

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5	na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{	rocznie.....	rs. 6
		półrocznie.....	2 kop. 50			półrocznie.....	„ 3
		kwartalnie.....	„ 1 „ 25				

Redakcyja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z klinik chirurgicznych paryzkich. O opatrunku watowym prof. Guerin'a. Podał D-r. E. MODRZEJEWSKI.—Przegląd piśmiennictwa lekarskiego. Wykład chorób wenerycznych, ułożony przez Studentów Medycyny Uniwersytetu Warszawskiego. Sprawozdawca D-r. T. BELKE. —Wykłady kliniczne. O rozpoznawaniu i przyczynach władu płuc jednostronnego. Wykład prof. H. NOTHNAGEL'A. Streścił Dr. H. KUSZKOWSKI. (Dokończenie). — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Drenowanie jamy brzusznej i przestrzykiwanie jamy otrzewnej. Bezpośrednie przelewanie krwi. Pierwotne zakaźne zapalenie rdzenia kostnego i okostnej. Najnowsze poszukiwania doświadczalne nad kaszlem. Kaszel żołądkowy. Sposób powstawania i leczenia wypadnięcia macicy. Kronika zagraniczna. Wiadomości z Paryża, Wiednia, Berlina i Pragi. — Kronika miejscowa. Choroby panujące w Warszawie w m. Sierpniu. r. b.— Bibliografija.— Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA Z KLINIK CHIRURGICZNYCH PARYZKICH.

Opatrunek watowy prof. Guerin'a.

Podał E. Modrzejewski.

We wszystkich prawie oddziałach chirurgicznych szpitali paryzkich stosowany jest obecnie opatrunek ran watowy, wprowadzony po raz pierwszy do chirurgii w r. 1870 przez prof. GUERIN'A. Poważne prace, traktujące o tego rodzaju opatrunku, które się od tego czasu w piśmiennictwie francuzkiem pojawiły, stwierdzając licznemi spostrzeżeniami klinicznemi pomysłne wyniki otrzymane przy jego zastosowaniu, dostatecznie przemawiają na korzyść tego opatrunku, zasługującego ze wszech miar na rozpowszechnienie.

Mając sposobność sprawdzić osobiście w klinikach paryzkich wartość praktyczną opatrunku prof. GUERIN'A, chcąc z nim zapoznać czytelników „MEDYCYNY,” pragnę aby jego zastosowanie mogło i u nas przynieść równie świetne wyniki,—wyniki przynoszące chlubę chirurgowi, prawdziwe korzyści chorym ¹⁾. W opisie opatrunku i jego zastosowania trzymałem się głównie ostatniej pracy HERVEY'A z r. 1873. Podaję opis opatrunku, biorąc za przykład ranę poamputacyjną.

Po zatrzymaniu krwotoku i oczyszczeniu rany, jeżeli pożądanem jest zabliznienie się rany przez bezpośrednie zlepienie (*prima intentio*), nakładamy na nią szwy, lub ściągamy jej brzegi plastrem lepkiem. Prof. GUERIN, po wprowadzeniu w użycie swego opatrunku, nie stara się zupełnie o zle-

¹⁾ Pragnących zapoznać się obszerniej z literaturą odnoszącą się do tego przedmiotu, odsyłam: 1) A. GUERIN: *Discours à l'Académie de médecine 6 Juin, 1871* oraz *Chirurgie opératoire 1874*. 2) HERVEY: *Pansemens à l'ouate. Archives de Med. 1871 Decembre et suiv.* 3) VERNEUIL: *Congrès de Lyon 1872*. 4) HERVEY: *Applications de l'ouate à la conservation des membres et des blessés. Thèse de Doct. Paris 1873*.

pienie rany bezpośrednio i ranę pooperacyjną wypełnia stopniowo watą. Skoro nałożono szwy i wypełniono ranę watą, obwija się takową pojedynczymi pokładami waty. Ilość waty użytej powinna wynosić przynajmniej trzy razy tyle, ile grubość członka operowanego. HERVEY podaje następujący sposób przekonania się o dostatecznej ilości waty użytej do opatrunku. Nałożywszy na członka znaczną ilość waty, potrzeba objąć takowy dwiema rękami i wykonać ucisk znaczny, zwłaszcza w punktach blizkich rany operacyjnej. Jeżeli ucisk ten nie wywołuje u chorego najmniejszego bólu, można być pewnym że ilość waty użytej jest dostateczną. Ta znaczna ilość waty jest rzeczą niezbędną, gdyż od niej zależą dwa warunki stanowiące prawdziwe korzyści tego opatrunku t. j. ucisk sprężysty (elastyczny) wywarty na członka operowany, i jego unieruchomienie. Ogromny ten pokład waty przytwierdza się zwykłą opaską w sposób następujący: pomocnicy przytrzymują członka otoczony watą, chirurg zaś umieszczony naprzeciwko niego, oparłszy piasek amputacyjny na swych piersiach, przytwierdza watę obrotami opaski. Należy bandażować w ten sposób, gdyż przy nakładaniu opaski stojąc z boku członka operowanego, wata zsuwa się w część dolną opatrunku i tworzy twarde nierówności, przeszkadzające dokładnemu wykonaniu opatrunku. Skoro wata jest dostatecznie przymocowana, potrzeba nadać kształt opatrunkowi przez liczne obroty opaski poczynając takowe od końca dolnego członka i idąc w górę, przy czem starać się należy bandażować jak najsilniej, zwłaszcza przy końcach górnych i dolnych opatrunku.

Opaski należy używać tylko płócienne; flanelowe i sprężnikowe są nieużyteczne, nie pozwalają bowiem miarkować siły użytej przy bandażowaniu.

Po amputacji uda, opatrunek powinien obejmować biodro i miednicę, po wyłuszczeniu uda większą część brzucha. Po amputacji ręki lub stopy, opatrunek winien zachodzić powyżej łokcia lub kolana; po amputacji ramienia—szyja i piersi winny być objęte opatrunkiem.

Po wypilowaniu stawów, nadawszy kończynie odpowiednie położenie, opatrunek nakłada się zupełnie w tenże sam sposób, wkładając także w przestrzeń zawartą pomiędzy końcami wypilowanych kości pewien pokład waty. Przy złamaniach powikłanych, jeżeli obieg krwi i innerwacja członka złamanego w dobrym są stanie, można nałożyć opatrunek watowy, zachowując jednak pewne ostrożności. Jeżeli rana w miejscu złamania jest znaczną, potrzeba ją wypełnić watą, tworząc tym sposobem rodzaj miękkiego pokładu, który wywierać będzie ucisk na końce złamanej kości. Następnie otacza się watą członka złamanego utrzymywany przez pomocników w odpowiednim położeniu, a gdy ilość waty jest dostateczną rozpoczyna się bandażowanie.

Ważną jest rzeczą przy złamaniach kończyn pozostawić palce odkryte, zwłaszcza jeżeli złamanie było bardzo powikłane, a to w celu możności śledzenia stanu złamanej kończyny.

Przy ranach ręki i palców, opatrunek watowy powinien obejmować przynajmniej połowę przedramienia.

Po odjęciu gruźli piersiowego, używa także prof. GUERIN swego opatrunku, obejmując nim wtedy całą klatkę piersiową i kończynę po stronie operowanej.

Opatrunek tak nałożony pozostawia się choremu bez zmiany od 20 do 25 dni, jeżeli chory znosi go dobrze, i nie chodzi nam o zlepienie bezpośrednie rany. Zwykle jednak po 10 lub 15 dniach kości są pokryte, i rana zaczyna się zablizniać.

Prof. GUERIN postępuje na swym oddziale w sposób następujący: 15 lub 20 dnia po nałożeniu opatrunku, zdejmuję takowy, i jeżeli kość jest zupełnie pokryta, oraz stan sanitarny sal szpitalnych pozwala, używa opatrunku zwykłego; skoro jednak warunki rany lub szpitala nie są sprzyjające, stosuje nowy opatrunek watowy. Czas potrzebny do zlepiania się ran nie jest dostatecznie określony; zdaje się, że 10 do 15 dni wystarcza.

Ogólne przepisy które zachowywać należy po nałożeniu opatrunku watowego prof. GUERIN'A są:

1) Opatrunek będzie codziennie starannie badany, przy zwolnieniu się opaski wzmocniony.

