

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1871 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1871 r. sr. 78. (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1.

**TREŚĆ:** Rozprawy naukowe. O wpływie nerwów na oddechanie. Przez *A. Fabiana* i *A. Stockmanna*. (Ciąg dalszy). Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Postrzeżenia chirurgiczne. Przez *Dra Minkiewicza* (z Tyflisu). (Dokończenie). Kronika Zagraniczna. Błonica gardzieli (*angina diphtheritica*). Przez *Dra Wertheimbera* (z Monachium). Strescił *Dr. Józef Nowak*. (Ciąg dalszy). Statystyka Lekarska. Wiadomość statystyczna o ruchu chorych w szpitalu Starozakonnych w Warszawie, w roku 1870. Przez *Dra D. Rosenthal'a*, Naczelnego lekarza szpitala Starozakon. Wiadomości bieżące. Kateter w macicy. Sprawozdanie o ruchu chorych leczonych w instytucie *Dra Kadlera*. Cholera w gubernii Warszawskiej. *Dr. Keith*. *Prof. Dr. Ernst Heinrich Weber*. *Wilhelm Braumüller*. *S. p. Prof. Dr. Filip Munk* i *Dr. Kwapiszewski*. Dodatek. Anatomii opisowej ark. 15ty i 16ty, Gynekologii ark. 21szy, Fizyologii *T. Ilgo* ark. 3ci.

## O wpływie nerwów na oddechanie.

Przez *A. Fabiana* i *A. Stockmanna*.

(Ciąg dalszy \*).

*Guttman* <sup>1)</sup> mówi, zgodnie ze zdaniem *Rosenthala*, że u królików po porażeniu n. błędnego, wielkość oddechowa nie zmienia się znacznie, a nawet po jakimś czasie podnieść się może. Ten ostatni wypadek wedle *G.* objaśnia się tem, że, podczas długich pauz między inspiracyami wymiana gazów pomiędzy krwią i powietrzem płuc odbywa się mniej energicznie, tak że ilość tlenu w krwi się zmniejsza, przez co ośrodek oddechowy do większego działania pobudzonym zostaje. Warunkowane przez to zmęczenie mięśniów oddechowych, prowadzi w końcu w dłuższym czasie po przecięciu nn. błędnych do zmniejszenia wielkości oddechowej.

*Panum* <sup>2)</sup> wykazał, że przy oddechaniu w ścieśnionem powietrzu, oddechy są zwykle głębsze, a zarazem wolniejsze, jak uważane poprzednio w zwyczajnej

\*) Patrz Nr. 30, Gaz. Lek.

<sup>1)</sup> *Guttman*, Ein Beitrag zur Physiol. und Path. der Respiration. Arch. f. path. Anat. und Phys. Bd. 39. p. 115 u. f.

<sup>2)</sup> *Panum*, Untersuch. über die physiol. Wirkungen. der comprim. Luft. Arch. f. die gesammte Physiol. v. E. Pflüger I. p. 125.

atmosferze, i że jeszcze po ustaniu działania ścieśnionego powietrza pozostaje pewien wpływ następczy. Dalej w ścieśnioném powietrzu oddecha się silniej wypełnionemi płucami, średnie położenie oddechowe przepony równa się w tym razie prawie najgłębszej inspiracyi przy zwyczajnem oddechaniu. To wedle P. polega na ściśnięciu powietrza zawartego w przewodzie kiszkiowym, zmniejszeniu pojemności brzucha przy ścieśnioném powietrzu.

Burkart<sup>1)</sup> robił doświadczenia w celu sprawdzenia, czy u królika istotnie poniżej n. krtaniowego górnego w n. błędnym nie przebiegają już cewki wstrzymać mogące ruchy oddechowe w stanie ekspiracyi, jak sądzi Rosenthal. Doświadczenia te doprowadziły go do przeciwnego wniosku, znalazł on bowiem, że, po odo-sobnieniu n. krtaniowego dolnego słabe drażnienie ośrodkowego końca tego nerwu wywołuje zwolnienie oddechania, przedłużenie pauzy między inspiracyami, przy silniejszym drażnieniu następuje wstrzymanie oddechania w stanie ekspiracyi. To powoduje B. do orzeczenia, że w nerwie błędnym poniżej odejścia n. krtanio-wego górnego przebiegają dwa rodzaje cewek, jedne powo-dujące wdechowanie, drugie wydechowanie i, że od przewagi jednych nad drugimi i od różnej odporności przeciw drażnieniu elektrycznemu (inspiracyjne mają być po-budliwsze) zależy, w jakim stanie oddechanie wstrzy-maném będzie.

Pflüger<sup>2)</sup> na mocy licznych doświadczeń, po których bliższy opis musimy czytelnika odesłać do oryginału, stara się objaśnić warunki i przyczyny tak normalnego oddechu, jako też *dyspnoë* i *apnoë*. Wypadki jego badań brzmią pokrótce jak następuje: „brak tlenu jest główną tak szybko i bezpośrednio dzia-lającą przyczyną *dyspnoë* przy uduszeniu przez zatkanie tchawicy i wdechaniu obojętnych gazów, gdyż analizy krwi psów uduszonych zawsze nie okazywały zna-cznego nagromadzenia kwasu węglanego, nieraz nawet ilość tego ostatniego się zmniejszała. Jednakże Pfl. zgadza się i na przyjęcie *dyspnoë* z powodu nagro-madzenia kwasu węglanego, pogląd Dohmerna zatem stwierdzonym zostaje. Wszakże wedle Pfl. bliższa przyczyna tego zjawiska polega na braku tlenu nie we krwi, a w samych tkankach resp. w *medulla oblongata*, przyczem Pfl. przy-jmuje istnienie i nagromadzenie w skutek braku tlenu produktów przemiany materyi łatwo się utleniających i działających jako bodźce.

Co do *apnoë*, uważa brak owych produktów, a więc brak bodźca za bliższą przyczynę warunkowaną wszakże, jako powód, nadmiarem tlenu.

Ale przyjmując, jakżeśmy powiedzieli *dyspnoë* w skutek nagromadzenia  $\text{CO}_2$  Pfl. twierdzi, że *dyspnoë* w skutek braku tlenu daleko łatwiej i prędszej następuje, jak w skutek nagromadzenia  $\text{CO}_2$  i że ten brak właśnie jest powodem szybkiego nduszenia przy zatkanii tchawicy lub oddechaniu w obojętnych gazach. Na mocy

<sup>1)</sup> Burkart, Ueber den Einfluss des N. vagus auf die Atgebewegungen: ibidem p. 107, Bonn. 1868.

<sup>2)</sup> Pflüger, Ueber die Ursache der Atgebewegungen, so wie der Dyspnoë und Apnoë; ibidem p. 61,



doświadczeń Thirry'ego <sup>1)</sup> przyjmuje wszakże możność pobudzenia normalnego ośrodka oddechowego przez normalną ilość kwasu węglanego we krwi. Ruchy oddechowe, twierdzi Pfl. stanowczo, utrzymują się jedynie tą potrzebą oddechu, to jest brakiem tlenu, resp. nagromadzeniem owych ciał łatwo utleniających. I przyczyna pierwszego oddechu, wedle niego, leży w tej potrzebie. Popiera on swoje zdanie w tym względzie obszernymi badaniami krwi płodu i noworodka, których tu szczegółowo opisywać nie możemy.

Ba u e r <sup>2)</sup> potwierdza pogląd Rosenthala co do następstw przecięcia i ośrodkowego drażnienia nerwu błędnego. Używał on oprócz strumieni elektrycznych, jeszcze i drażeń chemicznych i termicznych, przyczem otrzymywał też same wypadki.

B r e u e r <sup>3)</sup> doszedł do wniosków nieco odmiennych, jak jego poprzednicy. Wedle niego bowiem, ośrodek ruchów oddechowych, przy pośrednictwie n. błędnego, jest zależnym od stanu rozdęcia płuc, rozszerzenie płuc wywołane wetchnięciem lub wpuśnięciem powietrza działa samo przez się tamująco, stawiając sobie samemu granicę działania, pobudza zaś wydechanie i to tem bardziej, im silniejszym jest rozszerzenie; każde zmniejszenie objętości płuca wywołane jakim bądź sposobem powoduje wetchnięcie, a gdy nn. błędne przeciętymi zostaną, oba te działania się wstrzymują.

Zarówno jak Budge i Burkart i Breuer uważa za niesłuszne zdanie Rosenthala, jakoby przy każdym drażnieniu nn. błędnych, które wywołuje wydechanie, koniecznie i n. krtaniowy górny był podrażniony strumieniami ubocznymi, powiada on bowiem: „końce płucne nerwów błędnych, zarówno jak pień ośrodkowy nerwu błędnego, działają raz inspiracyjnie, raz expiracyjnie, a to stosownie do rodzaju drażnienia i innych ubocznych warunków,“ i to, wedle Br., tłumaczy taką sprzeczność zdań u rozmaitych badaczy. Że i n. krtaniowy górny oprócz tego działa expiracyjnie, temu Breuer nie zaprzecza.

Paweł Bert <sup>4)</sup> w obszernym dziele porównawczym o oddechaniu u rozmaitych zwierząt w lekcyi 24, 25 i 26, przedstawił wypadki swych badań za pomocą graficznego przyrządu zwanego przez niego „*pneumographe*“ (opis tego przyrządu *cf. Arch. de Physiol.* 1869, Nr. 2). Nie tu miejsce powtarzać liczne szeregi doświadczeń, ograniczymy się tylko na podaniu wniosków, ile że takowe dość się różnią od ogólnie przyjętych. I tak Bert powiada: 1) oddechanie może być zatrzymane przez podrażnienie n. błędnego, krtani, nozdrzy i większości nerwów czuciowych. 2) to zatrzymanie może być jużto w stanie wdechowym, jużto wydechowym, w skutek podrażnienia któregośkolwiek z tych nerwów. 3) słabe podrażnienie

<sup>1)</sup> Thirry, Des causes de mouvem. resp. et de la dyspnœe. Recueil des travaux de la société allem. de Paris 1865.

<sup>2)</sup> Ba u e r, Wlianie perereza bluźd. nerwa i razdraż ego centraln. konca na proces dyhania. Trudy pierwago sjezda russkich estestwo ispytatelej. St. Peterburg 1868.

<sup>3)</sup> J. B r e u e r, Ueber die Selbststeuerung der Athembewegungen durch den N. vagus. Sitzungsb. d. Akad. der Wiss. zu Wien 1868. Nr. 9, November Bd. 58, IV, Heft.

<sup>4)</sup> P a u l B e r t, Leçons sur la physiologie comparée de la respiration. Paris 1870. Leç. 24, 25, 26 i *Arch. de physiol. par Brown Sequard etc.* 1868, Nr. 2.

przyśpiesza oddechanie, silniejsze zwalnia. 4) oddechanie wraca podczas samego drażnienia i po ustaniu takowego przyśpiesza się prawie zawsze. 5) łatwiej jest otrzymać spokój w stanie wdechowym, jak w stanie wydechowym, a nawet zdarzają się zwierzęta, u których tej ostatniej wcale wywołać niepodobna. 6) gdy używamy dość silnego podrażnienia, możemy natychmiastowo wstrzymać ruchy oddechowe w stanie takim w jakim właśnie narzędzia oddechowe były w chwili drażnienia (inspiracyjny, współinspiracyjny, expiracyjny), jużto działając na nerw błędny, jużto na krtaniowy górny.

O ile w szeregu tych wniosków nie widać jasno, któremu nerwowi autor, jakie przypisuje działanie, o tyle z przeglądu tablic doświadczeń okazuje się, że wedle *Berta* n. błędny drażniony, byle dość silnie wstrzymuje oddechanie w expiracyi, zaś krtaniowy górny w inspiracyi.

*Nasse* <sup>1)</sup> na podstawie doświadczeń z nastrzykiwaniem do opróżnionych naczyń trzewiowych, jakoteż mózgowych, roztworu soli kuchennej ogrzanego do temperatury ciała, przychodzi do wniosku: że brak tlenu bynajmniej nie jest bodźcem dla ośrodków nerwowych i że przeciwnie jako bodźce drażniące uważać należy nie wydalone utleniające produkty przemiany materji, a przedewszystkiem obecność  $\text{CO}_2$ . I mianowicie wtedy  $\text{CO}_2$  działa w ten sposób, chociażby ilość jego nie była powiększoną, gdy ilość tlenu zmniejszoną zostanie.

*Falc* <sup>2)</sup> opracowując kwestyą o wpływie nerwów skórnych na oddechanie, zauważył, że istotnie drażnienie tych nerwów np. przy zanurzeniu ciała w wodę zimną, może działać tamująco na ośrodek wdechowy w rdzeniu przedłużonym i wywoływać wstrzymanie oddechu w stanie expiracyi. Wedle *Falc* przedewszystkiem nerwy klatki piersiowej silny wpływ wywierają.

Zakończywszy w ten sposób przegląd prac specjalnych, nie będziemy przytaczali teoryi przyjętych w różnych podręcznikach, gdyż byłoby to powtórzeniem przytoczonych już zdań w nieco zmienionej formie. Tak więc przechodzimy do drugiej części naszej pracy. (Dalszy ciąg nastąpi).

## POSTRZEŻENIA CHIRURGICZNE.

Przez Dra *J. Mińkiewicza* (z Tyflisu).

(Dokończenie <sup>3)</sup>).

### *B)* Dwa nowe wypadki doszczętnego leczenia przepuklin sposobem *Mösner*'a.

W dalszym ciągu podawania wypadków operowanych przepuklin pachwinowych, teraz udzielię dwa nowe z kolei 6 i 7 <sup>4)</sup>.

<sup>1)</sup> *Nasse*, Sauerstoffmangel ein Reiz für nervöse Centralorgane? Centralbl. der Med. Wiss. 1870, Nr. 18.

<sup>2)</sup> *F. Falc*, Ueber eine eigenthümliche Beziehung der Hautnervenzur Athmung. Arch. f. Anat. Physiol. und wissenschaftl. Medicin. 1869, Nr. 2.

<sup>3)</sup> Patrz Nr. 30 Gaz. lek.

<sup>4)</sup> Gaz. Lek. T. VIII, 1870. Nr. 51, 52.



6. Przepuklina pachwinowa prawa ruchoma, operowana sposobem Mösner'a.

Powrót po ćwiczeniach gimnastycznych.

Junkier, z. s. imeretyn, 23 l. m., mocno zbudowany, wszedł do Tyfliskiego szpitala wojskowego dnia 11 marca r. 1870 (Nr. 1151) z zadawnionym nieżytem przewodu kiszkiowego; niekiedy przytém chory wymiotował, co było poprzedzane długiemi nudzeniami. Chory od 3ch lat cierpi na nieznaczna przepuklinę pachwinową prawą, sięgającą do połowy moszny, lekko odprowadzalną. Ciągła jazda konna i gimnastyczne ćwiczenia — przyczyniły się właśnie do powstania i rozwinięcia tej przepukliny. Dnia 26 kwietnia zadano choremu ol. rycynowego  $\bar{5}$  jedną i enemy przez zapomnienie nie zastosowano. Dnia 28 zrobiłem operacyę w ten sposób, że przeprowadziłem 3 ligatury złożone z surowego kręconego jedwabiu i każda z nich składała się z 2ch oddzielnych grubych nitek. Rany wejścia i wyjścia były odległe od siebie w dwóch ligaturach wewnętrznych na 8 cent. w zewnętrznej zaś trzeciej na 9 cent. Rany zwyczajnie opatrzone *Rp. Ext. opii aquos. gr. 1/4*, proszek jeden.

