

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 kliniki chorób skórnych i przymiotowych. Przypadek łuszczycy całego ciała. Zapalenie różowe skóry. Wyzdrowienie. Opisał Dr. E. KLINK. — Wykłady kliniczne. Zapalenie płuc wybitnie obezsilające. Wykład Dra LEICHTENSTERN'A. Podal Dr. Wł. GAJKIEWICZ. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Częściowe odejmowanie stopy. Różnica pomiędzy sernikiem mleka kobiecego i krowiego. Uwagi nad skurczem dróg żółciowych i leczeniem kolki wątrobowej. Porównanie działania wodoru chloralu, wodoru bromalu i jodoformu. Przeciwwzpalne działanie mięszszowych wstrzykiwań kwasu karbolowego. Upośledzenie wzroku przy hysteryi. Przeciw świerbie. — Kronika zagraniczna. Francya i Niemcy. — Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej. Wpływ miast i wsi na płeć pod względem długości życia. — Biblijografia. Przegląd ważniejszych dzieł lekarskich wydanych w Anglii w 1873 r. Podal Dr. G. FRITSCH, z Czestochowy (Dokończenie). — Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA Z KLINIKI CHOROÓB SKÓRNYCH I PRZYMOTOWYCH,

W SZPITALU Ś-GO ŁAZARZA W WARSZAWIE.

Przypadek łuszczycy (*psoriasis*) całego ciała. — Zapalenie różowe skóry. — Wyzdrowienie.

Opisał Edward Klink, Ordynator teje kliniki.

Franciszek Z. stróż, żonaty, lat 38 liczący, przybył do kliniki dnia 1-go Listopada 1874 r. z powodu wysypki zajmującej całe jego ciało.

Z opowiadania chorego dowiedziałem się, iż choroba trwa dopiero od dwóch miesięcy, i że pierwotnie poczęła się na rękach i nogach, a mianowicie na ich powierzchniach grzbietowych, poczem przeszła na powierzchnie dłoniowe i podeszwowe. W krótkim jednakże czasie objawiła się na skórze górnych i dolnych kończyn, na skórze grzbietu, piersi i brzucha. Wystąpił nie wysypki na pośladkach i częściach płciowych zewnętrznych miało miejsce dopiero w ostatnim tygodniu przed przybyciem chorego do kliniki.

Chory żonatym jest od lat 16-tu, a żona i dwoje dzieci jego (dziewczy a 14-to letnia i chłopczyk 3-letni) cieszą się zupełnem zdrowiem; rodziców miał zdrowych zupełnie, sam zaś nigdy żadnej choroby skórnej ani wenerycznej nie przebywał. W 8 roku życia swego chory przechodził gorączkę przepuszczającą, a w 31 r. durzycę.

Przy badaniu skóry chorego okazało się:

Na dłoniach obu rąk a niemniej i na grzbietowych ich powierzchniach spostrzegamy, poczynając od końców palców aż na kilka centymetrów powyżej napięstka, znaczne nagromadzenie łusek, dochodzących grubości od $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ a nawet do 1 centim. Niektóre z tych łusek przylegają dosyć mocno do skóry, inne dają się łatwo oddzielać. Łusek tych dochodzących często wielkości srebrnego rubla i grubości powyżej podanej, wię-

cej było na powierzchniach grzbietowych rąk. Podstawa łuski była zawsze szerszą, a warstwy z następnych łusek coraz mniejszych nadawały całej łusce wygląd ściętej piramidy. Massy zbite, znajdujące się na dłoniach, a bardziej jeszcze na palcach, bardzo mocno przylegały do skóry. Skóra po odjęciu wielkich łusek nie przedstawiała żadnego owrzodzenia. Na samych palcach tak ich powierzchnie dłoniowej jak i grzbietowej, jako też przeważnie na dłoni łuski były znacznie mniejsze a przeważała więcej jakby jednostajna masa, która przy bliższem rozpatrzeniu jej złożoną była również z nagromadzonych w znacznej ilości łusek mniejszych, spojonych lepka, surowiczą wydzieliną. Licząc więc grubość podobnych łusek na $\frac{3}{4}$ c. i przedstawwszy je sobie rozłożone na obu rękach, można wyobrazić sobie grubość całej ręki, która rzeczywiście robiła wrażenie potwornej.