2) Przy pojawieniu się na opatrunku plam krwistych lub ropnych, takowe winny być pokryte nowym pokładem waty, lub zubożnionem jakimkolwiek roztworem przeciwnym, aby zapobiedz ich rozkładowi.

3) Opatrunek nie będzie zmieniany przez czas pewien, jeżeli chory znosi go dobrze.

4) Należy zdawać sobie sprawę z każdego podwyższenia ciepłoty ciała chorego. Przepis ten jest najważniejszym, a wypełnienie go dozwala odpowiednio do wysokości ciepłoty, wnosić o ogólnym stanie chorego, i stanie rany samej, dla tego obszerniej nieco nad tem się zastanawiam.

Gorączka przyrana pojawia się zwykle w 24 do 36 godzin po nałożeniu opatrunku, a natężenie jej, jeżeli opatrunek pozostaje w dobrym stanie, zmniejsza się znacznie po 2 lub 3 dniach od czasu pojawienia się. Znaczne podwyższenie się ciepłoty, w kilka dni po nałożeniu opatrunku wykazuje zwykle, albo powikłanie (*complicatio*) zaszłe pod opatrunkiem, (*erysipelas, lymphangoitis, phlegmone, gangraena*) wyjątkowo się zdarzające, lub też jest dowodem, że opatrunek nie zamyka szczelnie dostępu powietrza do rany, co powoduje rozkład płynów pod opatrunkiem nagromadzonych (ropa, krew i t. p.) a następnie ich przejście w obieg krwi.

Jeżeli opatrunek został nałożony skutkiem złamania kości powikłanego, i gorączka w pierwszych dniach nieznaczna, ustępuje wkrótce zupełnie, można być spokojnym o stan rany; przeciwnie—przy nagłym i znacznym podwyższeniu się ciepłoty, lub też utrzymywaniu się jej w wysokim natężeniu przez czas dłuższy, potrzeba zdjąć opatrunek, aby się przekonać co powoduje stan gorączkowy.

5) Ból silny, rwący, utrzymujący się czas dłuższy w członku operowanym i wykazujący nieprawidłowy stan rany, będzie także wskazaniem do usunięcia lub zmiany opatrunku.

Korzyści, które osiągamy stosując opatrunek watowy, są następujące:

Chory nie doznaje najmniejszego bólu w części operowanej lub ranionej. Nie masz zwykle wielkiego odczynu gorączkowego, tak po amputacjach jako też przy złamaniach powikłanych.

Powikłania przyranne daleko rzadziej, prawie weale się nie zdarzają przy użyciu tego opatrunku.

Zabezpieczamy za pomocą niego rany przypadkowe lub operacyjne od wpływów zewnętrznych (zepsutego powietrza, bakteryj (!), grzybków (!) i t. p.) Osiągamy za pomocą niego unieruchomienie zupełne członka operowanego lub ranionego.

Wywieramy na część opatrzoną ucisk umiarkowany, utrzymując ją zarazem w stałej ciepłocie.

Opatrunek nie potrzebuje częstej zmiany.

Co do wyglądu członka i rany samej po zdjęciu opatrunku. Członek operowany w porównaniu ze stroną zdrową jest jakby wychudzony, ścięczały; nie przedstawia on najmniejszego nabrzmienia lub zaczerwienienia.

Jezeli rana podlegała ropieniu, ropa znajduje się w małej ilości, jest o na nieco ciemna, gęsta, i posiada zapach niemły, cechujący zjeleżały ser; pod drobnowidzem ciątka ropne zmienione są jakby w mleczankę (*emulsio*). Rana jest zwykle pokryta wszędzie obfitą, piękną ziarniną, brzegi jej nie są ani nabrzmiałe, ani stwardniałe.

Zarzuty które można postawić metodzie opatrunkowej prof. GUERIN'A są:

1) Trudność w dostrzeganiu krwotoków następowych, które się mogą zdarzyć u opatrzonych w ten sposób. Krew, podług spostrzeżeń HERVEY'A, ma się przedostawać bardzo szybko na zewnątrz przez pokłady opatrunku. W każdym razie należy często i starannie badać stan opatrunku w pierwszych 24 godzinach po jego nałożeniu, aby przy pojawieniu się plam krwistych zapobiedz niebezpieczeństwu przez usunięcie opatrunku i wyszukanie naczyń powodujących krwawienie.

2) Zdarzające się przypadki obumarcia całego członka lub płatów amputacyjnych. Przypadki obumarcia całego członka zdarzają się wyjątkowo i jedynie przy złamaniach powikłanych, w tych tylko przypadkach, w których opatrunek, z powodu zmienionego stanu naczyń członka złamanego, nie powinien był być nakładany. Obumarcie płatów amputacyjnych w całości lub w części zdarza się także niekiedy, nie częściej wszakże przy tym rodzaju opatrunku, jak przy innych opatrunkach.

3) Trzecim zarzutem jest zapach bardzo nieprzyjemny, który czuć się daje w bliskości chorego, już po nałożeniu opatrunku. Zapach ten można jednak usunąć w części, umieszczając w różnych pokładach waty użytej do opatrunku: kwas karbolowy, kamforę sproszkowaną i t. p.

Główną zasadą w działaniu tego opatrunku jest cedzenie (*filtratio*) powietrza zewnętrznego przechodzącego przez pokłady waty, cedzenie którego następstwem jest pozbywanie się powietrza cząstek szkodliwych, mogących wywierać wpływ niekorzystny na ranę. Dla sprawdzenia czy powietrze zewnętrzne przenika przez pokłady opatrunkowe, wykonał HERVEY, następujące doświadczenie. W dolnych pokładach opatrunku umieścił

mączkę krochmalową, w górnych bawełnę namoczoną w jodzie (*coton iodé*). Skoro opatrunek po 21 dniach został usunięty, mączka przedstawiała wydatne zabarwienie fioletowe, dowodzące przenikania par jodowych z górnych warstw opatrunku w dolne.

Ponieważ wszelka metoda chirurgiczna niewielkie ma znaczenie, nie będąc poparta odpowiednimi faktami klinicznymi, dowodzącymi rzeczywistej ich wartości praktycznej, pomieszczam tu w streszczeniu, z 50 spostrzeżeń podanych w pracy HERVEY'A, kilka najważniejszych, oraz dwa moje własne,

Guz biały (*tumor albus*) kolana prawego. Amputacja uda (*hóp. de la Pitié*). P. Z. 16 lat licząca, przybyła do szpitala w Czerwiecu 1872 r. z zajęciem stawu kolanowego, cechującym się ropniami okołostawowymi, i podminowaniami ropniami w dolnej części uda, przy znacznym wyniszczeniu ogólnem. Wykonano odjęcie uda w trzeciej górnej jego części i nałożono opatrunek watowy. Ciężota ciała chorej w pierwszych 10 dniach po operacji nie przechodziła 38,8° C. Opatrunek zdjęto po dniach 30 i nałożono nowy, który pozostawał dni 23. W 4 miesiące wyzdrowienie zupełne.

Mięso-kostniak (*osteo-sarcoma*) uda prawego.—Wyłuszczenie uda (*hóp. St. Louis*). P. E. 13 lat licząca, przybyła do szpitala w Październiku 1872 r. z guzem umieszczonym w części górnej zewnętrznej uda, mającym w obwodzie 62 centm. i istniejącym od 15 miesięcy. Zrobiono wyłuszczenie uda, i nałożono opatrunek watowy. Chora w pierwszych dniach po operacji ulegała kilkakrotnym zemdleniom, następnie stan ogólny znacznie się polepszył, ciężota ciała wieczorem nie przechodziła 39° C. Po 30 dniach usunięto opatrunek, gdyż ciężota ciała podniosła się nagle do 40° C. Znalaziono znaczne nagromadzenie się ropy pod opatrunkiem, co spowodowało nadżarcia skóry pośladka prawego. Nałożono nowy opatrunek który zmieniono znowu po dniach 14; trzeci opatrunek pozostawał przez dni sześć. Chora po 2 miesiącach jako zupełnie zdrowa wypisana została.

Rana stawu łokciowego (*hóp. Lariboisière*) X. 48 lat liczący przybył do szpitala w Listopadzie 1872 r. z powodu rany stawu łokciowego lewego, spowodowanej spadnięciem ze schodów. Rana odpowiadała wyrostkowi łokciowemu, długość jej wynosiła 3 centm; wyciekał z niej płyn maziowy (*synovia*), cała okolica stawowa mocno nabrzmiała. Nałożono opatrunek watowy, a po zdjęciu takowego dnia 20 znaleziono zagojenie rany zupełne, pozostała tylko nieznaczna sztywność w ruchach stawowych, która się następnie całkowicie wyrównała.

