Kuester'owskich, z których w jednym np. choremu już septycznie zakażonemu, mającemu przed operacyją 39,6° C., wyluszczone ramię w stawie barkowym, poczem ciepłota podniosła się do 41,5° C. K u e s t e r widzi w tem dowód zatrucia kwasem karbolowym. Ja powtórzę za B a r d e l e b e n'em (l. c. 3): kto może w takich warunkach wykluczyć nowe zakażenie w czasie samej operacyi? Nadto zanotujemy jeszcze jedno, że w naszym przypadku krwawienie w czasie operacyi było bardzo niewielkie.

Już bez porównania więcej za K u e s t e r'em przemawiałyby jego spostrzeżenia, w których po każdym opatrzeniu chorego według sposobu L i s t e r'a podnosiła się ciepłota, a po zmianie opatrunku karbolowego na salicylowy lub tymolowy gorączka zupełnie ustawała. Mnie jednakże krzywe temperatury, jakie on w swej pracy przytacza, wcale o tej wyraźnej zawisłości (podskoku gorączki od opatrunku) nie przekonywają; zależność ta zamało jest widoczną. Mogą zachodzić w czasie przewijania rany bardzo małe, niewidzialne zmiany, warunkujące gorączkę, jak: małe wynaczynienie, targnięcie rany i t. p. Już F a l k s o n ogranicza owe twierdzenie K u e s t e r'a, mówiąc, że „przy innych operacyjach,

z wyjątkiem rękoczynów na kościach i stawach, gorączki tego rodzaju nie spostrzegal; zjawisko to zatem zdaje się zależyć od szczególnej wrażliwości tych organów.“ (l. c. str. 238). Zresztą Falkson gorączkę karbolową uważa za możliwą. I jego krzywa (na str. 238), podobnie jak krzywe, podane przez Kuestera, nie są przekonywujące. Co się tyczy zabarwienia moczu i silniejszego wessania fenolu, to kto wie, czy ono nie jest silniejszym właśnie dlatego, że chory gorączkuje, a nie naodwrot.

Co się tyczy teorii działania fenolu w razie zatrucia, to doświadczenia Salkowskiego, zdaje się, nie pozostawiają żadnej wątpliwości, iż kwas karbolowy działa wprost na ośrodki nerwowe w sposób drażniący, poczem następuje porażenie. Śmierć jest następstwem bezwładu ośrodka oddechowego w rdzeniu przedłużonym. Serce przy zatruciu fenolem nie bierze w objawach bezpośredniego udziału, kurczy się bowiem jeszcze wtedy, kiedy już zwierzę oddechać przestało.

Rozpoznanie w danym przypadku, czy śmierć nastąpiła skutkiem zatrucia kwasem karbolowym, czy też z innej przyczyny wcale nie jest łatwe. Należy przytem pilnie rozważyć, czy inne szkodliwości nie wywarły podczas operacji wpływu o wiele przemożniejszego niż fenol, który zdradza się zabarwieniem w moczu. Do tych szkodliwości, o których wpływie dziś nikt nie wątpi, należy: oziębienie większej części ciała, wpływ chloroformu, utrata krwi i wstrząśnienie nerwowe (bojaźń i t. p.). W pewnych przypadkach wszystkie one składają się na smutne zejście, w którym kwas karbolowy zajmuje podrzędne miejsce; w niektórych jedynym powodem śmierci stanowczo było długotrwałe oziębienie skutkiem obnażenia i długiego polewania kwasem rany i części sąsiednich (przypadek Falksona); pozostaje ograniczona tylko liczba spostrzeżeń, w których śmierć rzeczywiście była następstwem zatrucia karbolowego. Falkson opisuje jeden przypadek, w którym, sądząc z przebiegu, można by przypuszczać otrucie fenolowe, a tymczasem badanie pośmiertne wykazało zator tłuszczowy (*embolia adiposa*). Z tych to względów, powtarzam, należy rozpoznanie otrucia w razach szybkiej śmierci po operacji, dokonanej przy użyciu kwasu karbolowego, stawiać oględnie, po uprzednim ścisłym a różnostronnem rozważeniu okoliczności.