Boczne powierzchnie wszystkich palców obu rąk, w większej swej połowie (do połowy drugiego członka) pokryte były również masą zbitych łusek, co spowodowało znaczne oddalenie od siebie palców; pozostała część skóry bocznej części palców aż do paznokci, prócz zaczerwienienia i zgrubienia nie przedstawiała nic godnego uwagi. Barwa większych łusek przedstawiała się jako brudno-szara, dochodząca do brunatnej, mniejsze zaś były barwy szaro-białej, żółtawej.

Na dłoni, w tych miejscach gdzie skóra tworzy fałdy, spostrzegaliśmy głębokie pęknięcia skóry, bardzo bolesne, z których sączyła się krew;" niemniej podobne pęknięcia znajdowały się i na dłoniowej powierzchni prawie wszystkich palców w miejscach odpowiadających zgięciom pojedynczych członków palca.

Na granicy napięstka i przedramienia, na powierzchni zgięcia ręki również znajdowało się z każdej strony po kilka pęknięć głębokich i bardzo bolesnych. Już to w skutek nagromadzenia znacznej grubości łusek na palcach i dłoni, już to z powodu bolesnych pęknięć na palcach, ruch tychże był prawie żaden, nawet wielki paluch tak był mało ruchomy, że chory tylko przedmioty większe mógł uchwycić. Na powierzchniach grzbietowych obu rąk nie było pęknięć.

Paznokcie na wszystkich palcach były więcej płaskie, znacznie zgrubiałe, straciły swój połysk, powierzchnia ich grzbietowa była zlekka garbkowana; były one wszystkie barwy żółtej.

Zupełnie podobne zmiany, jakie dopiero co opisaliśmy, znajdowały się i na obu nogach; na podeszwach, grzbietowych powierzchniach, na palcach, ich powierzchniach podeszwowych, grzbietowych i bocznych, tudzież podobne zmiany na paznokciach. Tylko pęknięcia na podeszwach były bardzo znaczne i liczne, a także znajdowały się dosyć głębokie pęknięcia na grzbietowych powierzchniach stóp, co spowodowało, że chory przy nadzwyczajnych bólach chodził.

Na skórze powierzchni tylnej prawego stawu łokciowego spostrzegaliśmy jedną łuskę wielkości 5 kop. monety miedzianej, zaś na temże miejscu ze strony lewej, łuskę wielkości 5 kop. srebrnej monety. Powierzchnia tylna przedramienia z obu stron ku dołowi była pokryta obfitą wysypką. Skó-

ra powierzchni przedniej przedramienia, przegubu łokciowego, a ramienia ze wszystkich stron, tak odnośnie do kończyny prawej jak i lewej, zajęta była nadzwyczaj obfitą wysypką; łuski pokrywające wysypkę w wielkości swojej wahały się między wielkością ziarna grochu aż do wielkości drobnej monety srebrnej.

Wysypka przedstawiała w ułożeniu swoim na skórze w pewnych miejscach okrągłe przestrzenie, w innych zaś zlewając się z obok leżącą, wytwarzała dziwaczne rysunki. Łuski były miękkie, barwy perłowej muszli, grubości zwykle przy łuszczycy napotykaney a po oderwaniu takiej łuski, powierzchnia skóry krwawiła.