Rana stawu kolanowego (*hóp. Lariboisière*) G. 37 lat liczący przybył do szpitala w Kwietniu 1873 r. z raną stawu kolanowego spowodowaną przejechaniem omnibusu. Przy badaniu chorego znaleziono na stronie wewnętrznej kolana prawego ranę podłużną, mającą 9—10 centm. długości. Z rany wyciekał płyn maziowy, i wydobyto z niej cztery kawałki chrząstki stawowej. Ruchy w stawie bolesne, stan ogólny dobry.

Nałożono opatrunek watowy który pozostawał dni 20. Po zdjęciu opatrunku znaleziono pod takowym znaczną ilość ropy, rana pokryta obfitą ziarniną, staw zamknięty. Pacjent zdrow zupełnie, został wypisany w Czerwcu b. r.

Strzaskanie kości goleniowej prawej (sposrzczenie prywatne D-ra GUICHARD'A) M. D. 47 lat liczący, został postrzelony w czasie komuny tak, że kula strzaskała kość goleniową prawą. W odpowiednim miejscu goleni znaleziono głęboką ranę, wielkości jaja kurzego. Nałożono opatrunek watowy, i zmieniono go następnie 4 razy. Chory przez cały czas leczenia, nie doznawał najmniejszego bólu w ranionej kończynie, był bez gorączki, i wyzdrowiał z zupełnem zachowaniem czynności rzeczzonej kończyny.

Zgruchotanie obydwóch goleni.—Amputacja goleni prawej (*hóp. St. Antoine*) N. mularz, 40 lat liczący, przybył do szpitala w Lutym 1872 r. ze zgruchotaniem kości goleniowych obydwóch kończyn dolnych. Prawa stopa zmiądzzona całkowicie, wylewy krwiste rozciągały się do połowy uda. Wykonano amputację goleni w trzeciej części górnej, i nałożono opatrunek watowy. Lewa goleń była zgruchotaną w części dolnej, rana poprzeczna miała połączenie ze stawem golenio-stopowym. Z powodu krwotoku podwiązano tętnicę goleniową przodkową (*art. tibialis antica*), na część tylną goleni nałożono rynniczkę gipsową, całą zaś kończynę pokryto opatrunkiem watowym. Opatrunki zdjęto po miesiącu. Rana poamputacyjna w bardzo dobrym stanie, kość strzałkowa (*fibula*) uległa zgorzeli, i wydzieliła się prawie całkowicie. Goleń lewa także w dobrym stanie, wydzieliło się z niej kilka martwaków pochodzących z kości złamanych. Drugi opatrunek watowy pozostawiono dni 25, trzeci dni 20. Chory w 7 miesięcy wyszedł zupełnie uleczony, z zeszczywnieniem stawu golenio-stopowego (*ankylosis art. tibio-tarsalis*).

Rana poszarpana ścian brzusznych. Złamanie grzebienia kości biodrowej lewej (*hóp. St. Louis*). W miesiącu Maja 1871 roku przyniesiono do szpitala dziecię nazwiskiem *Krisnaker*, 9 lat liczące, które zostało zranione na ulicy skutkiem pęknięcia granata. Pocisk, rozszarpawszy ubranie dziecka, spowodował ranę ścian brzusznych, rozciągającą się od pępka do górnej części uda lewego. Skóra i część mięśni w okolicy zranionej, zostały zdarte całkowicie, tak że przy każdym wdychaniu dziecka można była odróżnić kształt pętli kiszkowych, podnoszących pozostałą jeszcze ciekłą warstwę ścian brzusznych. Grzebień kości biodrowej był w kilku miejscach złamany i ogołocony z części miękkich. Po obmyciu rany wodą letnią, pokryto ją starannie watą, i nałożono opatrunek watowy obejmujący udo lewe, brzuch i piersi dziecka. Do wewnątrz zadano 0,05 gram. *extracti opii*. W dwa dni brzuch był mocno wzdęty, dziecko dostało wymiotów. Zadano do wewnątrz kalomel i po kilku dniach objawy te ustąpiły. Opatrunek zdjęto po 24 dniach i znaleziono pod takowym odłamek grzebienia kości biodrowej, który się wydzielił, zresztą rana w stanie zadawalniającym, pokryta wszędzie ziarniną. Nałożono nowy

opatrunek który pozostawał dni 17. Następnie zmieniano opatrunek co dni 8. W Sierpniu dziecko zostało oddane rodzicom w dobrym stanie, lecz zupełne zagojenie się rany nastąpiło dopiero w Lipcu roku następnego. Dziecko to po wyleczeniu, jakkolwiek nieco z przechyleniem ciała na stronę lewą, chodziło jednak z łatwością.

Z wielu przypadków zastosowania opatrunku watowego, które miałem sposobność obserwować, podaję w krótkości tylko dwa z kliniki prof. BROCA.

Guz sutki lewej. Wyłuszczenie (*hóp. des Cliniques*). F. Ł. 47 lat licząca, przybyła w Czerwcu b. r. do kliniki, z guzem zajmującym część dolną i zewnętrzną sutki lewej, który datując od roku stopniowo się powiększał. Guz przy badaniu był wielkości jabłka, twardy i ograniczony, gruczoły chłonne pachy niezajęte. Zrobiono wyłuszczenie guza, i nałożono opatrunek watowy który usunięto po dniach 13. Przez cały ten czas stan ogólny chorej był prawie bezgorączkowy. Po zdjęciu opatrunku znaleziono ranę ziarniną pokrytą, ropienie dosyć znaczne. W dwa dni po usunięciu opatrunku, chora dostała silnych dreszczów, gorączki, i rozwinęła się róża, która, poczynając od rany, zajęła całą lewą stronę klatki piersiowej. W połowie Lipca róża ustąpiła zupełnie, rana była na dogojeniu.

Guz biały (*tumor albus*) stawu golenio-stopowego. Amputacja goleni nadkostkowa (*hóp. des Cliniques*). D. L. urzędnik 30 lat liczący, przybył do szpitala z przewlekłym (od dwóch lat) cierpieniem stawu golenio-stopowego. W dniu 8 Maja r. b. wykonano odjęcie goleni powyżej kostek i nałożono opatrunek watowy, który pozostawał dni 18. Chory przez cały ten czas czuł się bardzo dobrze, ciepłota ciała, w pierwszych dniach po operacyi, nie przechodziła 38,9° C. Drugi opatrunek zmieniono po dniach 10, a w końcu Czerwca zagojenie rany było zupełne. Chory w połowie Lipca b. r. ze sztuczną stopą wyszedł ze szpitala.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO.

Wykład chorób wenerycznych

podług dzieł ZEISSELA, REDERA i innych,

ułożony przez Studentów Medycyny i t. d. Warszawa 1874.

Sprawozdawca T. Belke.

W roku zeszłym podaliśmy sprawozdanie (MEDYCINA T. I, Nr. 32) z pierwszych zeszytów wzmiankowanego dzieła; dzisiaj mając pod ręką całą tę pracę, chciałbym przedstawić ogólny obraz ostatniego, a najważniejszego dzieła chorób wenerycznych, a mianowicie naukę o przymiocie (*sypilis*).

Rzecz cała rozwinięta jest, bardzo obszernie i składa się z pojedynczych ustępów tłumaczonych z różnych dzieł; w zwykłej więc kolei, po historycznym poglądzie, idą ogólne uwagi o zarazku przymiotowym, o jego sposobach przenoszenia się, o objawach działania i t. d.; następnie wkraczamy w obszerną dziedzinę symptomatologii, rozpoczynając od gruczołów chłonnych, a skończywszy na cierpieniach mózgu i nerwów; po takim wy-

czerpującym opisie, tak przymiotu nabytego, jakoteż i dziedzicznego, przechodzimy w końcu do lecznictwa i rozbioru metod leczniczych, które to rozdziały zamykają całe dzieło.