Wreszcie, co się tyczy leczenia, to przedewszystkiem należy przy operacji uwzględnić wyżej wymienione warunki, od których zależy głównie wessanie fenolu; należy indywidualizować przypadki, postępując wedle danych, osiągniętych po zbadaniu chorego, a nie wedle jednego ubitego przepisu. O zarzuceniu kwasu karbolowego dziś nikt nie myśli; zastąpienie go do dzisiaj okazało się niemożliwym: posiada on jako środek dezynfekcyjny nieporównane zalety, wyróżniające go od tylu innych proponowanych środków. Rzadkie przypadki śmierci nie mogą się równać co do częstotności ze smutnemi zejściami od chloroformu, którego mimo to używamy codziennie.

W razie ukazania się zabarwienia w moczu należy albo brać słabsze rozcyny fenolu do opatrunku, albo go zastąpić kwasem salicylowym, chlorkiem cynkowym. W razie cięższych objawów należy dawać środek racjonalny, polecony przez Sonnemburga, a którego skuteczność potwierdzoną została przez

Kuester'a, Hueter'a i innych; jest nim kwas siarczany pod postacią siarczanu sodu (5 grammów na 100 grammów wody, co 2 godziny łyżkę), lub w postaci soli karlsbadzkiej. Falson widział dobry wpływ wody. Z kazuistyki zaś widzimy, że raz (otrucie w szpitalu w Brystolu) zastrzyknięto z dobrym jakoby skutkiem amonijak do żyły, w ilości dwóch kropel. Kocher radzi przetoczyć krew, czego rzeczywiście na mocy tego wskazania dokonał 2 razy z pomyślnym skutkiem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

34. Koeberlé. Wycięcie dwóch metrów jelita cienkiego; wyzdrowienie.

Gazette hebdomadaire Nr. 4 et 5. 1881.

Wycięcie kiszki jest operacją znaną od niedawna; przedsiębraną zaś była albo w celu usunięcia części zrakowaciałej, albo też przy uwięźnięciu wewnętrznym celem usunięcia kawałka jelita obumarłego (*gangraena*). Z dawniejszych chirurgów wykonał ją Reybard z zejściem pomyślnem. Chory był zdrów przez pół roku, poczem rak się odnowił i chory umarł w 10½ miesięcy po operacji. Nowy pochop do operacji dały dopiero doświadczenia Czerny'ego na zwierzętach i wyniki metody przeciwniejszej w ogóle. W ostatnich latach Gussenbaur, Thiersch, Schede, Baum, Czerny, Billroth, Bardeheuer pokusili się wyciąć części zrakowaciałej jelita grubego; Péan próbował usunąć część odzwierniczą żołądka zajęta przez raka (Billroth niedawno wykonał to z pomyślnym skutkiem — p. r. ¹⁾). Na nieszczęście wynik tych operacji był niepomyślny, z powodu szybkiego powrotu nowotworu. Drugim wskazaniem była zgorzel kiszki uwięźniętej; tu należą przypadki Kocher'a, Hagedorn'a, Nicolaoniego, Ludwik'a, Czerny'ego i t. d., z których większa część zakończyła się zupełnym uleczeniem chorego. Wreszcie w trzeciej kategorii przypadków przystąpiono do wycięcia kiszki przy odbyciu niezwykłym (*anus praeternaturalis*); tu należą spostrzeżenia Dittela, Czerny'ego, (2 razy) Billroth'a, z których było 3 razy wyzdrowienie. Do tych spostrzeżeń dołącza Koeberlé następujące mimowolne wycięcie kawałka kiszki. Przez pomyłkę, pewnej chorej, dotkniętej przepukliną udową uwięźniętą, wycięto pętlicę jelita cienkiego. Chora skarżyła się na mocny ból w udzie i pachwinie, gdzie wyczuwał się guzik, który wzięto za gruczoł chłonny uległy zapaleniu. Wypróżnienia nie były wstrzymane. Doszedłszy do mniemanego gruczołu, który górnym końcem wchodził do kanału udowego, pociągnięto go ku dołowi i przecięto szypułkę; wtedy dopiero okazało się że to było jelito. Następstwem był *anus praeternaturalis*. Chora wtedy udała się do Koeberlé'go, który wykonał operację z dobrym skutkiem.