Dnia 29, tętno 68, słaby ból w operowanej okolicy, stolec zatrzymany. Takież dwa proszki. Dnia 30, od wczorajszego wieczora lekki stan gorączkowy. Tętno 80. Chory skarży się na mocne bóle poczynające się od okolicy pachwinowej i sięgające aż do wątroby; dotknięcie lekkie nawet jest przykrém. Cały brzuch mocno odęty. Wieczorem o 6 tętno 90, pełne. *Rp. extr. aconiti, pulv. herb. digitalis aa gr. j, Sacchari albi gr. vj. D. S. pulv. Nr. 4*; co trzy godziny po proszku i, *clyma commune*. Dnia 1go maja, ból w prawej okol. brzucha, czerwoność skóry w około rany; chory miał jeden stolec. Gorączka mniejsza; tętno mniej pełne, 92. *Rp. Calomel gr. 1/8, Exti opii aquos. gr. 1/4, Nr. 4*. Dnia 2go w nocy, cztery wypróżnienia, poczem chory uczuł się lepiej. Obrzmiałość i ból w brzuchu mniejsze. Tętno 84. Czerwoność skóry w około ran i burczenie w brzuchu w tymże stopniu. Używa calomel bez opium.

Dnia 3go, sen dość dobry, tętno 70, cztery wypróżnienia; chory się skarży na ból w prawej stronie brzucha. Rany ropieją, środki też same.

Dnia 4go, wypróżnienia nie było. Tętno 72, ból słaby w okolicy podżebrów prawej; ciężar i zawrót głowy od makowca, którego odtąd zaniechano.

Dnia 5go, kaszel lekki, krwotok nie znaczny z rany z powodu nieogłędności chorego. Dnia 6go, słaby stan gorączkowy, tętno 85, znowu bóle w prawym boku się wzmożyły. Dała się spostrzedz nieznaczna obrzmiałość w kierunku paska nasiennego, sięgająca w górze aż do żeber fałszywych. Kaszel suchy. *Rp. infus. ipecacuanh. ex gr. vj —  $\bar{5}$  vj, ext. hyoscyami gr. jj, aq. amygd. amar. 3j*; 6 łyżek dziennie.

Dnia 7go, stan bezgorączkowy, kaszel mniejszy, ból w prawej stronie brzucha mniejszy. Środki też same. Dnia 8, ból w prawym boku daleko mniejszy, ligatury zostają jeszcze w ranie, ropienie dobre. Kaszel całkiem prawie ustał, ogólny stan zadawalniający. Dnia 10, wczoraj wieczorem chorego ziębiło, gorączki nie było, poczem choremu dokuczało silne gorąco. Dziś z rana stan najzupełniej

bezgorączkowy, bóle w prawym boku ustały. Ogólny stan zadawalniający. Lekarstwa zaniechane.

Dnia 20 wyjąłem ligatury. Dnia 22, ranki już się zablizniają, ogólny stan dobry. Dnia 24go, chory miał wypróżnienie bolesne, poczem uczuł ból w prawej stronie brzucha i pod sutkiem. Dnia 25, ból się głównie skupił na 3 cale pod sutkiem; opukiwanie nic nie wykryło. Noc spokojna, stan bezgorączkowy. Dnia 7 czerwca, chory się skarży na ból w prawej pachwinie. Rany się zagoiły ku końcowi czerwca i chory wyszedł ze szpitala.

Niezwykłym zjawiskiem u tego chorego były bóle poczynające się od przewodu pachwinowego i sięgające prawie do okolicy podżebrowej; prawdopodobnie te bóle zjawiające się zaraz po operacji były następstwem tego, że nie we właściwym czasie użyto środków rozwalniających i zapomniano zastosować enemę. Pozostałe ekskrementy w kiszki, obok zmniejszenia makowcem ruchów perystaltycznych, spowodowały obfity rozwój gazów, one to właśnie sprawowały te bóle. Nie bez wpływu na powstanie tych bólów było i to, że chory przed operacją długo cierpiał na biegunkę. Wypuszczając chorego ze szpitala zbadalem stan jego, przytem przekonałem się, że za każdym mocnym kasznięciem dawało się uczuć i widzieć, że kiszki wchodziły do wewnętrznego otworu przewodu pachwinowego, a więc ta część pozostała nie zarośniętą. Zaleciłem choremu pilne noszenie opaski, ale ponieważ jako zostający w szkole junkrów musiał oddawać się ciągłym ćwiczeniom gimnastycznym i dla tego po pewnym czasie zauważał, że przepuklina znowu stopniowo się rozwijała. Powtórnie widziałem chorego pierwszych dni listopada r. 1870 i znalazłem, że przepuklina była w stanie jak i przed operacją.

7. Przepuklina pachwinowa prawa, operowana sposobem Mösner'a bez skutku.

Junkier szkoły Tyfliskiej A. M., 20 l. m., mocno zbudowany, był przyjęty do Tyfliskiego szpitala wojskowego dnia 4 maja r. 1870, (Nr. 1855). Opatrując chorego, znalazłem nieznaczną przepuklinę pachwinową ruchomą; do otworu zewnętrznego przewodu pachwinowego zaledwo tylko koniec palca wskazującego wchodził. Chory podawał, że przepuklina powstała w skutek częstych ćwiczeń gimnastycznych. Dnia 19 maja, operowałem uprzednio należycie przygotowawszy chorego. W tym przypadku musiałem tylko jedną ligaturę przeprowadzić przez przewód pachwinowy, inne zaś dwie przez tk. łączną podskórną przed otworem zewnętrznym przewodu pachwinowego położoną i to właśnie w skutek tego, że otwór tego kanału był mały i trudno było przez niego przeprowadzić wszystkie ligatury. Postępując tak rachowałem na to: że po zapaleniu sprawionem ligaturami, tkanka komórkowa stwardnieje, powstanie tkanka bliznowa zapobiegająca wypadnięciu kiszki. Leczenie po operacji było także jak i w poprzedzających przypadkach. Dnia 21, 22, ból w brzuchu powyżej miejsca operacji. Gorączka umiarkowana. Po enemie nastąpiło jedno wypróżnienie. Jedna z ligatur werżnęła się do brzegów rany co sprawiało pewne bóle.

Dnia 24, czuje się dobrze, i na nic się nie skarży. Pozostaje bez lekarstw. Dnia 29, kaszel suchy; wysłuchując klatkę piersiową wykryliśmy w tylnych czę-



ściach obydwóch płuc drobne rzeżenie wilgotne pęcherzykowe. *Rp. Inf. ipecacuanh. ex gr. vj— 3 vj, Kali nitrici dr. j. extr. belladon. gr. j. aq. lauro cerasi dr. j. eo* dwie godziny po łyżce; enema.

Dnia 30, kaszel, plwociny ze krwią zmieszane. Wysłuchując klatkę piersiową znaleziono oddech szorstki, tarcie płuca prawego o oplucną żebrową i rzeżenie trzeszczące. Też środki i pijawki do miejsca bolesnego klatki piersiowej.

Dnia 31, chory spał spokojnie, od rana kaszel większy, tętno 78, ciepłota prawidłowa.

Dnia 3 czerwca, stan chorego zadawalniający, kaszel i ból w piersi mniejsze, odpluwanie umiarkowane. Dnia 9, ligatury wyjęte, poczem rany stopniowo się zmniejszając zagoiły.

Opatrując chorego dnia 9 lipca, w dzień wyjścia ze szpitala znalazłem, że tkanka podskórna w okolicy operowanej zgrubiała, stwardniała, przy kasznięciu uderzenie kiszek wyraźniejsze w otworze zewnętrznym przewodu pachwinowego niż w poprzedzającym przypadku. Chory ten w ogóle w czasie leczenia mniej dokładnie zachowywał przepisy, szczególnie nie leżał na grzbiecie, ale wstawał, chodził. Zalecono wychodzącemu nosić opaskę przepuklinową. I u tego chorego w parę miesięcy pod wpływem ćwiczeń gimnastycznych znowu przepuklina się zjawila, jak mi o tém doniesiono.

Gdy zbieram więcej nowych wypadków, wtedy pozwolę sobie wypowiedzieć pewniejsze wnioski.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### Błonica gardzieli (*Angina diphtheritica*).

Przez Dra W e r t h e i m b e r a (z Monachium).

Streścił Dr. Józef Nowak.

(Ciąg dalszy \*).

Początek błonicy nosa zapowiadają zwykle krwotoki będące częstymi towarzyszami tego cierpienia. Są one niebezpiecznymi tylko w tych razach, gdy jednocześnie istnieje posocznica lub brak krzepliwości krwi; wówczas nawet stać się one mogą bezpośrednią przyczyną śmierci. Do przyczyn sprzyjających wystąpieniu krwotoków z nosa należą przedewszystkiem wymioty. Potrzeba się strzedz zatem podawania środków wymiotnych przy istnieniu podobnego rodzaju skłonności.

Często błonica gardzieli wikła się tylko z prostym nieżytem nosa; rozróżnienie takowego stanu od błonicy nosa wyświeltli dalszy przebieg choroby. Trudniejszém jest nierównie ocenienie stanu, gdy błonica umiejscawia się najprzód na bł. śluzowej nosa i gdy następnie albo pozostaje ograniczoną do tej tylko części albo też przechodzi na gardziel a nawet i krtkań. Chory przedstawia wówczas objawy ostrego nieżyty nosa z towarzyszeniem mniejszej lub większej gorączki. Obrzmienie gruczołów podszczękowych występuje dopiero wówczas, gdy gardziel bierze udział w cierpieniu. Brak tak ważnego objawu nadzwyczaj utrudnia rozpoznanie, szczególnie w tych razach, gdy siedliskiem choroby są otwory tylne lub ściana górna jamy nosowej; wtenczas bowiem błon fałszywych widzieć niepodobna. Najpewniejszego środka rozpoznawczego dostarcza nam w tego rodzaju wypadkach staranne zbadanie wydalonych mass, w tych bowiem znajdujemy produkta, dowodzące istnienia błonicy. W niektórych wypadkach jednocześnie z cierpieniem nosa występują i inne po-

\*) Patrz Nr. 32 Gaz. lek.

zornie żadnego znaczenia nie mające zmiany, do jakich należą: pęknięcia (*rhagades*) w kątach ust lub innych miejscach, pokryte błonicowym złogiem, wrastanie paznogcia (*paronychia diphtheritica*), błonica na częściach płciowych, błonica u innego indywiduum tejże familii i t. p. które nam jednak niezmiernie ułatwiają rozpoznanie.

Niekiedy do objawów błonicy nosa dołącza się łzawienie oczu. Polega ono na zatkaniu przewodu noso-łzowego i kanalików łzowych wskutek ich obrzmienia. Rzadziej złowrogi ten proces przechodzi na łącznicę a zwłaszcza łącznicę powieki dolnej.

Dla uzupełnienia obrazu błonicy musimy wspomnieć także o udziale jaki w niej biorą organa słuchu. Bóle w uszach niekiedy b. żywe zdarzają się często przy błonicy gardzieli a u niektórych dzieci bywają główną przyczyną ich płaczu. Tłumaczymy to wprost przeniesieniem się zapalenia z gardzieli na trąbkę i jamę bębenkową. Powstałe w skutek tego zapalenie ucha środkowego (*otitis media*) może spowodować pęknięcie błony bębenkowej i wylanie się posokowatego płynu z organu słuchu na zewnątrz.

### B ł o n i c a o g ó l n a.

Błonicą ogólną nazywamy taki stan, w którym umiejscowienia choroby są liczne, w którym cierpienie nie ogranicza się tylko do błon śluzowych, lecz występuje i na innych miejscach ciała. Tego rodzaju błonica objawia szczególniejszą skłonność do rozwijania się na obnażonych z naskórka powierzchniach skóry, a mianowicie na takich, które są siedliskiem wyprzeń (*intertrigo*) lub wilgotnej ekzemy, na ranach powstałych w skutek weżykatoryj, przystawiania pijawek i t. p., zarówno jak i na przejściach skóry w bl. śluzową (kąty ust, wargi wstydlive, napletek, odbył i t. d). Wypadki takiej błonicy powstają albo skutkiem specyficznój zmiany krwi, albo skutkiem wpływów zewnętrznych a mianowicie zarazka zawartego w powietrzu otaczającym chorego. Analogiczne processa, jakie obserwujemy przy płonicy (*scarlatina*) czynią prawdopodobniejszym pierwsze przypuszczenie.

R o z p o z n a n i e. Dla uniknięcia pomyłek w rozpoznaniu, lekarz, ilekroć nie znajdzie żadnego umiejscowienia choroby, powinien zawsze (a szczególnie u dzieci) obejrzeć gardło; często bowiem przypuści błonicę tam, gdzie ona wcale nie istnieje, lub zapozna ją wówczas, gdy ta jest obecną.

Błonica często może być zmieszana już z prostą nieżyłową wydzieliną na migdałkach lub z serowatemi massami, jakie u wielu osób wypełniają kieszonki i wydrążenia migdałków. Najczęstszą jednak przyczyną takiej zamiany jest wrzód t o r e b k o w a t y migdałka (*ulcus folliculare*). Wrzód ten powstający jak wiadomo przy nieżyłowym zapaleniu migdałków, w skutek pęknięcia i zlania się z sobą pojedynczych ropni torebkowych, przedstawia bardzo powierzchowną, okrytą żółtawemi massami utratę tkanki. W odróżnieniu go od błonicy nie zachodzi najmniejsza trudność, zwłaszcza w tych wypadkach, gdzie obok wrzodu istnieją jeszcze zamknięte ropnie, wystające w postaci żółtych guziczków; gdzie zaś takowych niema, łatwe oddzielenie się ropiastej warstwy może posłużyć za rozpoznawcze kryterium.

W początkach rozwoju błon dyfterytycznych można błonicę zmieszać z c i e n k i e m k r u p o w y m z ł o g i e m, zdarzającym się niekiedy na migdałkach przy *angina phlegmonosa*; złóg ten jednakże nigdy w dalszym przebiegu choroby nie osiąga zbitości błonicowego, gruczoły zaś szyjowe nie ulegają obrzmieniu.

Nierównie rzadziej jak stany poprzednie wymaga różniczkowego rozpoznania *angina herpetica*. Cierpienie to zdarzające się u dorosłych, wyjątkowo tylko pojawia się u dzieci, posiada ono wiele cech wspólnych z błonicą; dla dokładnego więc rozpoznania musimy choć w krótkości opisać tę tak mało jeszcze dotychczas znaną chorobę. Wyprysk (*herpes*) gardzieli poczyna się gorączką, ogólnem niedomaganiem i objawami gastrycznymi. Wkrótce potem chorzy skarżą się na utrudnienie polykania i żywy ból palący w gardle; ból ten sięga powiększej części aż do trąbki Eustachiusza odpowiedniej strony, niekiedy ku jamie nosowej lub krtani. Gruczoły podszczękowe obrzmią i na ucisk bolesne. Przy obejrzeniu gardła widzimy zwykle tylko po jednej stronie żywe zaczerwienienie i umiarkowane powiększenie objętości zajętych organów wchodzących w skład



podniebienia; zaczerwieniona bł. śluzowa podniebienia miękkiego, migdałów i języczka jest siedliskiem jednej lub więcej grup pęcherzyków, które wyraźnymi są tylko z początku, gdyż później w skutek maceracyi nabłonka takowe pękają. Nie wykształca się tu jednakże strup, jak to bywa na skórze, lecz pozostaje miejsce wyżarte, na którym tworzy się albo delikatna błonka, łatwo odpadająca w skutek ruchów połykania, albo pokrywa (rzadziej) grubym plastycznym wysiękiem nadającym mu wygląd białej plamy, otoczonej silnie zaczerwienioną obwódką i znikającej po kilkodniowym trwaniu. W największej liczbie wypadków wypryskowemu zapaleniu gardzieli towarzyszy wyprysk na innych częściach błony śluzowej (ust, języka, policzków i t. d.), a jeszcze częściej wyprysk skóry (*h. labialis, nasalis*), co jest główną cechą rozpoznawczą tego mało znacznego cierpienia.