Na kończynach dolnych wysypka była obfitszą niż na górnych. Na skórze lewego kolana znajdowała się tylko jedna łuska wielkości 2 kop. monety miedzianej i takowa była pomieszczoną na kilka centim. poniżej rzepki. Na skórze prawego kolana znajdowaliśmy większą liczbę łusek złanych. Jedna z łusek znajdujących się poniżej rzepki na prawej goleni, miała wielkość dłoni. W przegubie kolanowym prawym skóra pokryta była obfitą bardzo wysypką rozlaną, wysypka ta zajmowała przestrzeń dłoni z palcami. W przegubie kolanowym lewym wysypka była nieznaczna. Na lewej goleni prawie w samym jej środku, wysypka miała wielkość dłoni; w środku przedstawiała krąg ze skóry prawidłowej, zaś obwód na szerokość dwóch palców składał się z wysypki łuszczycowej. Na pozostałych częściach obu goleni, na udach tak ich powierzchniach: wewnętrznej, zewnętrznej, przedniej jak i tylnej na obu kończynach, napotykiśmy cechującą wysypkę łuszczycową, rozmaitej postaci i wielkości, przechodzącą do tak zwanej łuszczycy centkowatej (*psoriasis punctata*) przez łuszczycę kroplistą (*p. guttata*), pieniążkowatą (*p. nummularis*), obrączkowatą (*p. circinata*) aż do łusz. zawojowatej (*psoriasis gyrata*).

Na skórze międzykrocza i obu pośladków istniała bardzo obfita wysypka. Na pośladkach w miejscach odpowiadających kości siedzeniowej nagromadzenie łusek tak obfite jak i na dłoniach. Na skórze międzykrocza łuski dochodziły wielkości 10 kop. monety miedzianej, a wysypka zlewając się wytwarzała jakby jedną wielką biało-szarej barwy łuskę.

Na skórze moszny a mianowicie ze strony lewej w miejscu, gdzie ani prącie nie przylega, ani moszna niedotyka uda znajdowała się jedna łuska wielkości 5 kop. srebrnej monety.

Na skórze brzucha, piersi i grzbietu znajdowała się bardzo obfita wysypka, przeważnie pod postacią łuszczycy kroplistej i pieniążkowej.

Na skórze głowy pokrytej włosami, również znajdowała się dosyć obfita wysypka, przechodząca na czoło i twarz. Najobficiej na twarzy wysypka rozsiąta była u nasady nosa i na brodzie, a łuski dochodziły do wielkości 5 kop. srebrnej monety.

Inne narządy przy badaniu nie przedstawiały nic godnego uwagi. Gruczoły chłonne szyjowe bardzo nieznacznie obrzmiały, podobnie z lekka obrzmiały gruczoły pachwinowe i pachowe ze strony prawej.

Dla leczenia w celu oddalenia łusek zalecono: wysmarowanie obficie

całego ciała tranem (*oleum jecoris aselli*), a następnego dnia dwugodzinną kąpiel.

Co się tyczy leczenia wewnętrznego, to użyliśmy w tym przypadku wstrzykiwań podskórnych po $\frac{1}{10}$ gr. roztworu kwasu arsenawego. Metodę tę wybraliśmy raz dlatego, że dotychczas bardzo niewiele w ogóle doświadczano wstrzykiwań podskórnych tego kwasu w łuszczycy, a powtórę dla tego, iż sądziliśmy, że działanie arszeniku tą drogą będzie szybsze. Wstrzykiwania, obfite smarowanie tranem i kąpiel powtarzaliśmy codziennie.

Pierwsze 10 wstrzykiwań wykonaliśmy na grzbiecie; chory znosił je bardzo dobrze; nie było żadnych objawów ogólnych ani też zmian miejscowych (podrażnienia) w skórze. Po tych 10-ciu wstrzykiwaniach nasiąknięcie (*infiltratio*) skóry w miejscach, gdzie znajdowała się wysypka znikło. Łuski odpadały; wysypka zmniejszała się w obfitości.

Na skutek przeciągłych kąpeli i działania tranu, wszystkie łuski z dłoni oddzieliły się, pęknięcia zablizniły, a skóra dłoni przedstawiała się mocno zgrubiałą i zaczerwienioną. Podobnież wszystkie większe łuski na skórze w różnych miejscach ciała się znajdujące odpadły, a na podszewach pozostała tylko nieznaczna ilość mniejszych łusek.