W ciągu ostatnich trzech lat K. robił 4 razy wycięcie odbytnicy (*rectum*), dotkniętej rakiem na przestrzeni 6 — 7 ctm. ponad otworem stolcowym. K. wyciął kawał kiszki szerokości 6 — 8 ctm.; krwotok tamował szczypczykami hemostatycznymi, których wypadało nałożyć 60 — 80; po pewnym czasie szczypczyki odjął poprzestając na ucisku, nie podwiązywał ani jednego naczynia; następnie ścigał zdrową błonę śluzową na dół i przyszywał ją do skóry otworu stolcowego. Wszystkie cztery operacje skończyły się wyzdrowieniem bez recydywy. Jedna z operowanych, trzy lata temu, dostała później raka macicy, lecz nowotwór w kiszce się nie odnowił.

¹⁾ Tu należy również przypadek Rydyger'a z Chelma. (P. r.).

Na szczególną uwagę zasługują zwięzienia włókniste kanału kiszkowego, będące skutkiem obszernych blizn błony śluzowej; w wielu razach miejsce zwięzzone stopniowo się rozszerza i chory po wielu przypadłościach i niebezpieczeństwach przychodzi do zdrowia. Może się atoli zdarzyć potrzeba interwencji chirurgicznej. Koerberlé opisuje ciekawy przypadek rozcięcia brzucha celem przywrócenia drożności jelita, zawieszzonej skutkiem przegięcia kiszki na taśmie włóknistej. Przeciąwszy taśmę nożyczkami po palcu, uwolnił kiszkę, oczyścił jamę otrzewnej, zaszył brzuch; chora jednak zmarła z powodu wyczerpania sił, zakażenia septycznego, podeszłego wieku (73 lat); operacja dokonana była za późno, już przy objawach septycznego zapalenia otrzewnej (po otwarciu brzucha wyszły z niego gazy, a w jamie otrzewnej był zebrany płyn surowiczy cuchnący).

Po tych wstępnych uwagach, przechodzi K. do opisu nadzwyczaj ciekawego przypadku, który stanowi nie słychane *curiosum* w całej literaturze chirurgicznej. Znamienity owaryjotomista czytał rzecz swoją na posiedzeniu akademii lekarskiej Paryskiej, gdzie przypadek ten zwrócił na siebie powszechną uwagę.

Chora, 22-letnia panna, zupełnie przedtem zdrowa i dobrze zbudowana, od 2—3 lat zaczęła miewać kolki, z początku co miesiąc, później częściej, przychodzące w 3—4 godziny po jedzeniu. Roku zeszłego kolki te wzmożyły się do stopnia objawów uwięznięcia wewnętrznego, skutkiem czego udała się do Strasburga do Koerberlégo. W czasie napadu takiego bólu, pojawiały się kolki w tych punktach, którym odpowiadało rozcięcie kiszki w tych miejscach. Jeden z takich rozdętych odcinków kiszki, twardy i napięty, szerokości 10—11 ctm., dawał uczucie przelewania płynów i chęłbotania. Kolki były niesłychanie silne, niepokoiły chorą dniami i nocą, nie ustępowały od środków stosowanych, powracały co 5—10 minut. W odstępach czasu wolnych od bólu, brzuch był miękki, nigdzie nie wyczuwało się guza lub stwardnienia. Po rozważeniu wszystkich danych Koerberlé nie mógł postawić pewnego rozpoznania. Ani w pochwie, ani rakowiec, ani przegięcie przez taśmę włóknistą, ani skręcenie (*torsio*), ani uwięznięcie w otworze patologicznym, nie mogłoby istnieć naraz w trzech punktach. Chora nie przebywała nigdy durzycy ani rozwolnienia, trudno było przypuścić zwięzienie bliznowate. To tylko było pewnem, że przeszkoda istniała w trzech miejscach, dość oddalonych od siebie, że przeszkoda ta tkwiła w jelicie cienkiem, gdyż kolki i rozcięcie zajmowały głównie podbrzusze, a ból pojawiał się niedługo po jedzeniu, a bardzo szybko po napięciu się czegoś. Kiszka ślepa i jelita grube nie były rozdęte.