Niekiedy nawet ciężkie formy błonicy mogą być zapoznane. Im cięższe jest cierpienie, tém większa obojętność chorego. Z tém wszystkiém nawet tam, gdzie żadna trudność w przelicykaniu pokarmów nie istnieje, przychodzi nam w pomoc: obrzmienie gruczołów szyi, cuchnienie z ust, nosowy dźwięk mowy, chrapiący oddech z nawpołotwartemi ustami, wypływ śliny i t. p., cały zbiór objawów, niedozwalający nam ani na chwilę wątpić o siedlisku choroby. Może wprawdzie błonica umiejscowić się pierwotnie na częściach, niedosięglych okiem lekarza jak np. na tylnej powierzchni podniebienia lub w tylnych jamach nosowych. W takim wypadku udaje się nam niekiedy wykryć złóg dyfterytyczny ujmując szczypczykami języczek i pociągając go ku przodowi i górze; zresztą rzadko przy zajęciu tylnej powierzchni podniebienia niema żadnych objawów ze strony gardzieli, a w ostateczności przynajmniej obrzmienie gruczołów szyjowych zapoznaje nas z charakterem procesu.

Zdarzają się niekiedy trudności w odróżnieniu błonicy gardzieli od poczynającej się płonicy (*scarlatina*), zwłaszcza, gdy pierwszej w początkach rozwoju towarzyszy *erythema* szyi. Lecz płonica cechuje się tém, że zwykle już w samym jej początku występuje silne zajęcie gardzieli; że czerwoność zapalna jest żywszą i więcej rozszerzoną, nierazko aż na język; wreszcie wysoki stopień gorączki, wielka niespokojność chorego, silny ból głowy, majaczenie, drgawki lub odurzenie przemawiają za istnieniem płonicy.

Ogólny obraz złośliwej błonicy, wysoka gorączka, upadek sił, obrzmienie śledziony i przytrafiająca się niekiedy różyczka (*roseola*), przedstawia nadzwyczajne podobieństwo z obrazem objawów tyfusu, zbadanie jednak gardzieli usunie wątpliwość w rozpoznaniu. Spotykamy jednakże trudność wówczas, gdy błony fałszywe wcale nie są widoczne, a zaburzenia ogólne wskazują na zajęcie krtani. Mniemano, że możebność taka istnieje tylko w teorii, liczne jednak wypadki dowiodły, że zdarza się i w praktyce. Bezgłos, oddech kurczowy, duszność i sinica są obu chorobom właściwe; wyróżniającym tu jest czas wystąpienia objawów ze strony krtani; gdy bowiem w błonicy pojawiają się one bardzo wczesnie, w tyfusie przeciwnie dopiero w okresie polepszenia a częstokroć dopiero podczas rekonwalescencji.

W końcu wypada wspomnieć o błonicy gardzieli bez charakterystycznych zmian na bł. śluzowej (*diphtheria sine diphthera*). Wypadki tego rodzaju podają *F o e r s t e r*, *N e w m a n*, *L e v i n* i inni. Według *N e w m a n*'a w owej ukrytej błonicy miejscowe cierpienie ogranicza się tylko na niewielkim bólu gardła i zaczerwienieniu; niekiedy do tak nieznacznych zaburzeń miejscowych dołączają się objawy głębokiej depressyi układu nerwowego. Samo się przez się rozumie, że ocenienie takich wypadków jest tylko wówczas możliwe, gdy są okoliczności, czyniące prawdopodobnem błonicowe zakażenie.

Do ukrytej błonicy zaliczają także wypadki, w których miejscowe cierpienie wcale nie bywa dostrzeżonem, a chory dopiero przy wystąpieniu następczego paraliżu przypomina sobie, że przed niedawnym czasem doznawał nieznacznego bólu gardła. Takich jednak wypadków nie należy kłaść na równi z poprzedniemi; mogły one bowiem należeć do najlżejszej formy prostej błonicy gardła.

**P r z y o z y u y.** Musimy tu przedewszystkiem postawić następujące pytanie: czém jest błonica? Czy pierwotnie jest cierpieniem ogólnem, zatruciem krwi a umiejscowienia są jego skutkiem, czy też jest tylko cierpieniem miejscowem, z którego dopiero następczo roz-

wijają się objawy ogólne? Każde z powyższych przypuszczeń znalazło licznych zwolenników, dla żadnego jednak nie dostarczono dotychczas zadawalniającego dowodzenia. Autor nasz dowodzi, że specyficzny czynnik spowodzający błonicę zostaje z wdychaniem powietrzem w krew wprowadzony i że ten krążąc z krwią wywołuje w rozmaitych tkankach i organach procesa zapalne. Ponieważ zaś zmiany błonicy właściwe najwcześniej i najstałej objawiają się na bł. śluzowej, o którą powietrze przy oddychaniu trzeć się musi (gardziel, nos, krtani), więc nasuwa się mniemanie, że zarodek choroby zaszczipia się na bł. śluzowej, z którą w zetknięciu najprzód zostaje i na tej pierwsze oznaki życia okazuje. Stopień udziału całego organizmu zależy w części od ilości, w części zaś od własności wniklego weń jadu, który z wymienionych bł. śluzowych albo z innych jakichkolwiek miejsc ciała w krew przechodzi.

Pod względem swój istoty błonica z niektórymi zakaźnymi chorobami przedstawia pewne wspólne właściwości, a mianowicie: epidemiczność, szczególne usposobienie do niej wieku dziecięcego, rażący nie stosunek pomiędzy objawami ogólnymi a zmianą miejscową, nadewszystko jednak różnorodność umiejscowień. Wszystkie te momenta dowodzą, że błonicę zaliczyć należy do klasy ostrych zakaźnych chorób, jakkolwiek nie każdy wypadek przedstawia typ zupełny tej klasy.

W nowszych czasach teoria pasożytna zalewając swą falą prawie całą patologię znalazła i dla błonicy pewne grzybki; tym to tworom roślinnym przypisała przyczynę miejscowego cierpienia, objawy zaś ogólne wstąpienia w krew ich zarodków lub wpływowi zmian miejscowych na cały organizm. Autor zręcznie obala powyższe twierdzenia i dowodzi, że grzybki, istniejące na błonie śluzowej zajętej przez błonicę rozwijają się następczo t. j. dopiero wtenczas, gdy warunki sprzyjające ich rozwojowi zostaną stworzone przez samą chorobę.

Chciano wreszcie uważać błonicę za czysto miejscowe cierpienie, objawy zaś ogólne przypisywano ropnicy (*pyaemia*) wywołanej przez chorobę pierwotną; takiemu jednak zdaniu sprzeciwia się już ten fakt, że często bardzo żywe objawy zatrucia występują bez istnienia nasięku błonicowego lub zmian spowodzających wessanie posoki.

Błonica zdarza się zarówno sporadycznie jak i epidemicznie; powstaje ona samodzielnie (z miazma) i przez zetknięcie z choremi na błonicę osobami. Należy ją zatem uważać za chorobę miazmatyczno-kontagijną. Nie jest przywiązana do żadnego klimatu, a z pomiędzy stref umiarkowana najwięcej jest nawiedzana przez błonicę. Wilgotne niziny, miejscowości leżące w pobliżu bagien, wód stojących, nawpółwyschłych rzek a szczególnie wydzielające wyziewy zgnilizny, są według ogólnego przekonania głównemi ogniskami błonicy. Stosunkowo rzadziej pojawia się ona w miejscach wysoko położonych, suchych. Niektórzy jednak badacze (*Barrels*) nie przyznają żadnego wpływu na powstawanie epidemii ani warstwom gruntu; *Mair* z obserwacyi dokonanych w 1868 roku w czasie epidemii istniejącej w Bawaryi i środkowej Francyi wyprowadza wniosek, że pokład wapienny sprzyja nierównie więcej rozwojowi błonicy, aniżeli pokład kajprowy. Wpływ pór roku i warunków meteorologicznych na powstawanie tej choroby, nie został również dotychczas należycie oceniony. Epidemie błonicy obserwowano we wszystkich porach roku i wśród najrozmaitszych warunków atmosferycznych, najczęściej jednak w zimie i jesieni; zauważono przytém, że szczególnie w i l g o t n e z i m n a szerzeniu się choroby sprzyjają. Podobne działanie wywierają także mieszkania wilgotne, źle przewietrzane i nieczyste izby.

Że błonica jest z a r a ż l i w ą, to fakt ten nie ulega najmniejszej wątpliwosci. Charakter taki nie tylko epidemicznej błonicy jest właściwy, lecz również i sporadycznej a nawet najłagodniejszej jej formie; zarażenie przez tę ostatnią może u innego indywiduum wywołać śmiertelne cierpienie. Zarazek może być związany już z lotnym, już ze stałym środkiem przenosi się on na inne osoby zarówno przez wyziewy chorego i otaczające go powietrze, jak i przez zetknięcie się z pewnemi produktami choroby; działa tęp silniej, im więcej jest stężony t. j. im mniejsze jest staranie o czystość powietrza. Usposobienie jednak do przyjęcia zarazka błonicy i szerzenie tegoż są nierównie mniejsze, aniżeli np.



zarazka błonicy, ospy i odry. Epidemie bowiem błonicy niedosięgają nigdy tego natężenia jak epidemie dopiero co wspomnianych wysypek, często także choroba ogranicza się tylko do pojedynczych mieszkań, piętér lub domów. Godną uwagi jest stałość, z jaką niekiedy błonica w pewnych miejscowościach występuje, tak, że w niektórych mieszkaniach lub domach przez całe miesiące zjawiają się wypadki téj choroby. Przenoszenie się cierpienia za pomocą bezpośredniego zetknięcia z jego produktami, najczęściej ma miejsce pomiędzy lekarzami. Zarażenie następuje tu albo przy badaniu, wskutek dostania się nagromadzonych w gardzieli chorego mass do ust lub nosa lekarza, albo, co bywa częściej, wskutek przedmuchiwania rurek tracheotomicznych lub wprowadzania do ust strzykawek, używanych przedtém u chorych na błonicę.

Przeciąg czasu pomiędzy zarażeniem a wystąpieniem pierwszych objawów choroby wynosi według obserwacji autora dni trzy. Według Rogera i Petera okres wyłęgania waha się pomiędzy 2—8 dniem a w wyjątkowych razach pomiędzy 12 i 14 (?); Newmanna naznacza 2—3, najdłużej 7—8, dni.

Wiek dziecienny do lat 10 jest szczególnie usposobiony do błonicy, największy kontyngens dostarcza drugi, trzeci i czwarty rok życia, u roczniaków bywa bardzo rzadko a u sześciomiesięcznych prawie wcale się nie zdarza. U dorosłych występuje niekiedy pierwotnie, częściej jednak przez zarażenie. Płeć dzieci niema żadnego znaczenia; w ostatnich tylko epidemiach zauważano, że po piątym roku życia częściej ulegają błonicy dziewczęta aniżeli chłopcy. Zarówno podlegają jej silne i zdrowe jak i słabe dzieci; najczęściej jednak usposabiają do przyjęcia błonicy przebyte poprzednio nieżyty nosa, gardzieli lub krtani. Wśród dzieci biednych rozwija się silniej aniżeli wśród bogatych, zależy to wszakże od warunków sanitarnych.

Co się tyczy kwestyi, czy przebycie błonicy broni od jej powrotów, to takowa dotychczas nie została jeszcze stanowczo rozstrzygniętą.

Rokowanie. Zasady, z których możemy wyprowadzić prognostyczne wnioski są w części ogólne, w części zaś specjalne, sprowadzić je można do następujących punktów:

1) W każdym wypadku błonicy nie należy na pewno rokować o zejściu; gdyż małoznaczność miejscowych zmian, ani nieznaczne zakłócenie stanu ogólnego nie dowodzą lekkiego przebiegu choroby.

2) Podczas epidemii rokowanie zawisło w części od charakteru téjże. W rozmaitych epidemiach stosunek śmiertelności wynosi 30 do 50%; jest on tém mniejszy, im więcej w liczbie chorych znajdowało się dorosłych.

3) Błonica jest tém niebezpieczniejszą, im młodsze indywiduum na nią zapada. Zależy to od tego, że u młodszych dzieci udział krtani jest najczęstszym i najniebezpieczniejszym.

4) Konstytucja chorego w tych wypadkach, gdzie krtać ulega zajęciu, nie wywiera żadnego wpływu na rokowanie; gdzie zaś ten organ ocala, wówczas poprzednio zdrowe i silne indywidua łatwiej zdrowieją.

5) Im większą powierzchnię zajmuje nasięk błonicowy, tém wątpliwiejszym jest rokowanie. Jest ono najlepszym gdy cierpienie ogranicza się na migdałkach lub na *pars oralis* gardzieli, gorszym, gdy rozszerza się na część krtaniową téjże. Rozwój błonicy krtani jest w przeważnej liczbie wypadków śmiertelnym; stosunek zdrowiejących w tym stanie wynosi około 5—7%. Śmierć następuje pospolicie już drugiego lub trzeciego dnia po zajęciu krtani.

6) Rokowanie jest pomyślniejsze, gdy wysięk błonicowy zajmuje powierzchowną warstwę błony śluzowej; gorsze, gdy sięga głębiej.

7) Podnoszenie się gorączki w początkach choroby dowodzi powstawania nowych ognisk lub zwiększenia się istniejących kępek.

8) Gorączka adynamiczna z temperaturą 40,5—41° C. towarzyszy zwykle tylko najwyższemu stopniowi zatrucia krwi i prowadzi w większej liczbie wypadków do śmierci.

- 9) Brak apetytu w początkach cierpienia jest złym znakiem.  
 10) Żółto-wodnisty, żrący wypływ z ust i nosa należy uważać za *omen pessimum*.  
 11) Błonica części przedniej jam nosowych jest mniej niebezpieczną aniżeli tylniej.  
 12) Przypadkowe cierpienie skóry (*intertrigo, eczema*, obrażenia po wezykatoryach pozostałe i t. p.) pogorszają rokowanie. (Dalszy ciąg nastąpi).

### STATYSTYKA LEKARSKA.

#### Wiadomość statystyczna o ruchu chorych w szpitalu Starozakonnych w Warszawie, w roku 1870.

##### 1. Ogólny ruch chorych.

	Męż- czyzn.	Kobiet.	Dzieci płci		R a z e m.
			męzk.	żeńsk.	
Pozostało z końcem roku 1869 . . . . .	162	182	5	2	351
Przybyło w ciągu roku 1870 . . . . .	2633	2410	69	43	5155
Leczono w ogóle . . . . .	2795	2592	74	45	5506
Z tych wyzdrowiało i wyszło . . . . .	2394	2238	51	33	4716
Umarło . . . . .	205	171	22	9	407
Ubyło więc w ogóle . . . . .	2599	2409	73	42	5123
Pozostaje w leczeniu na rok 1871 . . . . .	196	183	1	3	383
Co czyni jak wyżej . . . . .	2795	2592	74	45	5506

Śmiertelność wynosi w o g ó l e 7,31 od sta, czyli

- a) w stosunku do osób utrzymywanych w zakładzie jak 1 : 13,5  
 b) w stosunku do osób wyzdrowiałych jak 1 : 11,5

Po odtrąceniu zaś od liczby chorych i zmarłych 45 osób w stanie konania do szpitala przybyłych, które zakończywszy życie wkrótce po przybyciu, nie mogły być przedmiotem leczenia w szpitalu, a więc na karb śmiertelności jego policzonemi być nie powinny, liczba chorych leczonych w szpitalu zredukowaną będzie do 5461, zmarłych zaś do 362 osób, a prawdziwa odsetka śmiertelności w korzystniejszym przedstawi się świetle, wyniesie bowiem tylko 6,6 od sta, czyli

- a) w stosunku do osób utrzymywanych w Zakładzie jak 1 : 15,2  
 b) w stosunku do osób wyzdrowiałych jak 1 : 13

Śmiertelność między mężczyznami wynosi 7,3 od sta czyli jak 1 : 13,6

- „ „ kobietami „ 6,5 „ „ „ „ 1 : 15,3  
 „ „ dzieci w ogóle 26,3 „ „ „ „ 1 : 3,8  
 „ „ dziećmi płci męz. 29,7 „ „ „ „ 1 : 3,3  
 „ „ dziećmi płci żeńsk. 20 „ „ „ „ 1 : 5

Dni szpitalnych chorzy przepędzili 127,910

Czas średni pobytu w szpitalu chorego wynosił dni 23,2

Dzienna ludność w średnim przecięciu wynosiła osób 350,4; najwyższą ludność wynosiła 459 osób, najniższa zaś 272.