Na szczególną uwagę zasługuje opis przymiotu dziedzicznego wzbogacony spostrzeżeniami Dra PAWLIKOWSKIEGO i ciekawą statystyką dzieci przymiotowych i mamek od nich zarażonych (str. 834 i nast.).¹⁾

¹⁾ „W ciągu dwunastu lat, (1861—1872), leczono dzieci dotkniętych przymiotem w szpitalu ś-go Łazarza 2721, z tych prywatnych 1045, podrzutków zaś ze szpitala Dzieciątka Jezus 1676, chociaż przez lat trzy, to jest w latach 1867, 1868, 1869 zupełnie ich nie nadsyłało, a sposobem próby leczono w samym szpitalu Dz. Jezus. Z prywatnych 1045 wyzdrowiało 835, zmarło 210. Z podrzutków 1676 wyzdrowiało 171, zmarło 1505; czyli, z prywatnych dzieci wyzdrowiało 80% zmarło 20%, z podrzutków zaś wyzdrowiało 10% a zmarło 90%. Ta kolosalna różnica śmiertelności między jednymi a drugimi dziećmi zależy: 1) od różnicy wieku. Podrzutki nadsyłane bywają w pierwszych miesiącach życia, wyniszczone, i z przymiotem dziedzicznym, gdy zaś między prywatnymi dziećmi częściej bywają starsze dobrze odżywiane, i nierzadko z przymiotem nabytym. 2) Karmienie. Podrzutki karmione bywają w szpitalu ś-go Łazarza sztucznie, gdy tymczasem prywatne dzieci najczęściej przychodzą z matkami, które zwykle będąc przymiotowemi, karmią pierśią podczas kuracyi swe dzieci; między podrzutkami jeżeli i ten procent 10% bywa, to należy zawdzięczać tej okoliczności, że skoro przybędzie na kurację przymiotowa mamka, to jej powierza się karmienie którego z podrzutków. 3) Opieka. Szpital ś-go Łazarza nie posiada siostr miłosierdzia, kilka zaledwie posługaczek na znaczną liczbę podrzutków jest bardzo niewystarczające(?), gdy tymczasem dziecię prywatne zwykle jest pod opieką matki. Podrzutek zatem z przymiotem dziedzicznym, wycieńczony, bez pokarmu naturalnego, bez matki, bez opieki siostry miłosierdzia, jeżeli zostaje uratowany od śmierci, to nie dziw, że zalicza się do rzadkości!”

„Średnia przecięciowa cyfra z dziesięciu lat dzieci podrzucanych w szpitalu Dz. Jezus wynosi rocznie 1892, z tych przecięciowo wysyła się na wsie na wykarmienie rocznie 1088, z reszty zaś 804 pozostałych u Dz. Jezus, około 200 wysyła się do szpitala ś-go Łazarza, jako dotknięte przymiotem dziedzicznym; około 300 wymiera z wycieńczenia lub innych chorób, a około 300 pozostaje w szpitalu Dz. Jezus, karmionych przez 150 przecięciowo rocznie mamek. W ciągu lat dziesięciu leczyłem w szpitalu ś-go Łazarza 126 tych mamek, nadesłanych ze szpitala Dz. Jezus, i u których pierwsze oznaki zarazy wystąpiły na brodawkach piersiowych. Jeżeli więc ze 150 mamek karmiących 300 dzieci w ciągu roku, mimo najściślejszego dozoru, mimo odsyłania nawet podejrzanych dzieci do szpitala ś-go Łazarza, podlega zarazie 12½ rocznie (nie licząc leczonych w szpitalu Dz. Jezus), to ileżto z 1088 mamek wiejskich, biorących corocznie każda po jednym podrzutku do karmienia musi ulegać tej chorobie! Niemowlę, u którego na wsi rozwinię się przymiot dziedziczny, bez pomocy lekarskiej zwykle szybko umiera, mamka nie zgłasza się więcej do Dz. Jezus nawet po zapłatę, niema kogo poradzić się na tak nazwaną przez nich poderwaną brodawkę, która już wtedy przedstawia pierwotne stwardnienie Huntrowskie, szybko zagajające się pod wpływem sadła lub liścia, ale wkrótce chorobę ogólną wywołującą, która rozwijając się, udziela się najprzód mężowi przez spółkowanie, potem dzieciom i przyjaciółom przez łyżki, naczynia, pocałunki i t. d. Widziałem familje wiejskie z 7-miu osób złożone, zarażone tym sposobem i leczone w szpitalu ś-go Łazarza.”

„Rozumie się, że kobieta wiejska, podległa przymiotowi od dziecka wziętego na wykarmienie ze szpitala Dz. Jezus, tylko wypadkowym sposobem dostaje się do szpitala ś-go Łazarza na kurację, a jednak po 15 rocznie miewamy ich na kuracyi; niewiadomo zaś ile ich miewają szpitale prowincjonalne. Ten jeden fakt pokazuje nam już pokaźną cyfrę, która z pewnością jest zbyt małą w porównaniu z cyfrą nieleczących się i rozsiewających bezwiednie po kraju zarazę.”

„Jeżeli dotąd rozpusta nie zaniosła choroby przymiotowej do zagrody pracowitego chłopka polskiego, to podrzutki Dz. Jezus rozniosą ją po kraju, jeśli jak dotąd, nie przedsięwzięte zostaną stosowne środki.”

Tak więc faktycznie mamy podręcznik dokładnie traktujący o chorobach wenerycznych, którego (słowa wydawców) taki był brak w języku polskim. Czy jednakże ów podręcznik w rzeczywistości może oddać lekarzom praktykującym owe usługi, jakich mielibyśmy prawo spodziewać się po jego nazwie?

Sumiennie tę rzecz rozważywszy, muszę, niestety, dać odpowiedź przeczącą. Znajdujemy w nim wszystko, niczego nie brak, a jednakże każdy z kolegów zgodzi się zemną, po przeczytaniu owego podręcznika, iż w niczem nie przyczynia się on do ułatwienia rozpoznania, rokowania lub leczenia przypadków chorobnych spotykanych w praktyce; wadą jego jest przede wszystkim brak semiotyki przymiotu, to jest dokładnego zgrupowania objawów razem, wykazania ich znaczenia praktycznego i odróżnienia od innych podobnych, trafiających się przy innych cierpieniach; wprawdzie wszystko to znajduje się w dziele, lecz porozrzucane przy opisie klinicznym i anatomicznym objawów, ztąd nie pozwala czytelnikowi dokładnie się oryjentować.

Podręcznik, sądzimy, głównie cele praktyczne winien mieć na względzie, a czyż osiągnięto je np. przy opisie wyrzutów skórnych, czyż długie i nieskończone rozdziały opisujące wykwity guziczkowe, łuskowe, wietrznicowe (*varicella*), liszajcowe (*impetigo*), niesztowicowe (*ecthyma*), brudźcowe (*rupia*) i t. p., pozwolą choć jednemu lekarzowi zrobić z tego użytek i wpłyną na właściwe rokowanie, dla samego chorego i dla otaczających. Mojem zdaniem w dziele mającem pretensyję do nazwy podręcznika, najważniejszą by było rzeczą wskazać przy wyrzutach naprzykład, główne ogólne ich cechy, poprzeć takowe przykładami klinicznymi, a następnie zrobić podział, jak najprostszy, jak najpraktyczniejszy, najlepiej, jak to niektórzy robią, na wykwity suche i wilgotne. Podział ten zdaje mi się bardzo racjonalny, opiera się na tej zasadzie, iż wilgotne wyrzuty są więcej niebezpieczne jak suche, nie tylko dla samego chorego, lecz i dla otaczających, wydzielają bowiem ropę, która przeniesiona na zdrowych powoduje rozwój choroby przymiotowej; taki podział ma cel,—lekarz potrzebuje przede wszystkim wiedzieć, czy wykwity są przyrody przymiotowej lub nie? A dalej same cechy anatomiczne wyrzutów wskażą mu czy objawy na ogólnej powłoce ciała istniejące, są większego lub mniejszego znaczenia dla chorego samego i dla jego otoczenia; szczegółowe owe poddziały, tradycyjnie z dzieła do dzieła przenoszone, mogą pozostać jako jedynie ułatwiający wyłożenie przedmiotu książkowe.