27 Listopada r. z. K. przystąpił do operacji. Zrobiwszy cięcie na linii pośredkowej, długości 9 ctm., wyciągnął najbliższe pętlice kiszki cienkiej na zewnątrz i wtedy przekonał się, że przyczyną zaburzeń w drożności jelit były 3 zwięzienia. Niepodobna nam iść trop w trop za słowami autora tej przesłicznej obserwacji, opisanej z obrazowością i jasnością prawdziwie francuską. Po krótkim wahaniu się, co zrobić: czy utworzyć odbyt sztuczny, czy wyciąć trzy kawałki zwięzzone z zachowaniem odcinków pośrednich, czy też wyciąć całą część od 1-go do 3-go zwięzienia, K. wybrał tę ostatnią drogę. Nałożywszy ligaturę tymczasową na kiszkę, aby nie dopuścić wylania się zawartości z jelita, i podwiązawszy kręzkę 12 ligaturami jedwabnymi, odciął 2 metry kiszki przy samym przyczepie do krézki, na zewnątrz jamy otrzewnej; a wtedy oczyściwszy dobrze tę ostatnią serwetkami, jak przy owaryjotomii, wpuścił krézkę i końce jelita zawiązane do jamy brzusznej, umieściwszy końce jelita i ich ligaturę w dolnym kącie rany, a nad niemi 12 ligatur wraz z krézką; reszta rany t. j. górny kąt został zaszyty. W ten sposób jama brzuszna została zupełnie odcięta od dostępu powietrza. Opatrunek bardzo prosty: nieco szarpi zmaczanej w wodzie karbolowej. Operacja trwała 3½ godziny, z tego pół godziny odchodzi na założenie owych 12 ligatur. Utrata krwi była nadzwyczaj małą. Przebieg gojenia nadzwyczaj pomyślny.

Najwyższa ciepłota 38° C. Chora od dnia operacji czuła się dobrze i nie miała boleści i kolek; jadła, piła i spała wybornie. Aby nie napelnić górnego odcinka kiszki, dawano chorej pokarmy przeważnie stałe; płyny i wodę wstrzykiwano do odbytnicy.

Na trzeci dzień, kiedy już nastąpiło przyrośnięcie kiszki do brzegów rany w otrzewnej, K. przeciął ligatury, wprowadził w oba końce jelita rurki kauczukowe; do 12 — 15 dnia odpadły ligatury z krézki, a rana zamieniła się na prosty lejek. Wiele kłopotu sprawiał wypływ soku kiszkowego, który obzerał skórę dokoła rany. Chora wstała z łózka poraz pierwszy na Boże Narodzenie, a w miesiąc później rana zupełnie się zagoiła, po uskutecznionej enterotomii (t. j. zniszczeniu ścianki oddzielającej światła końców kiszki do siebie przyrosłych).

Wycięte jelito wynosiło 2,05 m.; przedstawia ono 4 zwężenia; od 1-go do 2-go 14 ctm.; od 3-go do 4-go 55 ctm. Szerokość kiszki coraz się powiększa między 1-szem i 2-giem zwężeniem wynosi 42 milimetry, między 3-ciem i 4-tem 7—10 ctm. Światło zwężeń coraz bardziej się zmniejsza; pierwsze ma 12 milim. w średnicy, ostatnie tylko 4. Warstwa mięsna (*tunica muscularis*) kiszki jest bardzo znacznie przerosłą. Zwężenia były spowodowane przez owrzodzenia zabliznione. Dwa ostatnie zwężenia zapchane były pestkami winogron. Otrzewna, odpowiadająca miejscom zwężonym, przedstawiała ślady dawnego zapalenia. Godnym uwagi był brak w anamnezie gorączki, rozwolnienia, wtedy owe owrzodzenia w kiszce się tworzyły. Wreszcie K. wyciąga następujące wnioski: 1) Można wyciąć 2 metry i więcej kiszki bez wywołania zaburzeń w trawieniu. 2) W warunkach odpowiednich wycięcie jelita jest operacją zupełnie uzasadnioną. 3) Po wycięciu można, albo: a) końce kiszki zeszyć ze sobą, b) albo zrobić sztuczny odbył, z następczą enterotomiją, albo, c) połączyć częściowe zeszytanie z *anus praeternaturalis*. 4) Wycięcie części kiszki zwężonej, bliznowatej, może doprowadzić do uleczenia zupełnego. 5) K. uważa opisany sposób za bardzo dobry, gdyż zabezpiecza chorego od wylania się zawartości kiszkowej w pierwszych dniach po operacji do jamy otrzewnej i do rany. 6) Woda wprowadzona do odbytnicy zostaje wchłoniętą i chorzy nie doświadczają pragnienia, a tym sposobem ogranicza się ilość napojów branych przez usta, co jest ważnem po operacji.

Wł. Matlakowski.