Średnia liczba chorych z dziennie przyjętych wynosiła 15,08.

Koszt dzienny utrzymania jednej osoby w szpitalu wynosił kop. sr. 31,4, koszt utrzymania jednej osoby przez czas średni pobytu wynosił rs. 7 kop. 28; przez rok cały zaś rs. 114 kop. 61.



2. Ruch chorych w pojedynczych oddziałach szpitala.

Wymienienie oddziałów.	Pozostało		Przybyło		Ogółem leczono.		Wyszło i wyszło		Transferowa. do inn. oddz.		Umarło		Pozostaje		Odsetka śmiertelności	Dni szpitalne	Dzienna ludność w szpitalu	Czas średni pobytu każdego chorego.								
	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet												
Wewnętrz.	62	86	1	—	1412	1435	3423	3053	1216	1249	1516	40	49	—	169	136	197	49	87	1	—	10,8%	1:9,2	46390	127	11,9
Chirurgicz.	29	26	—	—	615	361	224	1057	544	325	181	20	20	21	36	16	22	47	28	—	—	50%	1:20	23444	69,2	22,1
Oftalmicz.	5	8	—	—	109	76	1—	199	91	74	—	11	5	—	—	1	—	12	5	—	—	0,50%	1:200	7134	19,9	35,8
Wenerycz.	23	15	—	—	213	145	44	405	202	139	45	12	8	—	2	1	—	20	12	—	—	0,70%	1:135	13042	35,2	32,2
Wyrzutow.	19	14	4	1	235	159	812	452	199	141	1210	13	11	—	—	—	—	42	21	—	—	—	15850	43,4	35,	
Rakowatych	1	3	—	—	9	12	—	25	8	11	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	120%	1:8,3	1143	3,1	45,7
Polożnic	—	9	—	—	—	154	—	163	—	133	—	—	11	—	—	11	—	—	8	—	—	6,50%	1:15,3	1995	5,4	12,2
Obłąkanych	23	21	—	—	40	68	—	152	32	53	—	6	10	—	1	4	—	24	22	—	—	3,20%	1:31,2	18912	51,8	124,4
Ogół	162	162	5	—	2263	2410	6740	5505	2292	2123	4902	102	115	21	205	171	29	196	168	1	—	10,8%	1:13,2	27910	350,4	23,2

3. Ruch ludności chrześcijańskiej.

Z końcem roku 1869 pozostało.	mężczyzn	5	kobiet	4	razem	9
Przybyło w ciągu roku 1870	„	102	„	58	„	160
Ogółem leczono.	„	107	„	62	„	169
Z tych wyzdrowiało i wyszło	„	97	„	62	„	159
Umarło . . . . .	„	5	„	—	„	5
Ubyło więc w ogóle	„	102	„	62	„	164
Pozostaje w leczeniu na r. 1871.	„	5	„	—	„	5
Co czyni jak wyżej . . . . .	„	107	„	62	„	169

Śmiertelność wynosi w ogóle 2,9 na sto, czyli

a) w stosunku do osób utrzymywanych w zakładzie jak 1 : 35,9

b) w stosunku do osób wyzdrowiałych jak 1 : 31,8

Śmiertelność między mężczyznami wynosi 4,6 od sta czyli jak 1 : 21,7

Śmiertelność między kobietami w tym roku żadna.

4. Ambulatoryum.

Chorych do ambulatoryum przy szpitalu zgłosiło się . . . . .	24031
Z tych otrzymało: mniejszych chirurgicznych pomocy, osób . . . . .	1475
rad bezpłatnych i bezpłatne lekarstwa, osób . . . . .	18906
samych rad lekarskich t. j. zalecenie domowych środków osób . . . . .	3650
Co czyni jak wyżej osób . . . . .	24031

5. Apteka.

Apteka szpitala wyexpedyowała w r. 1870 recept . . . . .	93927
a mianowicie:	
ambulatoryjnych . . . . .	18906
bezpłatnych z przepisu lekarzy nie szpitalnych. . . . .	16258
dla samego szpitala. . . . .	58763
Co czyni jak wyżej. . . . .	93927
W ogóle z dobroczynności zakładu korzystało w r. 1870 osób. . . . .	45795
Z tych: utrzymywanych w samym zakładzie osób. . . . .	5506
korzystających z ambulatoryum szpitala osób. . . . .	24031
korzystających z bezpłatnych lekarstw z przepisu lekarzy nie- szpitalnych osób . . . . .	16258
Co czyni jak wyżej. . . . .	45795

Naczelnny lekarz szpitala Starozakonnych Dr. D. Rosenthal.

Wiadomości bieżące.

— Kateter w macicy. Matka kilkorga dzieci, będąc w drugim miesiącu ciąży, wprowadziła do swój macicy kateter żeński, dla wywołania poronienia. Poronienie nastąpiło, ale instrument został w macicy i pacjentka zgłosiła się do Dra Foltza żądając wyjęcia go. Pokazało się następnie że kateter był wprowadzony przez akuszerkę, której nazwiska chora wymienić nie chciała. Pomimo najstaranniejszych poszukiwań nie można było żadnego obcego ciała wykryć; pacjentka odeszła i nie dała nic o sobie słyszeć przez 4 miesiące; po tym czasie dopiero udała się znowu do wspomnianego lekarza uskarżając się na tworzącą się narośl w okolicy pępka. Przy bliższem zbadaniu znaleziono narośl niewielką, kształtu okrągłego, twardą, znikającą pod naciskiem i przedstawiającą wielkie podobieństwo do przepukliny pępkowej, z łatwością jednak można było się domacać kateteru w téj narośli. Na odbytej konsultacyi postanowiono rozszerzyć szyjkę macicy i odszukać



przez zewnętrzny otwór płciowy kateter w stojącej postawie pacjentki, ponieważ narosał znikła jak tylko chora kładła się na wznak. Po dokładnym zbadaniu chorą, przekonano się, że ten koniec kateteru, który zwykle w pęcherz się wsuwa, mógł być odczuty w narosli u pępka, a rękojeść jego znajdowała się między macicą a pęcherzem moczowym na wysokości wewnętrznego otworu macicznego, którego przednia warga mocno była zgrubiała. Umieściwszy jeden palec w dole maciczno-pęcherzowym a drugi na pępku, można było obadwa konce kateteru odczuć. Chirurg przeciął przednią ścianę szyjki macicznej w stojącej postawie pacjentki, którą dwóch asystentów podtrzymywało, ale na wielkie jego zdziwienie nie można było obcego ciała wynaleść. Dwie godziny napróżno szukano i odłożono dokończenie operacji do drugiego dnia. Nazajutrz przecięto ściany brzuszne w okolicy pępka i wyciskano od dołu ku górze kateter, który po długich trudach nareszcie dał się wyjąć. Pacjentka w krótkim przeciągu czasu zupełnie wyzdrowiała.

Dr. F o l t z utrzymuje, że obce ciało skośnie przebiło przednią ścianę szyjki macicznej, wsunęło się pomiędzy macicę i pęcherz moczowy, przedziurawiło worek otrzewnej zwany dołem maciczno-pęcherzowym i dostało się pomiędzy zwojami kiszek aż do pępka. Po poronieniu i skurczeniu się macicy, rękojeść kateteru przeszła także przez ścianę macicy i utkwiała w dole maciczno-pęcherzowym. Kiedy pacjentka leżała, rękojeść katetera chowała się za pęcherz a drugi jego koniec za zwoje kiszek; w stojącej pozycji kateter przybierał kierunek osi miednicy i mógł być łatwiej z jednego i z drugiego końca odczuty. Dr. F o l t z uważa wypadek ten za unikat, gdyż pomimo najściślejszych poszukiwań, podobnego w całej literaturze znaleźć nie mógł. (*Lancet, January 1, 1871*).

— Sprawozdanie z ruchu chorych leczonych w Instytucie leczniczym Dra Kadlera. W roku 1870 chorych leczonych w Instytucie było 84, to jest: mężczyzn 79, kobiet 5. Z tych 30 było dotkniętych ogólnym syfilitycznym krwi zakażeniem; 23 wenerycznych i 31 z chorobami skóry. Wyzdrowiało 84.

Pomiędzy syfilitycznymi wysypkami, forma plamista przeważała liczbą; po niej szły wysypki grudkowate, krosty, a w końcu cierpienia okostnej i kości. Z pomiędzy tych wypadków, zasługuje na wzmiankę jeden, w którym z powodu obrzmienia okostnej i kości lewego guza czołowego, pojawiły się objawy obłądłu. Przy jednoczesnym jednak zastosowaniu tak wcierań szaruchy, jak i *kali jodat.* do wewnątrz, obrzmienie to ustąpiło, a z niem i władze umysłowe chorego powróciły do normalnego stanu. Również należy się tu wspomnieć i zwężeniu napletka *phymosis*, będącemu następstwem stwardnienia syfilitycznego. Zwężenie to było w tak wysokim stopniu, że chory z trudnością tylko był w możności oddawać urynę. Po użyciu jednak frykcyj, bez operacji w zupełności ono ustąpiło, a chory z wszelką łatwością był w możności ściągać napletek.

Z szeregu chorób wenerycznych, ich następstw i powikłań, następujące wypadki były przedmiotem leczenia: zapaleń gr. limfatycznych pachwinowych 9, przetok pachwinowych 5, zapaleń żołądki 4, *epididymitis* 3, *phymosis* (w skutek *balanitis*) 3, *phymosis post ulcera vener.* 3, *gonorrhoea chronic.* wraz ze zwężeniem kanału 3, *ulcera vener. phagadaenica* 2, *ulcus vener. serpinginos.* 1, *ulcus vener. simplex* 1, *perforatio frenuli* 1, *herpes pro-genitalis* 3.

Choroby skórne, których usunięcie było zadaniem lekarza zakładowego, w następujący szemat uporządkować się dadzą: *Eczema scroti et genitalium* wypadków 8, *psoriasis vulgaris* 5, *eczema marginatum* 2, *lupus vulgaris* 2, *eczema extremitatum* 2, *eczema capiti* 1, *sycosis* 3, *scabies* 2, *prurigo* 1, *herpes iris* 1, *seborrhoea* 1, *erythema nodosum* 1, *acne rosacea* 1, *urticaria* 1. Operacyj wykonano 15 a mianowicie: przetok pachwinowych 5, dymienie (*bubo*) pachwinowych 9, *phymosis congenita* 1. Przy wszystkich tych operacjach za wyjątkiem zwężenia napletka zastosowane było z korzyścią miejscowe znieczulenie eterem siarczonym, przy pomocy przyrządu Richardsona. Chorzy oprócz uczucia zimna przez sam eter wywołanego, żadnego bólu nie czuli. Do rany powstałej po operacji zwężenia napletka przyłączył się proces dyfterytyczny, który znacznie wyzdrowienie chorego opóźnił, i po pedzłowaniu *Liq. fer. sesq. chlorat.* ustąpił. U dwóch chorych jednocześnie z rozpoczęciem frykcyj, pojawił się na twarzy i kończynach wyrzut podobny do pokrzywki. Występował on zwykle nad

rankiem, w ciągu dnia stopniowo zmniejszając się, i sprawiając uczucie palenia w skórze, z nieznaczniem swędzeniem. Przy leczeniu *psoriasis vulgaris*, kw. karbolowy wewnątrz zadawany, zmniejszając przekrwienie ciała brodawkowatych skóry, skracał przebieg choroby i dlatego do dalszego użycia zachęca. Własność zaś jego działania na powierzchowne nerwy skóry, czyni go nieoszacowanym środkiem w *prurigo*. Na podobne uznanie zasługuje przed niedawnemi czasy wprowadzone do dermatologii płótno kauczukowe. Przy wypryskach (*eczema*) zwłaszcza rąk i palców, wygodniejszego i dającego pewną rękojmię środka leczniczego, jak są rękawiczki z płótna w mowie będącego żądać nie można.

Bardzo praktyczną do okładów, podkładów i przy operacjach okazała się wyksatyna; przyrządy zaś do ogrzewania kataplazmów, wyrabiane w fabryce Mintera, odznaczające się prostotą i niezmierną praktycznością, zważywszy częste zastosowanie samych kataplazmów, powinny znajdować się w każdej rodzinie.

Na zakończenie niech mi wolno będzie zamieścić obserwacyę z praktyki prywatnej. Przed niedawnemi jeszcze czasy, trzymając się ściśle zasad specjalnej terapii, używałem przy leczeniu rzeżączki ostrój (*blennorrhagia*), wstrzykiwań roztworów solnych, w stosunku 1—5 do 10 gr. na uncję wody; wkrótce jednak przekonałem się, że po użyciu wstrzykiwań wspomnianych, zapalenie i odpływ zwiększały się, i to w stosunku prostym do stężenia roztworów wstrzykiwanych. Zacząłem więc dawkę zmniejszać; a gdy doświadczenie okazało, iż przy użyciu słabych roztworów jak np. siarczanu cynku 1 gr. na dwie lub trzy uncje wody, z dodatkiem kilku kropli *laudan. l. Sydenh.*, nie tylko zapalenie zmniejsza się, ale i cały przebieg choroby skraca, dziś tylko takowych używam. *Kadler.*

— Cholera w gubernii Warszawskiej. Od d. 9 do 22 stycznia zachorowało na cholere osób 16. Z nich umarło 8, wyzdrowiało 8, mianowicie: w Bedlnie zachorowało 13, wyzdrowiało 8, umarło 5; w Drzewoszkach Wielkich zachorowało 3, umarło 3. W ogóle od początku zeszłorocznej epidemii w powiatach Kutnowskim i Gostyńskim zachorowało osób 372, wyzdrowiało 213, umarło 159. Najwięcej zachorowało w Żychlinie (121 osób), w Kutnie (83) i w Dobrzelinie (80); najmniej w Walentynowie, bo tylko 2 osoby, z których 1 wyzdrowiała, 1 umarła. Wiadomości te czerpiemy ze źródeł urzędowych.

— Dr. *Keith*, znakomity owariotomista szkocki (w Edyburgu) wykonał w tych czasach setną operacyę wycięcia jajników; ze 100 jego operowanych umarło tylko 19; czem *Koerberle* jest dla Francyi, a *Spencer Wells* dla Anglii, tem *Keith* dla Szkocyi. Trzej ci uczeni szczęśliwemi swemi operacyami ostatecznie i na zawsze zjednali owariotomii prawo obywatelstwa pomiędzy operacyami chirurgicznymi. Lekarze szkoccy na uczczenie tego wypadku przygotowują publiczny upominek swemu koledze uważając go za dumę swego kraju. A u nas? — Bardzo niedawno Przegląd Lekarski drukował wolania uozonego swego korespondenta z Warszawy, zalecające wyłączenie nawet z liczby członków społeczeństwa operatorów wykonywających u nas tę operacyę! *Qui tollis . . miserere ei!*

— W d. 8 z. m. znany fizyolog i anatom Prof. Dr. Ernst Heinrich *Weber* (w Lipsku) dożył 50 lat w charakterze profesora zwyczajnego uniwersytetu. Prof. *Weber* w r. 1817 otrzymał stopień doktora medycyny, w r. 1818 mianowany profesorem nadzwyczajnym, w r. 1821 (8 stycznia) profesorem zwyczajnym. Od r. 1856 jest on *seniorem* uniwersytetu.

— W d. 1 b. m. znany powszechnie wiedeński księgarz, nakładca dzieł lekarskich, *Wilhelm Braumüller* obchodził 50 letni jubileusz swego zawodu. Przy tej sposobności w ozdobnym wydaniu wydał katalog dzieł wyszłych jego nakładem.

— † W d. 22 z. stycznia zmarł w Bernie na suchoty Dr. Prof. Filip *Muncik*, w 37 roku życia, w d. zaś 25 t. m. umarł w Brześciu Litewskim Dr. *Kwapiszewski* Leon, w 47 r życia, powszechnie szanowany lekarz.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr. Girsztowt.

---

Redakcyą Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

---

W Drukarni Gazety Polskiej, przy ulicy Daniłowiczowskiej, Nr. 619. — Дозволено Цензурою.