Następne wstrzykiwania wykonywałem naprzemian: to w prawe to w lewe przedramię, chcąc uwidocznic wpływ tych wstrzykiwań na wysypkę znajdującą się na rękach. Wykonałem wstrzykiwań w przedramię prawe 8, z których 4 zawierały po $\frac{1}{10}$ gr. a 4 po $\frac{1}{8}$ gr. kwasu arsenawego; w przedramię lewe wstrzykiwań 8, z których 5 zawierało $\frac{1}{8}$ gr. a 3 po $\frac{1}{10}$ gr. tegoż kwasu.

W ogóle wszystkich wstrzykiwań w górne kończyny wykonałem 16, z tych 9 zawierało po $\frac{1}{8}$ gr. a 7 po $\frac{1}{10}$ gr. kwasu arsenawego. Doliczając poprzednio wykonane wstrzykiwania, będziemy mieli wszystkich wstrzykiwań 26 czyli czystego kwasu arsenawego prawie 3 grana w przeciągu 26 dni. Ale już przy wstrzykiwaniach w kończyny górne nie widzieliśmy tego wpływu na zmniejszanie się wysypki, co przy wstrzykiwaniach na grzbiecie. Wysypka w okolicy miejsca wstrzykiwań wcale się nie zmniejszała, również i w miejscach bardziej oddalonych pozostawała bez zmiany. Objawów ogólnych ani miejscowych w tym razie nie było żadnych. Dla czystości doświadczenia prócz kąpeli i tranu miejscowo nie używaliśmy żadnych innych środków.

Zawiedzeni niejako na podskórnych wstrzykiwaniach arszeniku, przepisaliśmy do zewnątrz *Solutio arsenicalis Fowleri gutt.* 36 na 6 uncyj wody, zalecając choremu używanie 5 łyżek dziennie (a więc 3 krople na łyżkę a 15 na dzień czyli $\frac{1}{6}$ gr. arszeniku *pro die*). Zaś dla miejscowego leczenia maść następującego składu: *Rpe. Sapon. virid. Axungiae porci ana unc. 6, Olei cadini unc. 3, Cretae albae unc. 1½ M. f. Ungt.* Maścią tą chory dwa razy dziem za pomocą kawałka flaneli miał nacierać całą skórę. Włosy na głowie ostrzyżono i przeznaczylismy dla wcierania w skórę głowy *Spir. saponis kalinus* dwa razy dziem.

W ciągu 6 dni t. j. od 26 Listopada do 2-go Grudnia, chory zużył

90 kropli roztworu FOWLER'A czyli 1 gran czystego arszeniku; wykonano przez ten czas 12 wcierań maścią w całe ciało. Przez następne 4 dni zaprzestaliśmy używać wcierań z maści, dla tego, że chorego chcieliśmy umieścić w kąpieli, a nie można tego wykonać nazajutrz po ostatniem wcieraniu, gdyż w takich razach wywołuje się niesłychanie bolesne naprężenie skóry całego ciała.

Tak więc chory zużywszy w ciągu tych 4 dni jeszcze 60 kropli roztworu FOWLER'A, dnia 7 Grudnia miał naznaczoną kąpiel dwugodzinną z zaleceniem posługaczowi starannego wymycia chorego.

Dnia 8-go Grudnia (nazajutrz po kąpieli) stan skóry chorego był następujący: Bardzo wielka ilość pojedynczych łusek odpadła; prawie wszystkie większe znajdujące się na dłoniach i podszwach również bardzo wiele mniejszych znajdujących się na skórze grzbietu, piersi, brzucha i kończynach. Twarz i skóra głowy zostały zupełnie oczyszczone z łusek. W miejscach gdzie łuski oddzieliły się, przedstawiała się powierzchnia mocno zaczerwienioną, w niektórych miejscach zlekka krwawiącą.

Lecz już w dwa dni później t. j. dnia 10-go Grudnia pomimo naszej ostrożności (4-dniowa przerwa po wcieraniach maścią) powstało znaczne naprężenie skóry na kolanach, a w dołach podkolanowych i na skórze obu łokci nieznaczne pęknięcia; bolesne pęknięcia na podszwach, które już poczęły się zablźniać, powiększyły się i spowodowały dokuczliwe dla chorego bóle.