35. Prof. Dr Ludwik Teichmann. Kit jako massa iniekcyjna i sposób nastrzykiwania tą massą.

W Krakowie, w drukarni uniwersytetu Jagiellońskiego. 1880. (Osobne odbicie z Rozpraw Akad. Umiej. Wydz. matem.-przyr. Tom VII).

Pod powyższym tytułem publikuje prof. Teichmann rezultaty swych doświadczeń nad nowo wynalezioną przez niego massą dla grubszych iniekcyj anatomicznych, która składając się istotnie ze zwyczajnego kitu stolarskiego, następującemi zaletami przewyższa wszystkie inne używane dotąd w tym celu massy. Massa kitowa może być wstrzykniętą bez wszelkich przygotowań, t. j. w stanie zimnym i bez uprzedniego ogrzania trupa, lub organu przeznaczonego do iniekcyj, gdy tymczasem massy woskowe, używane zwykle w zakładach anatomicznych, mogą tylko być wstrzykiwane w stanie ogrzanym i do trupa wskroś ogrzanego. Massa woskowa przy stygnięciu szybko tęższe, dlatego też musi być wstrzykniętą jednym ciągiem, bez przerwy, i wstrzykiwanie musi być ukończone w jaknajkrótszym czasie; następcze wypełnienie niedostrzykniętych naczyń, połączone jest z wielkimi trudnościami. Iniekcyja zaś massą kitową może w każdej chwili być przerwana i na nowo rozpoczętą lub uzupełnioną; można nią nastrzykiwać nie tylko całego trupa, ale bez trudności i oddzielne jego części; na przecięte

naczynia można podczas iniekcji wygodnie nakładać liczne ligatury i tym sposobem można łatwo skutecznie iniekcję wyciętych części ciała, które za pośrednictwem licznych anatomicznych gałęzi, łączyły się poprzednio z częściami sąsiednimi. Prof. T e i c h m a n o w i udało się nawet otrzymać najdoskonalsze preparaty z zupełnie przegniłych ciał, które zdawały się już do niczego nie być przydatnymi. Massa kitowa pozostaje giętką i podatną przez cały czas preparacji, t. j. dopóki organ przechowuje się w stanie wilgotnym; z przeciętego naczynia, pomimo to, nie wycieka (massa woskowa za to jest kruchą, naczynia drobniejszą masą tą wypełnione łatwo się łamią i przerywają), a jednak naczynie prężnie wypełnia. Po zupełnem wysuszeniu preparatu massa kitowa nabiera kamiennej twardości i stałości, nie ulega już żadnemu przeistoczeniu, gdy tymczasem massa woskowa podczas letniego skwaru topiąc się często wycieka z pękających naczyń. W zasuszonym preparacie wystarcza proste pociągnięcie naczyń pokostem lub lakierem dla uwydatnienia jaskrawego zabarwienia masy kitowej, a zatem niema potrzeby dodatkowego malowania ich farbą. Nareszcie wymienić należy, że massa kitowa jest tania, łatwo i szybko daje się zastosować do najróżnorodniejszych wstrzykiwań, jak np. do naczyń limfatycznych. Przyrządzanie masy odbywa się w następujący sposób: Należy przygotować zapasy zwyczajnego oleju lnianego, poddanego wrzeniu przez 8 — 10 godzin (bez dodatku przetworów łożowianych), jak również części stałe do masy, sproszkowane i przepuszczone przez gęste sita jak np. kredę szlamowaną, biel cynkową, barwniki (cynober, ultramarynę i t. d.). Kredę miesza się w miedzianym naczyniu z odpowiednią ilością barwnika, dodaje się oleju, zarabia się na masę gęstości kitu, którą następnie rozrzedzić należy do gęstości syropowatej, gotowej już do iniekcji, przez dodanie siarku węgla lub eteru siarczanego. Różnokolorowe masy przyrządza T. wedle następujących przepisów: Dla przygotowania masy czerwonej bierze na 5 grammów kredy szlamowanej, 1 gramm cynobru i 0,9 do 1,0 ctm. kubicznego oleju lnianego; masę tę rozrzedza 0,75 ctm. kub. siarku węgla (Przy iniekcji całego trupa wstrzykuje on do aorty z początku rzadszą, a następnie gęstszą masę). Dla błękitnej masy używa on na 15 grammów bieli cynkowej, 1 gramm ultramaryny, 2 do 2,5 ctm. kub. oleju, 1 ctm. kub. siarku węgla lub eteru siarczanego (ultramaryna daje z bielą cynkową jaskrawsze zabarwienie niż z kredą szlamowaną). Białą masę robi on prosto z 20 grammów bieli cynkowej, 3 ctm. kub. oleju, 2 ctm. kub. eteru; przed dodaniem eteru ogrzewa masę na kąpeli parowej. Dla iniekcji naczyń limfatycznych masę bardziej jeszcze rozrzedza, cedzi przez płatek lniany i odparowywa do gęstości rzadkiego miodu. Żółta massa otrzymuje się z tych samych części składowych z dodatkiem chromianu łożowianego; tak samo można zestawić masy z innymi barwnikami. Dla samego wstrzykiwania, wymagającego zastosowania znaczniejszej siły, T. nie używa zwykłych strzykawek, lecz każe sobie wyrabiać umyślnie na ten cel przyrządzone strzykawki, w których stępel tworzy śrubę, a tylna pokrywka rury stanowi muterkę (podobnie jak w pierwotnych strzykawkach Pravaza dla wstrzykiwań podskórnych); tłok tym sposobem posuwa się powoli naprzód przez obracanie stępła i wyciska masę ze strzykawki z wielką siłą. Rurki końcowe łączą się ze strzykawką za pomocą gwintu.