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1871 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1871 r. sr. 78. (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1.

**TREŚĆ:** Rozprawy naukowe. O wpływie nerwów na oddechanie. Przez *A. Fabiana* i *A. Stockmanna*. (Ciąg dalszy). Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Postrzeżenia chirurgiczne. Przez *Dra Minkiewicza* (z Tyflisu). (Dokończenie). Kronika Zagraniczna. Błonica gardzieli (*angina diphtheritica*). Przez *Dra Wertheimbera* (z Monachium). Streszczył *Dr. Józef Nowak*. (Ciąg dalszy). Statystyka Lekarska. Wiadomość statystyczna o ruchu chorych w szpitalu Starozakonnych w Warszawie, w roku 1870. Przez *Dra D. Rosenthal'a*, Naczelnego lekarza szpitala Starozakon. Wiadomości bieżące. Kateter w macicy. Sprawozdanie o ruchu chorych leczonych w instytucie *Dra Kadlera*. Cholera w gubernii Warszawskiej. *Dr. Keith*. *Prof. Dr. Ernst Heinrich Weber*. *Wilhelm Braumüller*. *S. p. Prof. Dr. Filip Munk* i *Dr. Kwapiszewski*. Dodatek. Anatomii opisowej ark. 15ty i 16ty, Gynekologii ark. 21szy, Fizjologii *T. Ilgo* ark. 3ci.

## O wpływie nerwów na oddechanie.

Przez *A. Fabiana* i *A. Stockmanna*.

(Ciąg dalszy \*).

*Guttman* <sup>1)</sup> mówi, zgodnie ze zdaniem *Rosenthala*, że u królików po porażeniu n. błędnego, wielkość oddechowa nie zmienia się znacznie, a nawet po jakimś czasie podnieść się może. Ten ostatni wypadek wedle *G.* objaśnia się tem, że, podczas długich pauz między inspiracyami wymiana gazów pomiędzy krwią i powietrzem płuc odbywa się mniej energicznie, tak że ilość tlenu w krwi się zmniejsza, przez co ośrodek oddechowy do większego działania pobudzonym zostaje. Warunkowane przez to zmęczenie mięśniów oddechowych, prowadzi w końcu w dłuższym czasie po przecięciu nn. błędnych do zmniejszenia wielkości oddechowej.

*Panum* <sup>2)</sup> wykazał, że przy oddechaniu w ścieśnionem powietrzu, oddechy są zwykle głębsze, a zarazem wolniejsze, jak uważane poprzednio w zwyczajnej

\*) Patrz Nr. 30, Gaz. Lek.

<sup>1)</sup> *Guttman*, Ein Beitrag zur Physiol. und Path. der Respiration. Arch. f. path. Anat. und Phys. Bd. 39. p. 115 u. f.

<sup>2)</sup> *Panum*, Untersuch. über die physiol. Wirkungen. der comprim. Luft. Arch. f. die gesammte Physiol. v. E. *Plüger* I. p. 125.

atmosferze, i że jeszcze po ustaniu działania ścieśnionego powietrza pozostaje pewien wpływ następczy. Dalej w ścieśnioném powietrzu oddecha się silniej wypełnionemi płucami, średnie położenie oddechowe przepony równa się w tym razie prawie najgłębszej inspiracyi przy zwyczajnem oddechaniu. To wedle P. polega na ściśnięciu powietrza zawartego w przewodzie kiszkiowym, zmniejszeniu pojemności brzucha przy ścieśnioném powietrzu.

Burkart<sup>1)</sup> robił doświadczenia w celu sprawdzenia, czy u królika istotnie poniżej n. krtaniowego górnego w n. błędnym nie przebiegają już cewki wstrzymać mogące ruchy oddechowe w stanie ekspiracyi, jak sądzi Rosenthal. Doświadczenia te doprowadziły go do przeciwnego wniosku, znalazł on bowiem, że, po odosobnieniu n. krtaniowego dolnego słabe drażnienie ośrodkowego końca tego nerwu wywołuje zwolnienie oddechania, przedłużenie pauzy między inspiracyami, przy silniejszym drażnieniu następuje wstrzymanie oddechania w stanie ekspiracyi. To powoduje B. do orzeczenia, że w nerwie błędnym poniżej odejścia n. krtaniowego górnego przebiegają dwa rodzaje cewek, jedne powodujące wdechanie, drugie wydechanie i, że od przewagi jednych nad drugimi i od różnej odporności przeciw drażnieniu elektrycznemu (inspiracyjne mają być pobudliwsze) zależy, w jakim stanie oddechanie wstrzymaném będzie.

Pflüger<sup>2)</sup> na mocy licznych doświadczeń, po których bliższy opis musimy czytelnika odesłać do oryginału, stara się objaśnić warunki i przyczyny tak normalnego oddechu, jako też *dyspnoë* i *apnoë*. Wypadki jego badań brzmią pokrótce jak następuje: „brak tlenu jest główną tak szybko i bezpośrednio działającą przyczyną *dyspnoë* przy uduszeniu przez zatkanie tchawicy i wdechaniu obojętnych gazów, gdyż analizy krwi psów uduszonych zawsze nie okazywały znacznego nagromadzenia kwasu węglanego, nieraz nawet ilość tego ostatniego się zmniejszała. Jednakże Pfl. zgadza się i na przyjęcie *dyspnoë* z powodu nagromadzenia kwasu węglanego, pogląd Dohmerna zatem stwierdzonym zostaje. Wszakże wedle Pfl. bliższa przyczyna tego zjawiska polega na braku tlenu nie we krwi, a w samych tkankach resp. w *medulla oblongata*, przyczem Pfl. przyjmuje istnienie i nagromadzenie w skutek braku tlenu produktów przemiany materyi łatwo się utleniających i działających jako bodźce.

Co do *apnoë*, uważa brak owych produktów, a więc brak bodźca za bliższą przyczynę warunkowaną wszakże, jako powód, nadmiarem tlenu.

Ale przyjmując, jakżeśmy powiedzieli *dyspnoë* w skutek nagromadzenia  $\text{CO}_2$  Pfl. twierdzi, że *dyspnoë* w skutek braku tlenu daleko łatwiej i prędszej następuje, jak w skutek nagromadzenia  $\text{CO}_2$  i że ten brak właśnie jest powodem szybkiego nduszenia przy zatkanii tchawicy lub oddechaniu w obojętnych gazach. Na mocy

<sup>1)</sup> Burkart, Ueber den Einfluss des N. vagus auf die Atgebewegungen: ibidem p. 107, Bonn. 1868.

<sup>2)</sup> Pflüger, Ueber die Ursache der Atgebewegungen, so wie der Dyspnoë und Apnoë; ibidem p. 61,



doświadczeń Thirry'ego <sup>1)</sup> przyjmuje wszakże możność pobudzenia normalnego ośrodka oddechowego przez normalną ilość kwasu węglanego we krwi. Ruchy oddechowe, twierdzi Pfl. stanowczo, utrzymują się jedynie tą potrzebą oddechu, to jest brakiem tlenu, resp. nagromadzeniem owych ciał łatwo utleniających. I przyczyna pierwszego oddechu, wedle niego, leży w tej potrzebie. Popiera on swoje zdanie w tym względzie obszernymi badaniami krwi płodu i noworodka, których tu szczegółowo opisywać nie możemy.

Ba u e r <sup>2)</sup> potwierdza pogląd Rosenthala co do następstw przecięcia i ośrodkowego drażnienia nerwu błędnego. Używał on oprócz strumieni elektrycznych, jeszcze i drażeń chemicznych i termicznych, przyczem otrzymywał też same wypadki.

B r e u e r <sup>3)</sup> doszedł do wniosków nieco odmiennych, jak jego poprzednicy. Wedle niego bowiem, ośrodek ruchów oddechowych, przy pośrednictwie n. błędnego, jest zależnym od stanu rozdęcia płuc, rozszerzenie płuc wywołane wetchnięciem lub wpuśnięciem powietrza działa samo przez się tamująco, stawiając sobie samemu granicę działania, pobudza zaś wydechanie i to tem bardziej, im silniejszym jest rozszerzenie; każde zmniejszenie objętości płuca wywołane jakim bądź sposobem powoduje wetchnięcie, a gdy nn. błędne przeciętymi zostaną, oba te działania się wstrzymują.

Zarówno jak Budge i Burkart i Breuer uważa za niesłuszne zdanie Rosenthala, jakoby przy każdym drażnieniu nn. błędnych, które wywołuje wydechanie, koniecznie i n. krtaniowy górny był podrażniony strumieniami ubocznymi, powiada on bowiem: „końce płucne nerwów błędnych, zarówno jak pień ośrodkowy nerwu błędnego, działają raz inspiracyjnie, raz expiracyjnie, a to stosownie do rodzaju drażnienia i innych ubocznych warunków,“ i to, wedle Br., tłumaczy taką sprzeczność zdań u rozmaitych badaczy. Ze i n. krtaniowy górny oprócz tego działa expiracyjnie, temu Breuer nie zaprzecza.

Paweł Bert <sup>4)</sup> w obszernem dziele porównawczem o oddechaniu u rozmaitych zwierząt w lekcyi 24, 25 i 26, przedstawił wypadki swych badań za pomocą graficznego przyrządu zwanego przez niego „*pneumographe*“ (opis tego przyrządu *cf. Arch. de Physiol.* 1869, Nr. 2). Nie tu miejsce powtarzać liczne szeregi doświadczeń, ograniczymy się tylko na podaniu wniosków, ile że takowe dość się różnią od ogólnie przyjętych. I tak Bert powiada: 1) oddechanie może być zatrzymane przez podrażnienie n. błędnego, krtani, nozdrzy i większości nerwów czuciowych. 2) to zatrzymanie może być jużto w stanie wdechowym, jużto wydechowym, w skutek podrażnienia któregokolwiek z tych nerwów. 3) słabe podrażnienie

<sup>1)</sup> Thirry, Des causes de mouvem. resp. et de la dyspnœe. Recueil des travaux de la société allem. de Paris 1865.

<sup>2)</sup> Ba u e r, Wlianie perereza bluźd. nerwa i razdraż ego centraln. konca na proces dyhania. Trudy pierwago sjezda russkich estestwo ispytatelej. St. Peterburg 1868.

<sup>3)</sup> J. B r e u e r, Ueber die Selbststeuerung der Athembewegungen durch den N. vagus. Sitzungsb. d. Akad. der Wiss. zu Wien 1868. Nr. 9, November Bd. 58, IV, Heft.

<sup>4)</sup> P a u l B e r t, Leçons sur la physiologie comparée de la respiration. Paris 1870. Leç. 24, 25, 26 i *Arch. de physiol.* par B r o w n S e q u a r d etc. 1868, Nr. 2.

przyśpiesza oddechanie, silniejsze zwalnia. 4) oddechanie wraca podczas samego drażnienia i po ustaniu takowego przyśpiesza się prawie zawsze. 5) łatwiej jest otrzymać spokój w stanie wdechowym, jak w stanie wydechowym, a nawet zdarzają się zwierzęta, u których tej ostatniej wcale wywołać niepodobna. 6) gdy używamy dość silnego podrażnienia, możemy natychmiastowo wstrzymać ruchy oddechowe w stanie takim w jakim właśnie narzędzia oddechowe były w chwili drażnienia (inspiracyjny, współinspiracyjny, expiracyjny), jużto działając na nerw błędny, jużto na krtaniowy górny.

O ile w szeregu tych wniosków nie widać jasno, któremu nerwowi autor, jakie przypisuje działanie, o tyle z przeglądu tablic doświadczeń okazuje się, że wedle *Berta* n. błędny drażniony, byle dość silnie wstrzymuje oddechanie w expiracyi, zaś krtaniowy górny w inspiracyi.

*Nasse* <sup>1)</sup> na podstawie doświadczeń z nastrzykiwaniem do opróżnionych naczyń trzewiowych, jakoteż mózgowych, roztworu soli kuchennej ogrzanego do temperatury ciała, przychodzi do wniosku: że brak tlenu bynajmniej nie jest bodźcem dla ośrodków nerwowych i że przeciwnie jako bodźce drażniące uważać należy nie wydalone utleniające produkty przemiany materji, a przedewszystkiem obecność  $\text{CO}_2$ . I mianowicie wtedy  $\text{CO}_2$  działa w ten sposób, chociażby ilość jego nie była powiększoną, gdy ilość tlenu zmniejszoną zostanie.

*Falc* <sup>2)</sup> opracowując kwestyą o wpływie nerwów skórnych na oddechanie, zauważył, że istotnie drażnienie tych nerwów np. przy zanurzeniu ciała w wodę zimną, może działać tamująco na ośrodek wdechowy w rdzeniu przedłużonym i wywoływać wstrzymanie oddechu w stanie expiracyi. Wedle *Falc* przedewszystkiem nerwy klatki piersiowej silny wpływ wywierają.

Zakończywszy w ten sposób przegląd prac specjalnych, nie będziemy przytaczali teoryi przyjętych w różnych podręcznikach, gdyż byłoby to powtórzeniem przytoczonych już zdań w nieco zmienionej formie. Tak więc przechodzimy do drugiej części naszej pracy. (Dalszy ciąg nastąpi).

## POSTRZEŻENIA CHIRURGICZNE.

Przez Dra *J. Mińkiewicza* (z Tyflisu).

(Dokończenie <sup>3)</sup>).

### *B)* Dwa nowe wypadki doszczętnego leczenia przepuklin sposobem *Mösner*'a.

W dalszym ciągu podawania wypadków operowanych przepuklin pachwinowych, teraz udzielię dwa nowe z kolei 6 i 7 <sup>4)</sup>.

<sup>1)</sup> *Nasse*, Sauerstoffmangel ein Reiz für nervöse Centralorgane? Centralbl. der Med. Wiss. 1870, Nr. 18.

<sup>2)</sup> *F. Falc*, Ueber eine eigenthümliche Beziehung der Hautnervenzur Athmung. Arch. f. Anat. Physiol. und wissenschaftl. Medicin. 1869, Nr. 2.

<sup>3)</sup> Patrz Nr. 30 Gaz. lek.

<sup>4)</sup> Gaz. Lek. T. VIII, 1870. Nr. 51, 52.



6. Przepuklina pachwinowa prawa ruchoma, operowana sposobem Mösner'a.

Powrót po ćwiczeniach gimnastycznych.

Junkier, z s. imeretyn, 23 l. m., mocno zbudowany, wszedł do Tyfliskiego szpitala wojskowego dnia 11 marca r. 1870 (Nr. 1151) z zadawnionym nieżytem przewodu kiszki; niekiedy przytém chory wymiotował, co było poprzedzane długiemi nudzeniami. Chory od 3ch lat cierpi na nieznaczna przepuklinę pachwinową prawą, sięgającą do połowy moszny, lekko odprowadzalną. Ciągła jazda konna i gimnastyczne ćwiczenia — przyczyniły się właśnie do powstania i rozwinięcia tej przepukliny. Dnia 26 kwietnia zadano choremu ol. rycynowego  $\bar{5}$  jedną i enemy przez zapomnienie nie zastosowano. Dnia 28 zrobiłem operacyę w ten sposób, że przeprowadziłem 3 ligatury złożone z surowego kręconego jedwabiu i każda z nich składała się z 2ch oddzielnych grubych nitok. Rany wejścia i wyjścia były odległe od siebie w dwóch ligaturach wewnętrznych na 8 cent. w zewnętrznej zaś trzeciej na 9 cent. Rany zwyczajnie opatrzone *Rp. Ext. opii aquos. gr. 1/4*, proszek jeden.