W tym czasie choremu dla leczenia przypisano prócz roztworu FOWLER'A—smarowanie całego ciała tranem.

W nocy z dnia 12-go na 13-ty Grudnia chory doznał kilku silnych dreszczów. Skóra natwarzy przedstawiała się zaczerwienioną, bolesną i obrzmiałą, stan gorączkowy dochodzący $+39^{\circ}\text{C}$; słowem powstały objawy, które odnieść należało do różowego zapalenia skóry.

Odstawiono roztwór FOWLER'A, a zalecono tylko smarowanie tranem, kwaskowaty napój i ściśłą dyjetę. Dnia 14-go Grudnia róża rozprzestrzeniła się na głowę, kark, górną część piersi i grzbietu. Ciepło ciała rano $+39^{\circ}\text{C}$, sen niespokojny.

Dnia 15-go Grudnia róża przeszła na obie kończyny górne, grzbiet, piersi i brzuch. Obrzmienie twarzy i czerwoność nieco zmalały i nastąpiło obfite wytwarzanie się powierzchownie przylegających cienkich, matowo-żółtej barwy łusek i odpadanie tychże całymi płatami.

Dnia 16-go Grudnia róża rozszerzyła się na kończyny dolne, a mianowicie uda. Skóra na miejscach gdzie odpadł naskórek mocno zaczerwieniona, naprężona. Chory wydalal mocz pod siebie, w skutek czego w obu pachwinach wytworzyły się wyprzenia. Na obu pośladkach poczynały się wytwarzać odleżyny. Wyprzenia i odleżyny zalecono kilkanaście razy na dzień przemywać wodą gulardową.

Dnia 18-go i 19-go Grudnia róża rozwinęła się na goleniach i stopach. Obrzmienie twarzy znikło. Na kończynach górnych, na skórze piersi, brzucha i grzbietu nadzwyczaj obfite łuszczenie się naskórka świeżo nagromadzonego. Leczenie jak poprzednio.

Dnia 23-go Grudnia stan gorączkowy znacznie się zmniejszył (+38°C). W nocy chory sypia spokojnie. Wyprzenia w pachwinach oczyściły się. Po oddaleniu się ogromnych płatów naskórka ze skóry grzbietu, brzucha, piersi, twarzy, obu kończyn górnych i dolnych widzieć można było, że wszystkie poprzednie nasiąknięcia i stwardnienia skóry uległy wchłonięciu, a grube i cienkie łuski dawniej mocno przylegające do skóry odpadły; pozostała tylko skóra zaczerwieniona, niezbyt mocno naprężona. W miejscach gdzie poprzednio była wysypka bardzo obfita, a skóra przedstawiała się w stanie dosyć znacznego nasięku (na lewej gołeni, na skórze międzykrocza i t. d.) pozostały zaledwie obrysy tej wysypki.

Wyżej opisane znaczne nagromadzenie się zbitych mass naskórka na rękach i nogach, znacznymi płatami odpadły.

Dnia 26-go Grudnia gorączki już zupełnie nie było. Chory był nadzwyczaj wyniszczony, bezsilny. Łuszczenie się naskórka trwało w całej sile.

Przepisaliśmy pożywniejszą dyjetę, wino i odwar kory chinowej. Kąpiel z letniej czystej wody.

Kąpiele powtarzaliśmy codziennie, smarując jeszcze skórę tranem.

W ciągu następnych 10 dni chory w wyglądzie ogólnym poprawił się, a w siłach się podnosił. Łuszczenie naskórka znacznie się zmniejszyło. Odleżyny się oczyściły. Skóra na piersiach i kończynach mianowicie dolnych, była zaczerwienioną i na tych miejscach trwało łuszczenie się naskórka. Dnia 6-go Stycznia 1875 roku, dla dokończenia leczenia przepisaliśmy kąpiele smołowe, w ten sposób urządzone, że chory na kilka godzin przed kąpielą miał nasmarowane całe ciało mazią następującego składu: *Oleum jecoris aselli cum Oleo cadini ana*, a następnie siedział przez 2 godziny w kąpieli.