H. H.

36. O zachowaniu się miesiączkowania i o częstoci pseudomenstruacji przy rozmaitych formach tyfusu. D-r Barthel, ordynator szpitala Obuchowskiego w Petersburgu, zebrawszy treściwie rozmaite poglądy autorów, którzy pisali w tym przedmiocie, i stwierdziwszy sprzeczność tych poglądów, podaje swe własne wnioski, będące rezultatem obserwacji 172 kobiet, chorych na tyfus, podczas epidemii w zimie r. 1878/9. Przypadki te odnoszą się do trzech form tyfusów: wysypkowego, brzuszkiego i powrotnego. Wnioski są następujące.

1. Wpływ tyfusu na miesiączkowanie bywa rozmaity, zależnie od tego, na jak długo wystąpiła choroba przed terminem pojawienia się regularności.
2. Jeżeli regularność miała nastąpić w pierwszych pięciu dniach po zachorowaniu, to można prawie z pewnością spodziewać się jej wystąpienia; jeżeli termin pojawienia się regularności przypada między 6 a 14 dniem choroby, to prawdopodobniwszem jest iż wystąpi (w 66,5% przypadków); jeżeli zaś termin ten przypada po 14-m dniu choroby to regularność nie występuje.

3. Przy tyfusie brzuszny częściej brak miesiączki jak przy innych formach tyfusów (dla tyfusu brzuszno procent wynosi 54, dla innych form tyfusowych — 33).

4. W tych przypadkach, w których regularność miała wystąpić podczas tyfusu, wystąpiła w czasie właściwym w 54,32%, a w niewłaściwym czasie — w 8,64%, i mianowicie w 6,17% była opóźniona, w 2,47% była przyspieszona, a w 37,03% przypadków nie wystąpiła wcale.

5. Różne formy tyfusu mają dosyć ograniczony wpływ na sam charakter regularności (w 56,14% przypadków, obserwowanych przez autora, charakter ten nie uległ żadnej zmianie); wpływ ten jest najmniejszy przy tyfusie brzuszny, przy tyfusie plamistym ilość krwi bywa zmniejszona, przy tyfusie powrotnym — zwiększona.

6. Po tyfusie prawie zawsze następuje brak regularności; najczęściej brak dwóch lub trzech peryjodów.

7. Pseudomenstruacja, lub krwotok nie miesiączkowy z części płciowych, jest rzadkością u chorych tyfusowych (3,48%) i rzadko kiedy, jeżeli się zdarzy, dosięga znaczniejszych rozmiarów; stosunkowo najczęściej się to trafia u chorych na tyfus plamisty, nie obserwowano go zaś nigdy u kobiet, które już nie miesiączkują, albo które jeszcze nie doszły do okresu rozwoju płciowego. — (*St. Petersburger med. Woch. 1851. Nr. 2.*)
D-r St. Kondratowicz.