Dnia 29, tętno 68, słaby ból w operowanej okolicy, stolec zatrzymany. Takież dwa proszki. Dnia 30, od wczorajszego wieczora lekki stan gorączkowy. Tętno 80. Chory skarży się na mocne bóle poczynające się od okolicy pachwinowej i sięgające aż do wątroby; dotknięcie lekkie nawet jest przykrém. Cały brzuch mocno odęty. Wieczorem o 6 tętno 90, pełne. *Rp. extr. aconiti, pulv. herb. digitalis aa gr. j, Sacchari albi gr. vj. D. S. pulv. Nr. 4*; co trzy godziny po proszku i, *clyma commune*. Dnia 1go maja, ból w prawej okol. brzucha, czerwoność skóry w około rany; chory miał jeden stolec. Gorączka mniejsza; tętno mniej pełne, 92. *Rp. Calomel gr. 1/8, Exti opii aquos. gr. 1/4, Nr. 4*. Dnia 2go w nocy, cztery wypróżnienia, poczem chory uczuł się lepiej. Obrzmiałość i ból w brzuchu mniejsze. Tętno 84. Czerwoność skóry w około ran i burczenie w brzuchu w tymże stopniu. Używa calomel bez opium.

Dnia 3go, sen dość dobry, tętno 70, cztery wypróżnienia; chory się skarży na ból w prawej stronie brzucha. Rany ropieją, środki też same.

Dnia 4go, wypróżnienia nie było. Tętno 72, ból słaby w okolicy podżebrów prawej; ciężar i zawrót głowy od makowca, którego odtąd zaniechano.

Dnia 5go, kaszel lekki, krwotok nie znaczny z rany z powodu nieogłędności chorego. Dnia 6go, słaby stan gorączkowy, tętno 85, znowu bóle w prawym boku się wzmożyły. Dała się spostrzedz nieznaczna obrzmiałość w kierunku paska nasiennego, sięgająca w górze aż do żeber fałszywych. Kaszel suchy. *Rp. infus. ipecacuanh. ex gr. vj —  $\bar{5}$  vj, ext. hyoscyami gr. jj, aq. amygd. amar. 3j*; 6 łyżek dziennie.

Dnia 7go, stan bezgorączkowy, kaszel mniejszy, ból w prawej stronie brzucha mniejszy. Środki też same. Dnia 8, ból w prawym boku daleko mniejszy, ligatury zostają jeszcze w ranie, ropienie dobre. Kaszel całkiem prawie ustał, ogólny stan zadawalniający. Dnia 10, wczoraj wieczorem chorego ziębiło, gorączki nie było, poczem choremu dokuczało silne gorąco. Dziś z rana stan najzupełniej

bezgorączkowy, bóle w prawym boku ustały. Ogólny stan zadawalniający. Lekarstwa zaniechane.

Dnia 20 wyjąłem ligatury. Dnia 22, ranki już się zablizniają, ogólny stan dobry. Dnia 24go, chory miał wypróżnienie bolesne, poczem uczuł ból w prawej stronie brzucha i pod sutkiem. Dnia 25, ból się głównie skupił na 3 cale pod sutkiem; opukiwanie nic nie wykryło. Noc spokojna, stan bezgorączkowy. Dnia 7 czerwca, chory się skarży na ból w prawej pachwinie. Rany się zagoiły ku końcowi czerwca i chory wyszedł ze szpitala.

Niezwykłym zjawiskiem u tego chorego były bóle poczynające się od przewodu pachwinowego i sięgające prawie do okolicy podżebrowej; prawdopodobnie te bóle zjawiające się zaraz po operacji były następstwem tego, że nie we właściwym czasie użyto środków rozwalniających i zapomniano zastosować enemę. Pozostałe ekskrementy w kiszkiach, obok zmniejszenia makowcem ruchów perystaltycznych, spowodowały obfity rozwój gazów, one to właśnie sprawowały te bóle. Nie bez wpływu na powstanie tych bólów było i to, że chory przed operacją długo cierpiał na biegunkę. Wypuszczając chorego ze szpitala zbadalem stan jego, przytem przekonałem się, że za każdym mocnym kasznięciem dawało się uczuć i widzieć, że kiszki wchodziły do wewnętrznego otworu przewodu pachwinowego, a więc ta część pozostała nie zarośniętą. Zaleciłem choremu pilne noszenie opaski, ale ponieważ jako zostający w szkole junkrów musiał oddawać się ciągłym ćwiczeniom gimnastycznym i dla tego po pewnym czasie zauważał, że przepuklina znowu stopniowo się rozwijała. Powtórnie widziałem chorego pierwszych dni listopada r. 1870 i znalazłem, że przepuklina była w stanie jak i przed operacją.

7. Przepuklina pachwinowa prawa, operowana sposobem Mösner'a bez skutku.

Junkier szkoły Tyfliskiej A. M., 20 l. m., mocno zbudowany, był przyjęty do Tyfliskiego szpitala wojskowego dnia 4 maja r. 1870, (Nr. 1855). Opatrując chorego, znalazłem nieznaczną przepuklinę pachwinową ruchomą; do otworu zewnętrznego przewodu pachwinowego zaledwo tylko koniec palca wskazującego wchodził. Chory podawał, że przepuklina powstała w skutek częstych ćwiczeń gimnastycznych. Dnia 19 maja, operowałem uprzednio należycie przygotowawszy chorego. W tym przypadku musiałem tylko jedną ligaturę przeprowadzić przez przewód pachwinowy, inne zaś dwie przez tk. łączną podskórną przed otworem zewnętrznym przewodu pachwinowego położoną i to właśnie w skutek tego, że otwór tego kanału był mały i trudno było przez niego przeprowadzić wszystkie ligatury. Postępując tak rachowałem na to: że po zapaleniu sprawionem ligaturami, tkanka komórkowa stwardnieje, powstanie tkanka bliznowa zapobiegająca wypadnięciu kiszki. Leczenie po operacji było także jak i w poprzedzających przypadkach. Dnia 21, 22, ból w brzuchu powyżej miejsca operacji. Gorączka umiarkowana. Po enemie nastąpiło jedno wypróżnienie. Jedna z ligatur werżnęła się do brzegów rany co sprawiało pewne bóle.

Dnia 24, czuje się dobrze, i na nic się nie skarży. Pozostaje bez lekarstw. Dnia 29, kaszel suchy; wysłuchując klatkę piersiową wykryliśmy w tylnych czę-



ściach obydwóch płuc drobne rzeżenie wilgotne pęcherzykowe. *Rp. Inf. ipecacuanh. ex gr. vj— ʒ vj, Kali nitrici dr. j. extr. belladon. gr. j. aq. lauro cerasi dr. j. eo* dwie godziny po łyżce; enema.

Dnia 30, kaszel, płwociny ze krwią zmieszane. Wysłuchując klatkę piersiową znaleziono oddech szorstki, tarcie płuca prawego o oplucną żebrową i rzeżenie trzeszczące. Też środki i pijawki do miejsca bolesnego klatki piersiowej.

Dnia 31, chory spał spokojnie, od rana kaszel większy, tętno 78, ciepłota prawidłowa.

Dnia 3 czerwca, stan chorego zadawalniający, kaszel i ból w piersi mniejsze, odpluwanie umiarkowane. Dnia 9, ligatury wyjęte, poczem rany stopniowo się zmniejszając zagoiły.

Opatrując chorego dnia 9 lipca, w dzień wyjścia ze szpitala znalazłem, że tkanka podskórna w okolicy operowanej zgrubiała, stwardniała, przy kaszlnięciu uderzenie kiszek wyraźniejsze w otworze zewnętrznym przewodu pachwinowego niż w poprzedzającym przypadku. Chory ten w ogóle w czasie leczenia mniej dokładnie zachowywał przepisy, szczególnie nie leżał na grzbiecie, ale wstawał, chodził. Zalecono wychodzącemu nosić opaskę przepuklinową. I u tego chorego w parę miesięcy pod wpływem ćwiczeń gimnastycznych znowu przepuklina się zjawila, jak mi o tém doniesiono.

Gdy zbieram więcej nowych wypadków, wtedy pozwolę sobie wypowiedzieć pewniejsze wnioski.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### Błonica gardzieli (*Angina diphtheritica*).

Przez Dra W e r t h e i m b e r a (z Monachium).

Streścił Dr. Józef Nowak.

(Ciąg dalszy \*).

Początek błonicy nosa zapowiadają zwykle krwotoki będące częstymi towarzyszami tego cierpienia. Są one niebezpiecznymi tylko w tych razach, gdy jednocześnie istnieje posocznica lub brak krzepliwości krwi; wówczas nawet stać się one mogą bezpośrednią przyczyną śmierci. Do przyczyn sprzyjających wystąpieniu krwotoków z nosa należą przedewszystkiem wymioty. Potrzeba się strzedz zatem podawania środków wymiotnych przy istnieniu podobnego rodzaju skłonności.

Często błonica gardzieli wikła się tylko z prostym nieżytem nosa; rozróżnienie takowego stanu od błonicy nosa wyświeltli dalszy przebieg choroby. Trudniejszym jest nierównie ocenienie stanu, gdy błonica umiejscawia się najprzód na bł. śluzowej nosa i gdy następnie albo pozostaje ograniczoną do tej tylko części albo też przechodzi na gardziel a nawet i krtani. Chory przedstawia wówczas objawy ostrego nieżyty nosa z towarzyszeniem mniejszej lub większej gorączki. Obrzmienie gruczołów podszczękowych występuje dopiero wówczas, gdy gardziel bierze udział w cierpieniu. Brak tak ważnego objawu nadzwyczaj utrudnia rozpoznanie, szczególnie w tych razach, gdy siedliskiem choroby są otwory tylne lub ściana górna jamy nosowej; wtenczas bowiem błon fałszywych widzieć niepodobna. Najpewniejszego środka rozpoznawczego dostarcza nam w tego rodzaju wypadkach staranne zbadanie wydalonych mass, w tych bowiem znajdujemy produkta, dowodzące istnienia błonicy. W niektórych wypadkach jednocześnie z cierpieniem nosa występują i inne po-

\*) Patrz Nr. 32 Gaz. lek.

zornie żadnego znaczenia nie mające zmiany, do jakich należą: pęknięcia (*rhagades*) w kątach ust lub innych miejscach, pokryte błonicowym złogiem, wrastanie paznogcia (*paronychia diphtheritica*), błonica na częściach płciowych, błonica u innego indywiduum tejże familii i t. p. które nam jednak niezmiernie ułatwiają rozpoznanie.

Niekiedy do objawów błonicy nosa dołącza się łzawienie oczu. Polega ono na zatkaniu przewodu noso-łzowego i kanalików łzowych wskutek ich obrzmienia. Rzadziej złowrogi ten proces przechodzi na łącznicę a zwłaszcza łącznicę powieki dolnej.

Dla uzupełnienia obrazu błonicy musimy wspomnieć także o udziale jaki w niej biorą organa słuchu. Bóle w uszach niekiedy b. żywe zdarzają się często przy błonicy gardzieli a u niektórych dzieci bywają główną przyczyną ich płaczu. Tłumaczymy to wprost przeniesieniem się zapalenia z gardzieli na trąbkę i jamę bębenkową. Powstałe w skutek tego zapalenie ucha środkowego (*otitis media*) może spowodować pęknięcie błony bębenkowej i wylanie się posokowatego płynu z organu słuchu na zewnątrz.

### B ł o n i c a o g ó l n a.

Błonicą ogólną nazywamy taki stan, w którym umiejscowienia choroby są liczne, w którym cierpienie nie ogranicza się tylko do błon śluzowych, lecz występuje i na innych miejscach ciała. Tego rodzaju błonica objawia szczególniejszą skłonność do rozwijania się na obnażonych z naskórka powierzchniach skóry, a mianowicie na takich, które są siedliskiem wyprzeń (*intertrigo*) lub wilgotnej ekzemy, na ranach powstałych w skutek wezykatoryj, przystawiania pijawek i t. p., zarówno jak i na przejściach skóry w bl. śluzową (kąty ust, wargi wstydlive, napletek, odbył i t. d). Wypadki takiej błonicy powstają albo skutkiem specyficznój zmiany krwi, albo skutkiem wpływów zewnętrznych a mianowicie zarazka zawartego w powietrzu otaczającym chorego. Analogiczne processa, jakie obserwujemy przy płonicy (*scarlatina*) czynią prawdopodobniejszym pierwsze przypuszczenie.

R o z p o z n a n i e. Dla uniknięcia pomyłek w rozpoznaniu, lekarz, ilekroć nie znajdzie żadnego umiejscowienia choroby, powinien zawsze (a szczególnie u dzieci) obejrzeć gardło; często bowiem przypuści błonicę tam, gdzie ona wcale nie istnieje, lub zapozna ją wówczas, gdy ta jest obecną.

Błonica często może być zmieszana już z prostą nieżyłową wydzieliną na migdałkach lub z serowatemi massami, jakie u wielu osób wypełniają kieszonki i wydrążenia migdałków. Najczęstszą jednak przyczyną takiej zamiany jest wrzód t o r e b k o w a t y migdałka (*ulcus folliculare*). Wrzód ten powstający jak wiadomo przy nieżyłowym zapaleniu migdałków, w skutek pęknięcia i zlania się z sobą pojedynczych ropni torebkowych, przedstawia bardzo powierzchowną, okrytą żółtawemi massami utratę tkanki. W odróżnieniu go od błonicy nie zachodzi najmniejsza trudność, zwłaszcza w tych wypadkach, gdzie obok wrzodu istnieją jeszcze zamknięte ropnie, wystające w postaci żółtych guziczków; gdzie zaś takowych niema, łatwe oddzielenie się ropiastej warstwy może posłużyć za rozpoznawcze kryterium.

W początkach rozwoju błon dyfterytycznych można błonicę zmieszać z cienkim krupowym złogiem, zdarzającym się niekiedy na migdałkach przy *angina phlegmonosa*; złóg ten jednakże nigdy w dalszym przebiegu choroby nie osiąga zbitości błonicowego, gruczoły zaś szyjowe nie ulegają obrzmieniu.

Nierównie rzadziej jak stany poprzednie wymaga różniczkowego rozpoznania *angina herpetica*. Cierpienie to zdarzające się u dorosłych, wyjątkowo tylko pojawia się u dzieci, posiada ono wiele cech wspólnych z błonicą; dla dokładnego więc rozpoznania musimy choć w krótkości opisać tę tak mało jeszcze dotychczas znaną chorobę. Wyprysk (*herpes*) gardzieli poczyna się gorączką, ogólnem niedomaganiem i objawami gastrycznymi. Wkrótce potem chorzy skarżą się na utrudnienie polykania i żywy ból palący w gardle; ból ten sięga powiększej części aż do trąbki Eustachiusza odpowiedniej strony, niekiedy ku jamie nosowej lub krtani. Gruczoły podszczękowe obrzmią i na ucisk bolesne. Przy obejrzeniu gardła widzimy zwykle tylko po jednej stronie żywe zaczerwienienie i umiarkowane powiększenie objętości zajętych organów wchodzących w skład



podniebienia; zaczerwieniona bł. śluzowa podniebienia miękkiego, migdałów i języczka jest siedliskiem jednej lub więcej grup pęcherzyków, które wyraźnymi są tylko z początku, gdyż później w skutek maceracyi nabłonka takowe pękają. Nie wykształca się tu jednakże strup, jak to bywa na skórze, lecz pozostaje miejsce wyżarte, na którym tworzy się albo delikatna błonka, łatwo odpadająca w skutek ruchów połykania, albo pokrywa (rzadziej) grubym plastycznym wysiękiem nadającym mu wygląd białej plamy, otoczonej silnie zaczerwienioną obwódką i znikającej po kilkodniowym trwaniu. W największej liczbie wypadków wypryskowemu zapaleniu gardzieli towarzyszy wyprysk na innych częściach błony śluzowej (ust, języka, policzków i t. d.), a jeszcze częściej wyprysk skóry (*h. labialis, nasalis*), co jest główną cechą rozpoznawczą tego mało znacznego cierpienia.