Nie chcąc nużyć czytelnika wykazywaniem krok za krokiem, iż tak pracowita kompilacja nie może mieć zbyt wielkiej doniosłości praktycznej, pozwolę sobie jeszcze jedną uwagę w kwestyi leczenia. Podręcznik nie daje nam wcale szczegółowych wskazań: kiedy mianowicie jaką metodę stosować,—dobre są pigułki z jodku rtęci, daje się sublimat z powodzeniem, z korzyścią stosują się wcierania szaruchy, zastrzykują wreszcie zaskórnie sublimat lub kalomel, lecz kiedy należy chwycić się tego lub owego sposobu, u jakich mianowicie chorych, o tem głucho w podręczniku. Wadą naprzykład wstrzykiwań podskórnych według dzieła rozbieranego ma być to, iż w miejscach wstrzykiwań powstają ropnie, dla tego też wcierania należy przełożyć nad zastrzykiwania; lecz wyliczając wady, zapomniano nadmienić, jaka jest zaleta tej ostatniej metody, która o wiele przewyższa jej niedogodności. Otóż nią jest szybkie wprowadzenie do krwi znacznej ilości rtęci, w krótkim bardzo stosunkowo czasie; w przypadkach np. zgorzeli chrząstek krtani i współczesnych owrzodzeń na skórze, gdzie nie można zastosować rtęci ani zewnętrznie, ani wewnętrznie, a niekiedy chociaż by i było można, lecz przypadek jest zbyt groźny, w takich razach

metoda podskórnych zastrzykiwań jest jedyną i najodpowiedniejszą. Zbyt mało uwzględniono tak ważną obecnie w leczeniu przymiotu hydropatię, a jednakże niewielki ustęp z wybornego dzieła BRAUN'A ¹⁾ byłby bardzo na miejscu.

Na tem ograniczam moje sprawozdanie nie dotykając wcale strony naukowej, która w każdym razie jest nader wyczerpującą; początek jednakże dzieła, szczególnie pierwsza część o tryprze, nierównie więcej obiecywała. Mógłby mi kto zarzucić, iż nie mam prawa wymagać szczególnych zalet praktycznych od tłumaczenia: przełożono tak jak było w oryginale i na tem koniec. Byłoby to zupełną prawdą, gdyby tłumacze przyswoili naszemu językowi jednego autora pracę; lecz ponieważ jest to zbiór przekładów czyniony z pewnym wyborem, a więc i w tym względzie mam pewną słuszność za sobą gdy powiem, iż można było praktyczniej owe ustępy wybrać i ułożyć.

WYKŁADY KLINICZNE.

O rozpoznawaniu i przyczynach władu płuc jednostronnego.

Wykład prof. H. NOTHNAGEL'A z Freiburga.

Streścił H. KUSZKOWSKI.

(Dokończenie. Zobacz Nr. 33.)

Co się tyczy stosunków anatomicznych, to przy badaniu zwłok osób, u których za życia można było wład płuc rozecznąć, jeżeli się najprzód otworzy jamę brzuszną, znajdujemy przeponę wyżej po stronie chorej. Przy otwarciu jamy piersiowej, w śródpiersiu napotykaemy rozdętą płuco strony zdrowej, jeżeli się ono skurczyć nie jest już w stanie. Śródpiersie ku stronie chorej przemieszczone; jeżeli nią jest strona lewa, natenczas serce jest na znacznej przestrzeni niepokryte. Dotknięte płuco jest znacznie zmniejszone, niekiedy ma zaledwie $\frac{1}{3}$ prawidłowej wielkości. Zmniejszenie to zależy po największej części od chorobliwego rozwoju tkanki łącznej. Mamy tu zmiany, które oznaczono jako *cirrhosis pulmonis*, *pneumonia interstitialis*, *induratio pulmonis*. Płuco jest barwy szaro-sinawej, twarde, prawie chrząstkowate, nie zawiera powietrza, a jego miąższ właściwy zupełnie, lub prawie zupełnie zanikł. Po największej części znajdują się tu rozszerzone oskrzela i workowate jamy w rozmaitych miejscach rozrzucone. W innych przypadkach, co zależy od pierwotnych władu przyczyn, znajdują się duże jamy i prócz tego małe rozszerzone oskrzela, to znów ogniska zapalenia płuc serowatego, z obfitem bujaniem tkanki łącznej.

Bardzo ważną rolę odgrywa opłucnia w wytwarzaniu się władu płuc. Odpowiednio temu jest ona w wysokim stopniu zmieniona: obiedwie blaszki są z sobą zrosłe, tworzą niekiedy błonę z tkanki łącznej do 1 centm. grubości dochodzącą, za pomocą której płuco do ściany klatki piersiowej jest przyrosłe; również i pojedyncze zrazy płuc są z sobą zrosłe. Te zrosty grubemi błonami stale mają miejsce przy władzie płuc, i być może odgrywają główną rolę przy wytwarzaniu się zwiężenia klatki.

Ponieważ znajdują się w literaturze przytaczane przypadki, w których po zapadnięciu klatki piersiowej następowało *restitutio ad integrum*, musimy przyjąć, że w tych płuco było tylko uciśnięte, i że nie wytworzyły się jeszcze silne warstwowe zrosty.

¹⁾ Systematisches Lehrbuch der Balneotherapie von Dr. Braun. Berlin, 1873.

Za najważniejszą przyczynę wytwarzania się władu płuc, przyjąć potrzeba zapalenie opłucni, którego następstwem dopiero są zmiany w samych płucach powstające. Te ostatnie w rzeczywistości polegają na przewlekłym bujaniu tkanki łącznej, wraz z następstwami tegoż. Zmniejszanie się płuca działa we wszystkich kierunkach: zład zapadnięcie się klatki piersiowej, przemieszczenie przepony i śródpiersia. Ściąganie się wybujalej tkanki łącznej, jest także przyczyną rozdęć oskrzeli.

LENNEC pierwszy uznał zapalenie opłucni jako punkt wyjścia dla zwężenia się klatki piersiowej, jednakże nie traktował jeszcze jasno związku stwardnienia płuc (*cirrhosis*) z błonami pozapalnymi opłucni. Zasługę w tym względzie położył CORRIGON, wykazawszy, że sprawa przewlekłego bujania tkanki łącznej przechodzi z opłucni na płuca.

Czy pewne postacie zapalenia opłucni, pewne kliniczne właściwości w jego przebiegu, w szczególny sposób sprzyjają późniejszemu rozwojowi władu płuc? Autor ani z własnych obserwacji, ani z materiału nagromadzonego w literaturze, nie może twierdząco odpowiedzieć. Fałszem jest, że rozmaite postacie zapalenia mogą przyjąć to zejście. Dorozumiewanie się STOCKES'A że ściąganie się tym jest prawdopodobniejsze im jest silniejsze zapalenie, w ogólności nie sprawdza się. Jeden tylko punkt ma pewne znaczenie: im więcej czasu upłynie do rozpoczęcia się wchłaniania, im też ono powolniej postępuje, tém prędzej zdaje się rozwijać zwężenie klatki, ewentualnie stwardnienie płuc. Daleko częściej powstaje wład płuc po wysięku ropnym (*empyema*), mianowicie gdy ten dobrowolnie na zewnątrz się przedostanie.

Dla pojęcia mechanizmu sprawy ważną by była niewątpliwa pewność, że wład płuc i zwężenie klatki piersiowej, powstały po zapaleniu opłucni suchem; lecz niewielkie przy tej chorobie cierpienia czynią, że chorzy dopiero po znacznym przeciągu czasu zjawiają u lekarzy, gdy już sąd o początkowym ich stanie jest niemożliwym.

Podczas gdy najczęściej pierwotne zapalenie opłucni do znacznego rozlanego władu płuc prowadzi, może niekiedy przeciwnie i pierwotne cierpienie płuc być punktem wyjścia. Można sobie tę sprawę tak wystawić, że w skutek cierpienia płuc, z pierwotnego ogniska choroby rozszerza się zapalenie płuc między-zrazikowe. Gdy się to odbywa więcej miejscowo, spostrzega się więcej ograniczone zapadnięcie klatki piersiowej, jak np. w dołach pod i nadobojczykowych u suchotników. Daleko częściej i tutaj powstają obszerne zrosty opłucni, już to skutkiem następowego przejścia sprawy na opłucnię, już też, że jednocześnie z cierpieniem płuc rozwinęło się i zapalenie opłucni.

Do spraw chorobnych niewątpliwie mogących sprowadzić wład płuc z następstwami należą:

Ropień płucny i zgorzel płuc. Wiadomo, że części zniszczone odgryzają się przez tkankę łączną wybujają. Z tej może się sprawa na cały narząd rozszerzyć. Po wytworzeniu się już zwężenia klatki piersiowej, samo się przez się rozumie, że o pierwotnej sprawie, która ją spowodowała sądzić nie będzie można.