37. Paweł Kowalewski. Waga epileptyków, jako obiektywny objaw padaczki. (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, B. XI. 2 Heft. pag. 351. seq.*). Autor w swej pracy dochodzi do następujących wniosków:

a) Po każdym napadzie epilepsji, bez względu na jej rodzaj, następuje zmniejszenie się wagi ciała.

b) Zmniejszenie się wagi ciała jest zależnem od długości trwania choroby i od natężenia napadu.

c) W wypadkach zastarzałych, w których organizm już się przyzwyczaił do napadów i gdzie te napady zbyt często następują, zmniejszenie się wagi jest bardzo ograniczonem (1—2 funtów).

d) W wypadkach świeżych, w których napady od niedawna istnieją, i dość rzadko się pojawiają, zmniejszenie się wagi ciała jest dość znaczne (od 3 do 12 funtów).

e) Jeżeli ma miejsce kilka z rzędu napadów, to po pierwszym napadzie następuje gwałtowniejszy upadek wagi jak po następnych.

f) W stanie epileptycznym (*status epilepticus*) przy którym, w przeciągu 24 godzin, bywa od 5—20 napadów, zmniejszenie się wagi staje się bardzo znaczącem, dochodzi niekiedy do 15 funtów, chociaż po każdym z osobna napadzie, jest dość małe. Jeżeli *status epilepticus* trwa i na drugi dzień, to w tym drugim dniu, zmniejszenie się wagi będzie mniejsze jak dnia pierwszego.

g) Przy padaczce, zwanej *Grand-mal*, gdy mają miejsce gwałtowne skurcze, zmniejszenie się wagi ciała jest największe (dochodzi do 12 funtów).

h) Przy formie padaczki zwanej *Petit-mal* (przy zawrocie padaczkowym) ma miejsce również zmniejszenie się wagi, ale znacznie mniejsze jak w wyżej przytoczonej postaci, jakkolwiek i przy tej formie, w niektórych razach, może nastąpić znaczne zmniejszenie wagi. Zazwyczaj ma miejsce znaczne zmniejszenie się wagi od 2 do 5 funtów, ale w jednym przypadku autor widział zmniejszenie się wagi o 9 funtów.

i) Przy padaczce, przy której mają miejsce objawy ze strony psychicznej przy tak zwanej *epilepsia psychica*, zmniejszenie się wagi ciała, jest zawsze bardzo znaczne, i zależy od natężenia i trwania napadów. Niekiedy utrata wagi wynosi ¼ wagi całego ciała.

k) Przywrócenie utraconej po napadzie wagi ciała następuje bardzo szybko i

l) Nakoniec autor nadmieniał, że aby mieć pożytek z ważenia należy ważić codziennie, tak w dni napadów, jak i w czasie wolnym od takowych.
Edward Kornilowicz.

ODPOWIEDZI OD REDAKCYI.

W. D-rowsi S. w Piatrkowie. Artykuł odebraliśmy i pomieścimy go w jednym z następnych numerów *Gazety Lekarskiej*.

W. D-rowsi R. w Tetjowie. Najdogodniejszy sposób zadawania kussyny jest rozpuszczać takową w winie francuzkiem *Sauterne*. Dawka skuteczna dla dorosłego wynosi 3j, dla dzieci 3s—3j, stosownie do wieku. Działanie jest pewniejszym, jeżeli do kussyny dodać *Extr. fiic. maris aether.* w stosunku 1 części na 6 kussyny. Rozpuszczają się ona w winie zupełnie, nie odznaczając się wcale przykrym smakiem. Najskuteczniejszym okazał się być następujący sposób postępowania: na dzień przed przyjęciem kussyny, chory powinien użyć środka czyszczącego, np. *ol. ricini* lub *Pulvis liquoritiae comp.* i zachować dyjetę. Na drugi dzień po wypiciu filiżanki czarnej kawy mocno słodzonej, przyjąć kussyne co godzina pół drachmy w winie *Sauterne*. W godzinę po ostatniej dawce należy podać łyżkę olejku rycynowego lub szklanke wody gorzkiej. Najczęściej tasiemiec odchodzi w 6 godzin od przyjęcia pierwszej dawki. W ten sposób na 9 przypadków w 7-miu z nich tasiemiec odszedł cały, t. j. z głową, w 2-ch przypadkach głowy nie mogłem odnaleźć, recydywa jednak nie nastąpiła. Wychodzących części tasiemca nie należy odrzucać.
T. H.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.