Niekiedy nawet ciężkie formy błonicy mogą być rozpoznane. Im cięższe jest cierpienie, tym większa obojętność chorego. Z tym wszystkim nawet tam, gdzie żadna trudność w przełykaniu pokarmów nie istnieje, przychodzi nam w pomoc: obrzmienie gruczołów szyi, cuchnienie z ust, nosowy dźwięk mowy, chrapiący oddech z nawpołotwartymi ustami, wypływ śliny i t. p., cały zbiór objawów, niedozwalający nam ani na chwilę wątpić o siedlisku choroby. Może wprawdzie błonica umiejscowić się pierwotnie na częściach, niedosięglých okiem lekarza jak np. na tylnej powierzchni podniebienia lub w tylnych jamach nosowych. W takim wypadku udaje się nam niekiedy wykryć złóg dyfterytyczny ujmując szczypczykami języczek i pociągając go ku przodowi i górze; zresztą rzadko przy zajęciu tylnej powierzchni podniebienia niema żadnych objawów ze strony gardzieli, a w ostateczności przynajmniej obrzmienie gruczołów szyjowych zapoznaje nas z charakterem procesu.

Zdarzają się niekiedy trudności w odróżnieniu błonicy gardzieli od poczynającej się płonicy (*scarlatina*), zwłaszcza, gdy pierwszej w początkach rozwoju towarzyszy *erythema* szyi. Lecz płonica cechuje się tym, że zwykle już w samym jej początku występuje silne zajęcie gardzieli; że czerwoność zapalna jest żywszą i więcej rozszerzoną, nierzadko aż na język; wreszcie wysoki stopień gorączki, wielka niespokojność chorego, silny ból głowy, majaczenie, drgawki lub odurzenie przemawiają za istnieniem płonicy.

Ogólny obraz złośliwej błonicy, wysoka gorączka, upadek sił, obrzmienie śledziony i przytrafiająca się niekiedy różyczka (*roseola*), przedstawia nadzwyczajne podobieństwo z obrazem objawów tyfusu, zbadanie jednak gardzieli usunie wątpliwość w rozpoznaniu. Spotykamy jednakże trudność wówczas, gdy błony fałszywe wcale nie są widoczne, a zaburzenia ogólne wskazują na zajęcie krtani. Mniemano, że możebność taka istnieje tylko w teorii, liczne jednak wypadki dowiodły, że zdarza się i w praktyce. Bezgłos, oddech kurczowy, duszność i sinica są obu chorobom właściwe; wyróżniającym tu jest czas wystąpienia objawów ze strony krtani; gdy bowiem w błonicy pojawiają się one bardzo wczesnie, w tyfusie przeciwnie dopiero w okresie polepszenia a częstokroć dopiero podczas rekonwalescencji.

W końcu wypada wspomnieć o błonicy gardzieli bez charakterystycznych zmian na bł. śluzowej (*diphtheria sine diphthera*). Wypadki tego rodzaju podają *F o e r s t e r*, *N e w m a n*, *L e v i n* i inni. Według *N e w m a n*'a w owej ukrytej błonicy miejscowe cierpienie ogranicza się tylko na niewielkim bólu gardła i zaczerwienieniu; niekiedy do tak nieznacznych zaburzeń miejscowych dołączają się objawy głębokiej depresyi układu nerwowego. Samo się przez się rozumie, że ocenienie takich wypadków jest tylko wówczas możliwe, gdy są okoliczności, czyniące prawdopodobnem błonicowe zakażenie.

Do ukrytej błonicy zaliczają także wypadki, w których miejscowe cierpienie wcale nie bywa dostrzeżonem, a chory dopiero przy wystąpieniu następczego paraliżu przypomina sobie, że przed niedawnym czasem doznawał nieznacznego bólu gardła. Takich jednak wypadków nie należy kłaść na równi z poprzedniemi; mogły one bowiem należeć do najłżejszej formy prostej błonicy gardła.

**P r z y o z y u y.** Musimy tu przedewszystkiem postawić następujące pytanie: czym jest błonica? Czy pierwotnie jest cierpieniem ogólnem, zatruciem krwi a umiejscowienia są jego skutkiem, czy też jest tylko cierpieniem miejscowem, z którego dopiero następczo roz-

wijają się objawy ogólne? Każde z powyższych przypuszczeń znalazło licznych zwolenników, dla żadnego jednak nie dostarczono dotychczas zadawalniającego dowodzenia. Autor nasz dowodzi, że specyficzny czynnik spowodzający błonicę zostaje z wdychaniem powietrzem w krew wprowadzony i że ten krążąc z krwią wywołuje w rozmaitych tkankach i organach procesa zapalne. Ponieważ zaś zmiany błonicy właściwe najwcześniej i najstałej objawiają się na bł. śluzowej, o którą powietrze przy oddychaniu trzeć się musi (gardziel, nos, krtani), więc nasuwa się mniemanie, że zarodek choroby zaszczipia się na bł. śluzowej, z którą w zetknięciu najprzód zostaje i na tej pierwsze oznaki życia okazuje. Stopień udziału całego organizmu zależy w części od ilości, w części zaś od własności wniklego weń jadu, który z wymienionych bł. śluzowych albo z innych jakichkolwiek miejsc ciała w krew przechodzi.

Pod względem swój istoty błonica z niektórymi zakaźnymi chorobami przedstawia pewne wspólne właściwości, a mianowicie: epidemiczność, szczególne usposobienie do niej wieku dziecięcego, rażący nie stosunek pomiędzy objawami ogólnymi a zmianą miejscową, nadewszystko jednak różnorodność umiejscowień. Wszystkie te momenta dowodzą, że błonicę zaliczyć należy do klasy ostrych zakaźnych chorób, jakkolwiek nie każdy wypadek przedstawia typ zupełny tej klasy.

W nowszych czasach teoria pasożytna zalewając swą falą prawie całą patologię znalazła i dla błonicy pewne grzybki; tym to tworom roślinnym przypisała przyczynę miejscowego cierpienia, objawy zaś ogólne wstąpienia w krew ich zarodków lub wpływowi zmian miejscowych na cały organizm. Autor zręcznie obala powyższe twierdzenia i dowodzi, że grzybki, istniejące na błonie śluzowej zajętej przez błonicę rozwijają się następczo t. j. dopiero wtenczas, gdy warunki sprzyjające ich rozwojowi zostaną stworzone przez samą chorobę.

Chciano wreszcie uważać błonicę za czysto miejscowe cierpienie, objawy zaś ogólne przypisywano ropnicy (*pyaemia*) wywołanej przez chorobę pierwotną; takiemu jednak zdaniu sprzeciwia się już ten fakt, że często bardzo żywe objawy zatrucia występują bez istnienia nasięku błonicowego lub zmian spowodzających wessanie posoki.

Błonica zdarza się zarówno sporadycznie jak i epidemicznie; powstaje ona samodzielnie (z miazma) i przez zetknięcie z choremi na błonicę osobami. Należy ją zatem uważać za chorobę miazmatyczno-kontagijną. Nie jest przywiązana do żadnego klimatu, a z pomiędzy stref umiarkowana najwięcej jest nawiedzana przez błonicę. Wilgotne niziny, miejscowości leżące w pobliżu bagien, wód stojących, nawpółwyschłych rzek a szczególnie wydzielające wyziewy zgnilizny, są według ogólnego przekonania głównemi ogniskami błonicy. Stosunkowo rzadziej pojawia się ona w miejscach wysoko położonych, suchych. Niektórzy jednak badacze (*Barrels*) nie przyznają żadnego wpływu na powstawanie epidemii ani warstwom gruntu; *Mair* z obserwacyi dokonanych w 1868 roku w czasie epidemii istniejącej w Bawaryi i środkowej Francyi wyprowadza wniosek, że pokład wapienny sprzyja nierównie więcej rozwojowi błonicy, aniżeli pokład kajprowy. Wpływ pór roku i warunków meteorologicznych na powstawanie tej choroby, nie został również dotychczas należycie ocenionym. Epidemie błonicy obserwowano we wszystkich porach roku i wśród najrozmaitszych warunków atmosferycznych, najczęściej jednak w zimie i jesieni; zauważono przytém, że szczególnie w i l g o t n e z i m n a szerzeniu się choroby sprzyjają. Podobne działanie wywierają także mieszkania wilgotne, źle przewietrzane i nieczyste izby.

Że błonica jest z a r a ż l i w ą, to fakt ten nie ulega najmniejszej wątpliwosci. Charakter taki nie tylko epidemicznej błonicy jest właściwy, lecz również i sporadycznej a nawet najłagodniejszej jej formie; zarażenie przez tę ostatnią może u innego indywiduum wywołać śmiertelne cierpienie. Zarazek może być związany już z lotnym, już ze stałym środkiem przenosi się on na inne osoby zarówno przez wyziewy chorego i otaczające go powietrze, jak i przez zetknięcie się z pewnemi produktami choroby; działa tęp silniej, im więcej jest stężony t. j. im mniejsze jest staranie o czystość powietrza. Usposobienie jednak do przyjęcia zarazka błonicy i szerzenie tegoż są nierównie mniejsze, aniżeli np.



zarazka błonicy, ospy i odry. Epidemie bowiem błonicy niedosięgają nigdy tego natężenia jak epidemie dopiero co wspomnianych wysypek, często także choroba ogranicza się tylko do pojedynczych mieszkań, piętér lub domów. Godną uwagi jest stałość, z jaką niekiedy błonica w pewnych miejscowościach występuje, tak, że w niektórych mieszkaniach lub domach przez całe miesiące zjawiają się wypadki téj choroby. Przenoszenie się cierpienia za pomocą bezpośredniego zetknięcia z jego produktami, najczęściej ma miejsce pomiędzy lekarzami. Zarażenie następuje tu albo przy badaniu, wskutek dostania się nagromadzonych w gardzieli chorego mass do ust lub nosa lekarza, albo, co bywa częściej, wskutek przedmuchiwania rurek tracheotomicznych lub wprowadzania do ust strzykawek, używanych przedtém u chorych na błonicę.

Przeciąg czasu pomiędzy zarażeniem a wystąpieniem pierwszych objawów choroby wynosi według obserwacji autora dni trzy. Według Rogera i Petera okres wyłęgania waha się pomiędzy 2—8 dniami a w wyjątkowych razach pomiędzy 12 i 14 (?); Newmanna naznacza 2—3, najdłużej 7—8, dni.

Wiek dziecienny do lat 10 jest szczególnie usposobiony do błonicy, największy kontyngens dostarcza drugi, trzeci i czwarty rok życia, u roczniaków bywa bardzo rzadko a u sześciomiesięcznych prawie wcale się nie zdarza. U dorosłych występuje niekiedy pierwotnie, częściej jednak przez zarażenie. Płeć dzieci niema żadnego znaczenia; w ostatnich tylko epidemiach zauważano, że po piątym roku życia częściej ulegają błonicy dziewczęta aniżeli chłopcy. Zarówno podlegają jej silne i zdrowe jak i słabe dzieci; najczęściej jednak usposabiają do przyjęcia błonicy przebyte poprzednio nieżyty nosa, gardzieli lub krtani. Wśród dzieci biednych rozwija się silniej aniżeli wśród bogatych, zależy to wszakże od warunków sanitarnych.

Co się tyczy kwestyi, czy przebycie błonicy broni od jej powrotów, to takowa dotychczas nie została jeszcze stanowczo rozstrzygniętą.

Rokowanie. Zasady, z których możemy wyprowadzić prognostyczne wnioski są w części ogólne, w części zaś specjalne, sprowadzić je można do następujących punktów:

1) W każdym wypadku błonicy nie należy na pewno rokować o zejściu; gdyż małoznaczność miejscowych zmian, ani nieznaczne zakłócenie stanu ogólnego nie dowodzą lekkiego przebiegu choroby.

2) Podczas epidemii rokowanie zawisło w części od charakteru téjże. W rozmaitych epidemiach stosunek śmiertelności wynosi 30 do 50%; jest on tém mniejszy, im więcej w liczbie chorych znajdowało się dorosłych.

3) Błonica jest tém niebezpieczniejszą, im młodsze indywiduum na nią zapada. Zależy to od tego, że u młodszych dzieci udział krtani jest najczęstszym i najniebezpieczniejszym.

4) Konstytucya chorego w tych wypadkach, gdzie krtać ulega zajęciu, nie wywiera żadnego wpływu na rokowanie; gdzie zaś ten organ ocala, wówczas poprzednio zdrowe i silne indywidua łatwiej zdrowieją.

5) Im większą powierzchnię zajmuje nasięk błonicowy, tém wątpliwiejszém jest rokowanie. Jest ono najlepszém gdy cierpienie ogranicza się na migdałkach lub na *pars oralis* gardzieli, gorszém, gdy rozszerza się na część krtaniową téjże. Rozwój błonicy krtani jest w przeważnej liczbie wypadków śmiertelnym; stosunek zdrowiejących w tym stanie wynosi około 5—7%. Śmierć następuje pospolicie już drugiego lub trzeciego dnia po zajęciu krtani.

6) Rokowanie jest pomyślniejsze, gdy wysięk błonicowy zajmuje powierzchowną warstwę błony śluzowej; gorsze, gdy sięga głębiej.

7) Podnoszenie się gorączki w początkach choroby dowodzi powstawania nowych ognisk lub zwiększenia się istniejących kępek.

8) Gorączka adynamiczna z temperaturą 40,5—41° C. towarzyszy zwykle tylko najwyższemu stopniowi zatrucia krwi i prowadzi w większej liczbie wypadków do śmierci.

- 9) Brak apetytu w początkach cierpienia jest złym znakiem.  
 10) Żółto-wodnisty, żrący wypływ z ust i nosa należy uważać za *omen pessimum*.  
 11) Błonica części przedniej jam nosowych jest mniej niebezpieczną aniżeli tylniej.  
 12) Przypadkowe cierpienie skóry (*intertrigo, eczema*, obrażenia po wezykatoryach pozostałe i t. p.) pogorszają rokowanie. (Dalszy ciąg nastąpi).

### STATYSTYKA LEKARSKA.

Wiadomość statystyczna o ruchu chorych w szpitalu Starozakonnych w Warszawie, w roku 1870.

#### 1. Ogólny ruch chorych.

	Męż- czyzn.	Kobiet.	Dzieci płci		R a z e m.
			męzk.	żeńsk.	
Pozostało z końcem roku 1869 . . .	162	182	5	2	351
Przybyło w ciągu roku 1870 . . .	2633	2410	69	43	5155
Leczono w ogóle . . .	2795	2592	74	45	5506
Z tych wyzdrowiało i wyszło . . .	2394	2238	51	33	4716
Umarło . . .	205	171	22	9	407
Ubyło więc w ogóle . . .	2599	2409	73	42	5123
Pozostaje w leczeniu na rok 1871 . . .	196	183	1	3	383
Co czyni jak wyżej . . .	2795	2592	74	45	5506

Śmiertelność wynosi w o g ó l e 7,31 od sta, czyli

a) w stosunku do osób utrzymywanych w zakładzie jak 1 : 13,5

b) w stosunku do osób wyzdrowiałych jak 1 : 11,5

Po odtrąceniu zaś od liczby chorych i zmarłych 45 osób w stanie konania do szpitala przybyłych, które zakończywszy życie wkrótce po przybyciu, nie mogły być przedmiotem leczenia w szpitalu, a więc na karb śmiertelności jego policzonemi być nie powinny, liczba chorych leczonych w szpitalu zredukowaną będzie do 5461, zmarłych zaś do 362 osób, a prawdziwa odsetka śmiertelności w korzystniejszym przedstawi się świetle, wyniesie bowiem tylko 6,6 od sta, czyli

a) w stosunku do osób utrzymywanych w Zakładzie jak 1 : 15,2

b) w stosunku do osób wyzdrowiałych jak 1 : 13

Śmiertelność między mężczyznami wynosi 7,3 od sta czyli jak 1 : 13,6

„ „ „ „ „ „ „ „ 6,5 „ „ „ „ 1 : 15,3

„ „ „ „ „ „ „ „ 26,3 „ „ „ „ 1 : 3,8

„ „ „ „ „ „ „ „ 29,7 „ „ „ „ 1 : 3,3

„ „ „ „ „ „ „ „ 20 „ „ „ „ 1 : 5

Dni szpitalnych chorzy przepędzili 127,910

Czas średni pobytu w szpitalu chorego wynosił dni 23,2

Dzienna ludność w średnim przecięciu wynosiła osób 350,4; najwyższą ludność wynosiła 459 osób, najniższa zaś 272.