Zapalenie płuc, nawet najpospolitsze krupowe, wprost może sprowadzić zmniejszenie się płuca i zwężenie klatki piersiowej; na co znakomity obserwator STOCKES odpowiada, że obserwował przypadek zapalenia płuc codziennie w ciągu całych miesięcy, gdzie niemożna było znaleźć ani śladu płynu w opłucni, poczem jednak wystąpiło zwężenie klatki piersiowej, które następnie znów się zupełnie wyrównało. W tego rodzaju przypadkach nie można przypuścić uprzedniej obecności grubych błon, lecz że zapalenie płuc wprost sprowadziło ściąganie się płuca. Trzeba w każdym

razie przyjąć, że niebyło tu bliznowatego ściągnięcia (*cirrhosis*), jak to powyżej opisano; takie nie mogłoby się na nowo rozciągnąć. Lecz w jaki sposób można sobie przebieg taki objaśnić? Chory ten dotknięty był zapaleniem płuc, którego rozejście się bardzo powolnie postępowało. Można więc sobie wyobrazić, że był czas w przebiegu choroby, w którym po zniknięciu już wysięku w pęcherzykach płucnych, nastąpiło obszerne ich opadnięcie (*collapsus*), lecz gdy płuco nie uległo zmianom, któreby czyniły go niezdolnym do przyjęcia w siebie powietrza, z czasem nastąpiło wyrównanie.

Zapalenie płuc może także sprowadzić wład płuc przez przejście sprawy zapalnej na tkankę między-pęcherzykową, sprowadzając jego stwardnienie (*cirrhosis pulmonis*).

Nareszcie rozlany wład płuc może powstać przy suchotach płucnych, i dla tego tylko mniej często się go spotyka przy tego rodzaju sprawach chorobowych, że dość wczesnie śmierć następuje. Rozlany wład płuc u suchotników wtedy może być spostrzegany, gdy sprawa wyłącznie, a przynajmniej w początku, do jednej strony się ogranicza. To jednostronne umiejscowienie zdarza się najczęściej przy podostrem zapaleniu serowatem lub gruźliczkowem. Jeżeli nie przebiega ono zbyt prędko, nie sprowadza rychło śmierci, to natenczas przy powstrzymaniu się sprawy, bujanie tkanki łącznej i zapalenie opłucni, zawsze tu się dołączające, może rozlany wład płuc sprowadzić.

KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

Drenowanie jamy brzusznej i przestrzykiwanie jamy otrzewnej. Dr. NUSBAUM stanowczo podziela zdanie SIMS'A, że posocznicę (*septicaemia*) uważać należy za najczęstszą przyczynę śmierci po owariotomii, gdyż procent zejść śmiertelnych w skutek porażenia nerwowego (*shok*), zapalenia otrzewni i krwotoków u tego rodzaju operowanych bywa znacznie mniejszy. Zdanie swoje opiera na tem, że w największej liczbie badań pośmiertnych w takich razach znajdował po kilka funtów rozłożonej wydzieliny. Z poprzednich (t. j. bez drenowania) owariotomij autora 28 przypadków zakończyło się śmiercią w skutek posocznicy. Przy przenikających ranach brzucha, występującą skutkiem rozkładu wewnątrz otrzewnych wysięków i przesieków posocznicę, uważa autor za najczęstszą przyczynę śmierci; w czasie bowiem ostatniej wojny francuzko-pruskiej N. postrzegał, że rokowanie przy postrzałowych przenikających ranach brzucha po większej części zależy od tego, czy możliwym jest odpływ wydzieliny z rany. Kilka cięższych przypadków takich uszkodzeń, według autora pomyślnie zakończyło się zejściem, jeżeli bądź przez odpowiednie położenie zranionego, bądź przez zrobienie przeciw-otworu można było zapewnić wydzielinie rany odpływ swobodny. Fakta te obalają poniekąd dotychczasowe mniemanie, jakoby przy ranach przenikających jamę brzuszną strzedz się należało od dostępu powietrza. Autor mniema, że uniknie się niebezpieczeństwa posocznicy po owariotomii, stosując przy każdej owariotomii poraz pierwszy przez SIMS'A zastosowane zaprowadzenie drenu (najlepiej cewki srebrnej *Red.*) w najgłębszej części worka otrzewni, pomiędzy kiszka prostą (*rectum*) i macicą; jeden koniec drenu wyprowadza się przez ranę brzucha, a drugi—przez otwór w pochwie. Drenowanie można użytkować oprócz tego dla przestrzykiwania jamy otrzewnej. N. zastosowywał to postępowanie przy 5 swoich ostatnich owariotomiach i zapewnia, że na mocy dotychczasowych wyników w przyszłości nigdy nie będzie wykonywał owariotomii bez drenowania. To ostatnie należy robić bezpośrednio po samej operacji, przez to niebezpieczeństwo operacji skutkiem zajęcia większej przestrzeni, bynajmniej się nie powiększa, a z drugiej strony, po upływie dni kilku nadzwyczaj trudno skutecznie drenowanie. Autor przytacza opis owariotomii, wykonanej przez niego podług tego sposobu. Operacja zrobiona była u 51 letniej kobiety, torbiel jajnikowy okazał się wielojamistym

(*multilocularis*) i pozrastałym z siecią otrzewni, kiszkami grubemi, macicą i z prawą tylko ścianą brzucha; wszystkie te zrosty zostały usunięte zapomocą rozpalonego żelaza. Zaraz po wydaleniu guza autor zapomocą długiego trójgrańca przebił pochwę w najgłębszem miejscu zagłębienia odbytnico-macicznego (*excavatio recto-uterina*), i przez otwór ten przeprowadził cewkę drenową, której jeden koniec wychodził przez ranę w brzuchu, a drugi przez otwór w pochwie zrobiony. Bezpośrednio po operacji przestrzykiwano przez tę cewkę drenową bardzo słaby roztwór (1:500) kwasu karbolowego dopóty, dopóki tenże nie odpływał zupełnie czysty. W ciągu pierwszych godzin po operacji odchodziła przez cewkę dość znaczna ilość płynu żółto-czerwonawego; po 12 godzinach ilość jego się zmniejszyła, a po 2 dwóch dniach była bardzo skąpą. Po upływie 5—6 dni ilość wydzieliny podobnej do dobrej ropy i zupełnie niezłownej, wynosiła w ciągu doby nieco więcej jak uncyę, po 12 dniach odpływ ropy ustał zupełnie, tak że cewkę zupełnie wyjęto. Chora po 28 dniach była zupełnie wyleczoną.

(*Centrl. f. Chir. 1874, Nr 2.*)

Bezpośrednie przelewanie krwi. Dr. Paweł POSTEMPSKI opisuje pięć przypadków bezpośredniego przelania krwi, t. j. wprost z jednego osobnika do drugiego, skuteczniejszych przez niego w Rzymie. W rozprawie uwiecznionej przez akademiją Rzymską (*La transfusione del sangue 1873*) opisuje przyrząd, za pomocą którego skuteczniej tę operację bez pomocy asystentów. Przyrząd ten składa się z dwóch ostrych kanek połączonych rurką kauczukową. Operację wykonywał w ten sposób, że u obydwóch osobników t. j. krew dającego, i u przyjmującego tak oż nakładał opaski na ramionach, podobnie jak przy puszczeniu krwi, ażeby wywołać przez to nabrzmienie żył; następnie do żyły, z której utaczał krew wprowadzał kankę w kierunku dośrodkowym, do przyjmującej zaś — w odśrodkowym. Tę ostatnią kankę wprowadzał dopiero wtedy, gdy pierwsza kanka i rurka kauczukowa napełnione były krwią. P. utrzymuje, że zapomocą tego sposobu można dokładnie oznaczyć ilość przelanej krwi; trzeba tylko obliczyć ile upłynęło sekund od chwili nakłócia żyły krew dającej do chwili wypełnienia rurki kauczukowej i obydwóch kanek, tudzież wiedzieć objętość przyrządu, a wtedy łatwo będzie oznaczyć jaka ilość krwi wypływa w danym czasie; za pomocą zaś proporcji z liczby sekund, przez którą przelewano krew, można obliczyć ilość przelanej krwi.