Takich kąpiele chory użył 20 i dnia 1-go Lutego b. r. wypisanym został. Łuszczenie się naskórka zupełnie ustało, czerwonosć skóry znikła, tylko w tych miejscach gdzie poprzednio była wysypka, pozostało nieznaczne jeszcze zabarwienie skóry, odleżyny zablizniły się, chory poprawił się znacznie na siłach. Paznokcie stare odpadły, a wytworzyły się nowe.

Opisany przypadek z wielu względów zasługuje na szczególną uwagę.

Wszystkie zmiany znalezione na skórze, w chwili gdy chory przybył do kliniki, wystąpiły w przeciągu bardzo krótkiego czasu, bo zaledwie dwóch miesięcy; przyjąć więc można, że łuszczycyca w opisanym przypadku przyjęła cechę wysypki z przebiegiem ostrym, co w łuszczycy należy do rzadkości.

Uderza nas również w danym przypadku nadzwyczajna obfitosć wysypki; całe ciało od stóp do głowy było zasiane wysypką, tak, że zaledwie w niektórych miejscach pozostawały kawałki skóry nie pokrytej matowemi łuskami. Godną jest również uwagi ta potwornosć wysypki, mianowicie na kończynach dolnych i górnych (stopach i rękach).

W naszym przypadku mieliśmy sposobnosć spostrzegać u jednego chorego wszystkie postacie łuszczycy, począwszy od łuszczycy centkowatej

(*psoriasis punctata*) aż do łuszczycy strupieniowej (*ps. rupioides*). Ta ostatnia postać (łuszczyca strupieniowa), którą po raz pierwszy opisał ANDERSON, należy do nadzwyczajnych rzadkości i zaledwie przez kilku autorów spostrzeżaną była. Wysypka łuszczykowa zajęła ręce i nogi i wystąpiła na dłoniach i podszewkach, a wiemy, że w łuszczycy nieprzymiotowej, a do której i nasz przypadek zaliczyć musimy, pojawienie się wysypki na dłoniach i podszewkach należy do wypadków bardzo rzadkich. Również co do umiejscowienia się wysypki na innych częściach ciała, znajdujemy pewne odstępstwa od prawidłowego występowania tej wysypki, np. w naszym przypadku wysypka zajęła przeważnie przeguby łokciowe i doły kolanowe, a wiadomo jak chętnie wysypka łuszczykowa nieprzymiotowa pomieszcza się na przednich powierzchniach kolan i na powierzchniach tylnych łokci. Jednym z miejsc gdzie wysypka łuszczykowa pojawia się bardzo rzadko jest skóra moszny; w naszym przypadku właśnie umiejscowiła się na tej części ciała.

Wszystkie paznokcie tak na palcach rąk, jakoteż i nóg przedstawiały zmiany, które autorowie opisują jako należące do łuszczycy, co jak HEBRA powiada należy do rzadkości.

Spostrzeżenie nasze pouczającym jest także i ze względu na leczenie. Wstrzykiwania podskórne z roztworu kwasu arsenawego, jakich używaliśmy w pierwszych 26-ciu dniach pobytu chorego w klinice, nie przyniosły pożytku takiego, jakiego w ogóle po wstrzykiwaniach spodziewały się należało; wprawdzie przy pierwszych 10-ciu wstrzykiwaniach wysypka na grzbiecie się zmniejszyła, ale żadnego nie widzieliśmy wpływu na zmniejszenie się wysypki, w innych częściach ciała po wszystkich wstrzykiwaniach.

Nakoniec: przypadek nasz zasługuje na szczególną uwagę ze względu na leczenie, że się tak wyrażę, naturalne. Różowe zapalenie skóry, przebiegłszy od głowy do stóp, spowodowało wchłonięcie się wszelkich wysięków, wyleczyło łuszczycę. Są znane wprawdzie przypadki, gdzie róża skóry powodowała wchłonięcie wysięków w niej wytworzonych i znikanie wysypek na ograniczonych przestrzeniach, ale żeby różowe zapalenie skóry przyczyniło się do zniknięcia wysypki na tak obszernej przestrzeni i w tak wielkich rozmiarach rozwiniętej, to chyba należy do jedynych wypadków dotąd spostrzeganych.