Średnia liczba chorych z dziennie przyjętych wynosiła 15,08.

Koszt dzienny utrzymania jednej osoby w szpitalu wynosił kop. sr. 31,4, koszt utrzymania jednej osoby przez czas średni pobytu wynosił rs. 7 kop. 28; przez rok cały zaś rs. 114 kop. 61.



2. Ruch chorych w pojedynczych oddziałach szpitala.

Wymienienie oddziałów.	Pozostało		Przybyło		Ogółem leczono.		Wyzdrowiało i wyszło		Transferowa. do inn. oddz.		Umarło		Pozostaje		Odsetka śmiertelności	Dni szpitalne	Dzienna ludność w szpitalu	Czas średni pobytu każdego chorego.								
	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet												
Wewnętrz.	62	86	1	—	1412	1435	3423	3053	1216	1249	1516	40	49	—	169	136	197	49	87	1	—	10,8%	1:9,2	46390	127	11,9
Chirurgicz.	29	26	—	—	615	361	224	1057	544	325	181	20	20	21	36	16	22	47	28	—	—	50%	1:20	23444	69,2	22,1
Oftalmicz.	5	8	—	—	109	76	1—	199	91	74	—	11	5	—	—	1	—	12	5	—	—	0,50%	1:200	7134	19,9	35,8
Wenerycz.	23	15	—	—	213	145	44	405	202	139	45	12	8	—	2	1	—	20	12	—	—	0,70%	1:135	13042	35,2	32,2
Wyrzutow.	19	14	4	1	235	159	812	452	199	141	1210	13	11	—	—	—	—	42	21	—	—	—	15850	43,4	35,	
Rakowatych	1	3	—	—	9	12	—	25	8	11	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	120%	1:8,3	1143	3,1	45,7
Polożnic	—	9	—	—	—	154	—	163	—	133	—	—	11	—	—	11	—	—	8	—	—	6,50%	1:15,3	1995	5,4	12,2
Obłąkanych	23	21	—	—	40	68	—	152	32	53	—	6	10	—	1	4	—	24	22	—	—	3,20%	1:31,2	18912	51,8	124,4
Ogół	162	162	5	—	2263	2410	6740	5505	2292	2193	4902	102	115	21	205	171	29	196	168	1	—	10,8%	1:13,2	27910	350,4	23,2

### 3. Ruch ludności chrześcijańskiej.

Z końcem roku 1869 pozostało.	mężczyzn	5	kobiet	4	razem	9
Przybyło w ciągu roku 1870	„	102	„	58	„	160
Ogółem leczono.	„	107	„	62	„	169
Z tych wyzdrowiało i wyszło	„	97	„	62	„	159
Umarło . . . . .	„	5	„	—	„	5
Ubyło więc w ogóle	„	102	„	62	„	164
Pozostaje w leczeniu na r. 1871.	„	5	„	—	„	5
Co czyni jak wyżej . . . . .	„	107	„	62	„	169

Śmiertelność wynosi w ogóle 2,9 na sto, czyli

a) w stosunku do osób utrzymywanych w zakładzie jak 1 : 35,9

b) w stosunku do osób wyzdrowiałych jak 1 : 31,8

Śmiertelność między mężczyznami wynosi 4,6 od sta czyli jak 1 : 21,7

Śmiertelność między kobietami w tym roku żadna.

### 4. Ambulatoryum.

Chorych do ambulatoryum przy szpitalu zgłosiło się . . . . .	24031
Z tych otrzymało: mniejszych chirurgicznych pomocy, osób . . . . .	1475
rad bezpłatnych i bezpłatne lekarstwa, osób . . . . .	18906
samych rad lekarskich t. j. zalecenie domowych środków osób . . . . .	3650
Co czyni jak wyżej osób . . . . .	24031

### 5. Apteka.

Apteka szpitala wyexpedyowała w r. 1870 recept . . . . .	93927
a mianowicie:	
ambulatoryjnych . . . . .	18906
bezpłatnych z przepisu lekarzy nie szpitalnych. . . . .	16258
dla samego szpitala. . . . .	58763
Co czyni jak wyżej. . . . .	93927
W ogóle z dobroczynności zakładu korzystało w r. 1870 osób. . . . .	45795
Z tych: utrzymywanych w samym zakładzie osób. . . . .	5506
korzystających z ambulatoryum szpitala osób. . . . .	24031
korzystających z bezpłatnych lekarstw z przepisu lekarzy nie- szpitalnych osób . . . . .	16258
Co czyni jak wyżej. . . . .	45795

Naczelnny lekarz szpitala Starozakonnych Dr. *D. Rosenthal*.

### Wiadomości bieżące.

— Kateter w macicy. Matka kilkorga dzieci, będąc w drugim miesiącu ciąży, wprowadziła do swój macicy kateter żeński, dla wywołania poronienia. Poronienie nastąpiło, ale instrument został w macicy i pacjentka zgłosiła się do Dra Foltza żądając wyjęcia go. Pokazało się następnie że kateter był wprowadzony przez akuszerkę, której nazwiska chora wymienić nie chciała. Pomimo najstaranniejszych poszukiwań nie można było żadnego obcego ciała wykryć; pacjentka odeszła i nie dała nic o sobie słyszeć przez 4 miesiące; po tym czasie dopiero udała się znowu do wspomnianego lekarza uskarżając się na tworzącą się narośl w okolicy pępka. Przy bliższem zbadaniu znaleziono narośl niewielką, kształtu okrągłego, twardą, znikającą pod naciskiem i przedstawiającą wielkie podobieństwo do przepukliny pępkowej, z łatwością jednak można było się domacać kateteru w téj narośli. Na odbytej konsultacyi postanowiono rozszerzyć szyjkę macicy i odszukać



przez zewnętrzny otwór płciowy kateter w stojącej postawie pacjentki, ponieważ narosał znikła jak tylko chora kładła się na wznak. Po dokładnym zbadaniu chorą, przekonano się, że ten koniec kateteru, który zwykle w pęcherz się wsuwa, mógł być odczuty w narosli u pępka, a rękojeść jego znajdowała się między macicą a pęcherzem moczowym na wysokości wewnętrznego otworu macicznego, którego przednia warga mocno była zgrubiała. Umieściwszy jeden palec w dole maciczno-pęcherzowym a drugi na pępku, można było obadwa konce kateteru odczuć. Chirurg przeciął przednią ścianę szyjki macicznej w stojącej postawie pacjentki, którą dwóch asystentów podtrzymywało, ale na wielkie jego zdziwienie nie można było obcego ciała wynaleść. Dwie godziny napróżno szukano i odłożono dokończenie operacji do drugiego dnia. Nazajutrz przecięto ściany brzuszne w okolicy pępka i wyciskano od dołu ku górze kateter, który po długich trudach nareszcie dał się wyjąć. Pacjentka w krótkim przeciągu czasu zupełnie wyzdrowiała.

Dr. F o l t z utrzymuje, że obce ciało skośnie przebiło przednią ścianę szyjki macicznej, wsunęło się pomiędzy macicę i pęcherz moczowy, przedziurawiło worek otrzewnej zwany dołem maciczno-pęcherzowym i dostało się pomiędzy zwojami kiszek aż do pępka. Po poronieniu i skurczeniu się macicy, rękojeść kateteru przeszła także przez ścianę macicy i utkwiała w dole maciczno-pęcherzowym. Kiedy pacjentka leżała, rękojeść katetera chowała się za pęcherz a drugi jego koniec za zwoje kiszek; w stojącej pozycji kateter przybierał kierunek osi miednicy i mógł być łatwiej z jednego i z drugiego końca odczuty. Dr. F o l t z uważa wypadek ten za unikat, gdyż pomimo najściślejszych poszukiwań, podobnego w całej literaturze znaleźć nie mógł. (*Lancet, January 1, 1871*).

— Sprawozdanie z ruchu chorych leczonych w Instytucie leczniczym Dra Kadlera. W roku 1870 chorych leczonych w Instytucie było 84, to jest: mężczyzn 79, kobiet 5. Z tych 30 było dotkniętych ogólnym syfilitycznym krwi zakażeniem; 23 wenerycznych i 31 z chorobami skóry. Wyzdrowiało 84.

Pomiędzy syfilitycznymi wysypkami, forma plamista przeważała liczbą; po niej szły wysypki grudkowate, krosty, a w końcu cierpienia okostnej i kości. Z pomiędzy tych wypadków, zasługuje na wzmiankę jeden, w którym z powodu obrzmienia okostnej i kości lewego guza czołowego, pojawiły się objawy obłądłu. Przy jednoczesnym jednak zastosowaniu tak wcierań szaruchy, jak i *kali jodat.* do wewnątrz, obrzmienie to ustąpiło, a z niem i władze umysłowe chorego powróciły do normalnego stanu. Również należy się tu wspomnieć i zwężeniu napletka *phymosis*, będącemu następstwem stwardnienia syfilitycznego. Zwężenie to było w tak wysokim stopniu, że chory z trudnością tylko był w możności oddawać urynę. Po użyciu jednak frykcyj, bez operacji w zupełności ono ustąpiło, a chory z wszelką łatwością był w możności ściągać napletek.

Z szeregu chorób wenerycznych, ich następstw i powikłań, następujące wypadki były przedmiotem leczenia: zapaleń gr. limfatycznych pachwinowych 9, przetok pachwinowych 5, zapaleń żołądki 4, *epididymitis* 3, *phymosis* (w skutek *balanitis*) 3, *phymosis post ulcera vener.* 3, *gonorrhoea chronic.* wraz ze zwężeniem kanału 3, *ulcera vener. phagadaenica* 2, *ulcus vener. serpinginos.* 1, *ulcus vener. simplex* 1, *perforatio frenuli* 1, *herpes pro-genitalis* 3.

Choroby skórne, których usunięcie było zadaniem lekarza zakładowego, w następujący szemat uporządkować się dadzą: *Eczema scroti et genitalium* wypadków 8, *psoriasis vulgaris* 5, *eczema marginatum* 2, *lupus vulgaris* 2, *eczema extremitatum* 2, *eczema capituli* 1, *sycosis* 3, *scabies* 2, *prurigo* 1, *herpes iris* 1, *seborrhoea* 1, *erythema nodosum* 1, *acne rosacea* 1, *urticaria* 1. Operacyj wykonano 15 a mianowicie: przetok pachwinowych 5, dymienie (*bubo*) pachwinowych 9, *phymosis congenita* 1. Przy wszystkich tych operacjach za wyjątkiem zwężenia napletka zastosowane było z korzyścią miejscowe znieczulenie eterem siarczonym, przy pomocy przyrządu Richardsona. Chorzy oprócz uczucia zimna przez sam eter wywołanego, żadnego bólu nie czuli. Do rany powstałej po operacji zwężenia napletka przyłączył się proces dyfterytyczny, który znacznie wyzdrowienie chorego opóźnił, i po pedzłowaniu *Liq. fer. sesq. chlorat.* ustąpił. U dwóch chorych jednocześnie z rozpoczęciem frykcyj, pojawił się na twarzy i kończynach wyrzut podobny do pokrzywki. Występował on zwykle nad

rankiem, w ciągu dnia stopniowo zmniejszając się, i sprawiając uczucie palenia w skórze, z nieznaczniemi swędzeniem. Przy leczeniu *psoriasis vulgaris*, kw. karbolowy wewnątrz zadawany, zmniejszając przekrwienie ciała brodawkowatych skóry, skracał przebieg choroby i dlatego do dalszego użycia zachęca. Własność zaś jego działania na powierzchowne nerwy skóry, czyni go nieoszacowanym środkiem w *prurigo*. Na podobne uznanie zasługuje przed niedawnemi czasy wprowadzone do dermatologii płótno kauczukowe. Przy wypryskach (*eczema*) zwłaszcza rąk i palców, wygodniejszego i dającego pewną rękojmię środka leczniczego, jak są rękawiczki z płótna w mowie będącego żądać nie można.

Bardzo praktyczną do okładów, podkładów i przy operacjach okazała się wyksatyna; przyrządy zaś do ogrzewania kataplazmów, wyrabiane w fabryce Mintera, odznaczające się prostotą i niezmierną praktycznością, zważywszy częste zastosowanie samych kataplazmów, powinny znajdować się w każdej rodzinie.

Na zakończenie niech mi wolno będzie zamieścić obserwacyę z praktyki prywatnej. Przed niedawnemi jeszcze czasy, trzymając się ściśle zasad specjalnej terapii, używałem przy leczeniu rzeżączki ostrój (*blennorrhagia*), wstrzykiwań roztworów solnych, w stosunku 1—5 do 10 gr. na uncję wody; wkrótce jednak przekonałem się, że po użyciu wstrzykiwań wspomnianych, zapalenie i odpływ zwiększały się, i to w stosunku prostym do stężenia roztworów wstrzykiwanych. Zacząłem więc dawkę zmniejszać; a gdy doświadczenie okazało, iż przy użyciu słabych roztworów jak np. siarczanu cynku 1 gr. na dwie lub trzy uncje wody, z dodatkiem kilku kropli *laudan. l. Sydenh.*, nie tylko zapalenie zmniejsza się, ale i cały przebieg choroby skraca, dziś tylko takowych używam. *Kadler.*

— Cholera w gubernii Warszawskiej. Od d. 9 do 22 stycznia zachorowało na cholereę osób 16. Z nich umarło 8, wyzdrowiało 8, mianowicie: w Bedlnie zachorowało 13, wyzdrowiało 8, umarło 5; w Drzewoszkach Wielkich zachorowało 3, umarło 3. W ogóle od początku zeszłorocznej epidemii w powiatach Kutnowskim i Gostyńskim zachorowało osób 372, wyzdrowiało 213, umarło 159. Najwięcej zachorowało w Żychlinie (121 osób), w Kutnie (83) i w Dobrzelinie (80); najmniej w Walentynowie, bo tylko 2 osoby, z których 1 wyzdrowiała, 1 umarła. Wiadomości te czerpiemy ze źródeł urzędowych.

— Dr. Keith, znakomity owariotomista szkocki (w Edyburgu) wykonał w tych czasach setną operacyę wycięcia jajników; ze 100 jego operowanych umarło tylko 19; czem Koerberle jest dla Francyi, a Spencer Wells dla Anglii, tem Keith dla Szkocyi. Trzej ci uczeni szczęśliwemi swemi operacyami ostatecznie i na zawsze zjednali owariotomii prawo obywatelstwa pomiędzy operacyami chirurgicznymi. Lekarze szkoccy na uczczenie tego wypadku przygotowują publiczny upominek swemu koledze uważając go za dumę swego kraju. A u nas? — Bardzo niedawno Przegląd Lekarski drukował wolania uozonego swego korespondenta z Warszawy, zalecające wyłączenie nawet z liczby członków społeczeństwa operatorów wykonywających u nas tę operacyę! *Qui tollis . . miserere ei!*

— W d. 8 z. m. znany fizyolog i anatom Prof. Dr. Ernst Heinrich Weber (w Lipsku) dożył 50 lat w charakterze profesora zwyczajnego uniwersytetu. Prof. Weber w r. 1817 otrzymał stopień doktora medycyny, w r. 1818 mianowany profesorem nadzwyczajnym, w r. 1821 (8 stycznia) profesorem zwyczajnym. Od r. 1856 jest on seniorem uniwersytetu.

— W d. 1 b. m. znany powszechnie wiedeński księgarz, nakładca dzieł lekarskich, Wilhelm Braumüller obchodził 50 letni jubileusz swego zawodu. Przy tej sposobności w ozdobnym wydaniu wydał katalog dzieł wyszłych jego nakładem.

— † W d. 22 z. stycznia zmarł w Bernie na suchoty Dr. Prof. Filip Munczk, w 37 roku życia, w d. zaś 25 t. m. umarł w Brześciu Litewskim Dr. Kwapiński Leon, w 47 r życia, powszechnie szanowany lekarz.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr. Girsztowt.

---

Redakcyą Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

---

W Drukarni Gazety Polskiej, przy ulicy Daniłowiczowskiej, Nr. 619. — Дозволено Цензурою.