(*Centrl. f. Chir. 1874—Nr. 5.*)

Pierwotne zakaźne zapalenie rdzenia kostnego i okostnej. Tak nazywa Lücke cierpienie znane dotąd pod nazwą samodzielnego rozlanego zapalenia rdzenia kostnego (*osteomyelitis*), durzycy kości i t. d. Autor, często miewający sposobność spostrzegać tę chorobę, następujący daje jej opis: cierpienie to występuje przed skończeniem wzrostu szkieletu, — we wszystkich porach roku, po większej wszakże części na wiosnę i w jesieni. Wpływami przyczynowymi bywają przeziębienie i obrażenia (*trauma*). Choroba rozpoczyna się we 2—3 dni po zadziałaniu szkodliwego wpływu, zwykle od dreszczu; gorączka ma charakter durzycowej; ciepłota wieczorami dochodzi do 40^o—41^o, zrana 39—40^o. Gorączka występuje przed rozpoczęciem ropienia.

Opierając się na badaniach pośmiertnych, autor utrzymuje, że zawsze bywa jedno tylko ognisko chorobowe, jakkolwiek i okostna i rdzeń kostny mogą uleść pierwotnie zaburzeniu chorobowemu. Jeżeli zaburzeniu chorobowemu ulegnie pierwotnie okostna, to najpierwszym objawem będzie obrzmienie, — przy cierpieniu zaś rdzenia — ból. W pierwszym razie wysięk bywa zawsze krwawo-surowiczny, w ostatnim zawierać będzie znaczna ilość ciałek tłuszczowych. Najczęściej ulegają temu cierpieniu kości długie (przeważnie kończyn dolnych), zarówno trzony (*diaphyses*) jak i nasady (*epiphyses*), rzadziej kości gąbczaste. W ciężkich bardzo przypadkach pierwotnego zapalenia rdzenia kostnego dość już wcześniej występuje cierpienie płuc, po większej części wkrótce kończące się śmiercią, i jak się zdaje, polegające na zatorze tłuszczowym (*Fettembolie*). Często choroba nie pozostaje uniejscowioną, lecz owszem nierzadko powstają złogi następcze przed wystąpieniem ropienia w ognisku pierwotnem: w okostnej, dalej — w stawach i ich otoczeniu, w mięśniach, pod skórą, dokoła większych żył; z organów wewnątrznych najczęściej siedliskiem złogów następczych bywają osierdzie, nerki, opłucna i płuca. Zwykle w miejscu cierpienia

pierwotnego dochodzi do ropienia i zgorzeli (*necrosis*). Pierwotne zapalenie rdzenia kostnego może także pozostać umiejscowionem i przebiegać bez zapalenia okostnej, wszakże zdarza się to rzadko.—Ropnie następce, jeżeli tylko nie umiejscowiają się w organach wewnętrznych, przebiegają zwykle pomyślnie. — Śmiertelność w tej chorobie jest dosyć znaczną; z 24 przypadków przez L. obserwowanych, jedenaście zakończyło się śmiercią. Przyczyną śmierci bywają zatęchłości tłuszczowe w płucach, złoży następce w organach wewnętrznych (osierdzie, opłucna), krwotoki, wyniszczające ropienie, ropnie, posocznica.— W dwóch przypadkach znaleziono w ogniskach chorobowych znaczną ilość mikrokokków, przytem jedno ognisko wcale nie było otwierane za życia, w drugim zaś przypadku otworzono takowe na 24 godzin przed śmiercią. (*Centbl. f. Chir. 1874. Nr. 9.*) T. Ż—a.

Najnowsze poszukiwania doświadczalne nad kaszlem przez KOTNUS'A wykonane (*Virchow's Archiv 68 Bd. 2, Heft 191—216*) poprowadziły do następujących wniosków: Drażnienie dośrodkowych włókien nerwu błędnego pośredniczy zwrotom kaszel wywołującym, doświadczalne dowody wykazały to:

1) dla pni nerwu gardzielowego (*n. pharyngeus*), n. krtańowego górnego (*n. laryngeus superior*) i nerwu błędnego (*n. vagus*);

2) dla obwodowych zakończeń nerwu błędnego w następujących okolicach:

a) Kaszel zjawiał się przy drażnieniu błony śluzowej gardzieli (*pharynx*), krtań (rowek międzynałekowy—*Fossa interarytenoidea*), składki językogłosniowej (*plica glossoepiglottica*), tchawicy, miejsca dzielenia się tętna, jako też i oskrzeli;

b) przy drażnieniu opłucni żebrowej (*pleura costalis*);

c) przy drażnieniu polyku (*oesophagus*). Doświadczalnego dowodu dla tak zwanego kaszlu żołądkowego (*Magenhusten*) niema.

3) Istnieje jeszcze kaszel ośrodkowy, który przez bezpośrednie drażnienie rdzenia przedłużonego (*medulla oblongata*) wywołany być może.

Kaszleł żołądkowy. Jedną z ważnych czynności (ruchów) zwrotnych nerwu błędnego (*vagus*) jest jak wiadomo kaszel (*tussis*). Z doświadczeń fizjologicznych dowiedzieliśmy się, iż te ruchy zwrotne rozmaicie wywołane być mogą. Dotknięcie górnej strony strun głosowych (*chordae vocales*) wywołuje natychmiast zamknięcie szczeliny głosowej (*rima glottidis—Stimmritze*), odbywa się to za pomocą nerwu krtańowego górnego (*n. laryngeus superior*). Jeżeli drażnić będziemy miejsce poniżej strun leżące, tak zwaną głośnię oddechową (*glottis respiratoria*), przestrzeń między chrząstkami nalewkowemi (*cartilagineae arytenoideae*) i jeszcze jedną linię ku dołowi, natychmiast zjawia się kaszel jako ruch zwrotny. Nietylko szczelina głosowa się zamyka, ale następują kurczowe poruszenia wydechowe, które z chwilową gwałtownością zamkniętą szczelinę otwierają. Już sam ten porządek w jakim się ruchy zwrotne odbywają, może nas przekonywać o ich zupełnej odpowiedności ku ochronnemu podtrzymaniu ustroju. Dopóki jakies ciało obce leży po nad strunami głosowemi, dotykając tylko ich powierzchni, szczelina głosowa się zwiiera, by przeszkodzić przejściu takowego do głębszych dróg oddechowych. Jeżeli jednak ciału temu uda się szczelinę przebyć, wtedy powstają gwałtowne ruchy wydechowe (kaszel), w skutek których ono możliwie wypełnieniem zostaje. Przekonano się się jednak, iż miejsce dopiero ukazane, którego drażnienie kaszel jako ruch zwrotny wywołuje, nie jest wcale jedynem. Mianowicie doświadczenia na psach wykazały; iż dotykane miejsca podziału (*bifurcatio*) oskrzeli szybko kaszel sprowadza. Nakoniec może on jeszcze powstawać przez podrażnienie każdego miejsca na całej powierzchni błony śluzowej, oskrzela wyściełającej, nagromadzeniem bodźców (*podniet—Summirung der Reize*) sprowadzone. Ztąd to pochodzi, iż jeżeli jakie ciało obce tkwi w oskrzelach, napady kaszlu nie są stałe ale od czasu do czasu (okresowo) przychodzące. W ten sposób wyjaśniają się również okresowe napady kaszlu, które w skutek nagromadzenia się śluzu, ropy, występują. Oprócz wykazanych sposobów powstawania kaszlu, może on jeszcze być wywołany przez podrażnienie korzenia języka. Z obu stron osady języka pod nagłośnią (*epiglottis*) znajdują się dwa małe dołki, do których ostatki pokarmów przy jedzeniu się dostają, wywołując nieradko obecnością swoją dość mocne napady kaszlu. Przyczyny tego szukać wypada w tem, iż w tych dołkach rozściela się mała gałązka nerwu krtańowego górnego. Podrażnienie głębokiej części zewnętrz-

nego przewodu słuchowego, w której jak wiadomo rozpościera się gałązka uszna n. błędnego (*ramus auricularis n. vagi*) również kaszel na drodze zwrotnej wywołać może.

Do zapoznania się z drogami na jakich kaszel zwrotnie (*refleksyjnie*) powstaje, pozostaje nam zwrócić się jeszcze do tak zwanego „kaszlu żołądkowego“ (*Magenhusten*). Starzy lekarze, spotykając chorych, którzy upartym napadom kaszlu dopiero po opróżnieniu zawartości żołądka za pomocą wymiotów ustępującego, podlegali, przyjmowali ten rodzaj objaśniając go podrażnieniem zakończeń nerwu błędnego, przez obecność zawartych w żołądku ciał. Bezpośrednie drażnienie błony śluzowej żołądka, przepelnienie go nadmierne, wnikanie doń ciał stałych większej objętości, nie dają wcale powodu do powstawania kaszlu. Prof. BRÜCKE utrzymuje jednak, iż przypadki takiego kaszlu istnieją. Sam on widział chłopca, który dzień i noc dręczony był kaszlem z taką siłą i uporem, iż zmuszał chorego do głośnych skarg na bóle w podżebrzach, w skutek częstego kurczenia się mięśni brzucha powstające. Potem zjawily się obfite wymioty i napad kaszlu już się więcej nie powtórzył. Według prof. BRÜCKE (*Vorlesungen über Physiologie II. 67*) przypadki tego rodzaju inaczej objaśnić się dają. Powszechnie wiadomą, choć niedostatecznie wyjaśnioną jest rzeczą, że wymioty dopomagają do wydalenia zawartości nie tylko żołądka ale i dróg powietrznych. Działanie środków wymiotnych przy dławcu (*croup*) zadawanych ku temu jest skierowane, by przy wymiotach jednocześnie oddzielały się błony sprawą chorobną wytworzone i tą drogą wyrzucone zostały. Możliwym więc jest, iż przy „kaszlu żołądkowym” podniety (ciała) go wywołujące znajdują się nie w żołądku, tylko w przewodach powietrznych, i że przy wymiotach, w podobny sposób jak błony dławcowe po zadaniem leku wymiotnym, wydalone zostają.

Sposób powstawania i leczenia wypadnienia macicy (*prolapsus uteri*) J. Matthews DUNCAN twierdzi (*Edinb. med. Jour. XVII*), iż oprócz siły mechanicznej stałe wypadnienie macicy wywołującej, dołącza się jeszcze zwykle pewne usposobienie (*praedispositio*), które w większej części przypadków polega na zwolnieniu napięcia powięzi miednicy i tkanki łącznej okrywającej i umocowującej narządy tam leżące, co oczywiście ciąży, porodami i położami spowodowane być może, albo też zanikiem tej w tłuszcz bogatej i napiętej tkanki, który starość lub wyniszczające choroby za sobą wiodą. Osłabienie więzów, które tylko w pewny sposób macicę podtrzymują, nie stanowi wcale przyczyny ale następstwo wypadu, gdyż one podają się tylko ciężeniu wypadłego narządu. Rozstąpienie się jelit nie może być również uważanem za właściwą przyczynę wypadu. Co do leczenia rozróżnia DUNCAN lekkie i ciężkie przypadki; lekkie według niego są takie, w których choroba jest czasową, albo też gdzie ostro działająca przyczyna sprowadziła wypad małego znaczenia. W takich razach wystarcza unikanie wszelkiego nateżenia, tygodniami trwające poziome położenie, lekkie środki czyszczące w zamiarze unikania gwałtownego nacisku przy wypróżnieniach, zwalczanie osłabiających wpływów, jakie na cały ustrój, a wyłącznie na nastrój ścian pochwy wywierają białe upławy (*leucorrhoea*) i krwotoki z części płciowych (*menorrhagia*), bo za pomocą wzmacniania narządów płciowych kąpielami i lekkimi środkami ściągającymi osiągnąć się da zmniejszenie ciężaru macicy, ogólne wzmacniające leczenie, usuwanie wszystkiego co zwiężając podstawę klatki piersiowej tem samem zmniejsza siłę powstrzymującą (*Retentifgewalt*) brzucha (ciasne ubrania). Cięższe przypadki wymagają więcej mechanicznego leczenia, T opaski, wianka (*pessarium*) albo operacyi. Nadmierne używanie wianków jest rzeczą godną nagany, należy zawsze pamiętać, że najlepszy z nich jeszcze drażni i już sam przez się jest złem. (*Schmiel's Jahrb. 1873—11*). Wl. Kr.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Paryż. Stuletnią rocznicę wynalezienia szczepienia ospy i pamięć JENNERA zamierzają tu uczcić przez ogłoszenie drukiem wspaniałego dzieła in folio z drzeworytami BROWN'A, sposobem przedplaty, która wynosi 30 fr. i zamkniętą zostanie dnia 25 Września r. b. Dzieła tego wydrukowanych będzie tyle tylko egzemplarzy, ile będzie

prenemeratorów. Przedpłatę przyjmuje Ch. Chateaud, Paris, rue du Fauburg — Saint-Martin. 188.

Wiedeń. Wydział lekarski tutejszy większością głosów uchwalił powołać na katedrę anatomii patologicznej prof. COHNHEIM'A z Wrocławia, i w tym względzie zrobił przedstawienie do ministerjum oświaty; obecnie krąży pogłoska, że prof. C. nie chce przyjąć ofiarowanej mu katedry.

— Prof. BENEDIKT prosił o wydzielenie mu odpowiedniej liczby sal do urządzenia kliniki elektroterapeutycznej, żądaniu wszakże prof. B. zadosyć nie uczyniono.

Berlin. Tutejsze towarzystwo lekarskie, razem z sześcioma tow. lek. z innych miast, przedstawiło ministrowi oświaty publicznej projekt nowej taksy lekarskiej, gdyż dotychczas w Prussach obowiązująca, w 1818 r. ustanowiona, mało się różniła od taksy wydanej jeszcze w 1725 r.; reforma zatem pod tym względem była gwałtownie potrzebna. Projekt nowej taksy obejmuje niemniej jak 126 pozycyj, z tych ważniejsze są następujące: za pierwszą wizytę 3 — 20 mark (mark jest pół talara), za wizyty wstępne 2 — 10 mk; za wizytę nocną (od 10 do 7 rano) 10 — 30 mk. Za wizytę o naznaczonej zgóry godzinie 10 — 30 mk; za pierwszą poradę w mieszkaniu lekarza 2 — 10 mk; za następne 1 $\frac{1}{2}$ — 5 mk; za odwiedzenie chorego cierpiącego na chorobę zakaźną zapłata podwójna. Za każdy list w interesie chorego napisany 10 — 10 mk. Pozycyje od 20 — 126 obejmują wynagrodzenia za wykonanie rozmaitych operacyj.

Praga. Na wzór Wiednia ma być tu urządzoną trzecia klinika położnicza i prof. BREISKY z Bern do prowadzenia jęj ma być powołanym.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Choroby panujące w m. Sierpniu. Ostry nieżyt przewodu pokarmowego z zaburzeniami w sferze nerwów ruchowych (kurcze), krwawa biegunka (*dysenteria*) z zejściem po większej części niepomyślnem, durzyca brzuszna (*typh. abdominalis*) i pojedyncze przypadki uporczywej zimnicy (*malaria*). U dzieci dosyć często występowało krupowe zapalenie krtani (*angina membranacea*), a pod koniec miesiąca nieżyt ostry oskrzeli (*bronchitis acuta*). Z chorób chirurgicznych: rany z uderzeń (*vuln. contusa*) i zastrzały (*panaritja*).

Biblijografija.

GUTTMANN. Lehrbuch d. Klinischen Untersuchungs Methoden für die Brust und Unterleibsorganen mit Einschlus der Laryngoscopie. Berlin. 1873. wydanie drugie. Cena rs. 3 kop. 50.

HERMANN. L. (prof.) Lehrbuch der experimentellen Toxilogie. Berlin. 1874. Cena rs. 4.

O g ł o s z e n i a.

Zakład wód mineralnych i gazowych

Aptekarza Karpńskiego w Warszawie Nr. 937.

Wyrabia wszystkie wody mineralne i gazowe tak w butelkach jak i w syfonach z całą naukową ścisłością, po cenach możliwie umiarkowanych. Z pomiędzy nowo wprowadzonych w użycie, zwracam uwagę na wodę z Borocytrynianem magnezyi, oraz Hunyadi János Bittersalzquelle najbogatszą w sole ze wszystkich wód gorzkich po cenie kopiejek dwadzieścia za butelkę. Broszury pod tytułem: „Praktyczne wskazówki wyrabiania wód mineralnych i gazowych”, dostać można po kopiejek pięćdziesiąt w fabryce méj wód mineralnych. Ponieważ zakład méj opatrzony jest maszyną parową i posiada pięć maszyn do fabrykacyi wód systemu drezdeńskiego, a trzy systemu geneńskiego, wszelkim więc zleceniom, może w jak najprędszym czasie zadosyć uczynić.

W. Karpński. Magister Farmacyi.