Czy nie będzie powrotu tej choroby w krótszym lub dłuższym przeciągu czasu, w tej chwili nie powiedzieć nie możemy.

WYKŁADY KLINICZNE.

Zapalenie płuc wybitnie obezsilające (*pneumonia asthenica*)¹⁾.

przez Dra O. LEICHTENSTERN'A w Tübingen,

podawca Dr. W. Gajkiewicz.

Przebieg zapalenia płuc krupowego niezem nie powikłanego, od jego rozpoczęcia się dreszczem aż do nagłego spadku gorączki, jest wszyst-

1) VOLKMANN'A Sammlung klinischer Vorträge 1874 Nr. 82. (Ueber asthenische Pneumonie von Dr. O. LEICHTENSTERN in Tübingen).

kim tak dobrze znanym, że nie potrzebujemy powtarzać całego zbioru objawów. Porównajmy z tym wzorem dwa niedawno spostrzegane przez nas przypadki, z których na jednym mieliśmy nawet sposobność robić poszukiwania anatomo-patologiczne, a dopatrzmy się nie jednej, bardzo uderzającej różnicy. Pierwszy z nich dotyczył chorego 21-letniego, niskiego wzrostu lecz krępo zbudowanego, który dotychczas cieszył się zawsze zupełnym zdrowiem. Wieczorem 18 Stycznia (1874) zaniemógł, mianowicie czuł się osłabionym, stracił łaknienie i sen, przytem ból głowy i członków, uczucie gorąca z nieznacznymi dreszczykami. 20 Stycznia pokazał się lekki kaszel, miejscami kłócie w obu połowach klatki piersiowej, ciepłota, tętno i liczba oddechów podniosły się, płwocina skąpa, biała, pienista. Chory robił wrażenie ciężko cierpiącego, w nocy ustawicznie bredził. Co dzień powtarzane badanie przedmiotowe narządów oddechowych, dało dopiero 21 t. m. dodatne wyniki. Wprawdzie nie było wyraźnego stopienia odgłosu przy opukiwaniu, lecz w górnej części płuca prawego od tyłu, oddech przy wysłuchiwaniu był nieoznaczony (*respiratio indeterminata*), a przytem rżenia (*rhonchi*) przedtem bardzo nieliczne, suche i tylko tu i owdzie słyszalne, stały się obfitszemi, jaśniejszemi i więcej wilgotnemi. 22 Stycznia ograniczone sinicowate zaczerwienienie (*cyanosis*) policzków, krótki, dolegliwy, suchy kaszel, ruchy oddechowe bardzo szybko po sobie następujące (*jangende Respiration*), język, dziąsła, zęby suche i jak w durzycy pokryte sadzowatym nalotem (*fuligo*). Chory był nadzwyczaj słaby i ciągle cicho bredził. Badanie klatki piersiowej okazało teraz: w prawej okolicy podobojczykowej odgłos wypukowy mniej pełny jak na lewo i wyraźnie bębnowy (tympaniczny), na prawo od tyłu u góry nad grzebieniem łopatki (*regio supraspinata*) tępość, która zmniejszając się nieco sięgała do połowy przestrzeni międzyłopatkowej, a na samej łopatce ciągnęła się aż do dolnego jej kąta. Na miejscu stopienia oddech oskrzelowy, rżenia spółdźwięczne (*rhonchi consonantes*), wzmocnienie głosu (*bronchophonia*) i drżenia klatki piersiowej (*fremitus pectoralis*). Płwocina skąpa, biała, pienista, lepka, miejscami szafranowej barwy, niewątpliwie od przysady krwi. W sereu nie nieprawidłowego, tony jego czyste, częstość tętna 124, oddechów 32 na minutę. Barwa twarzy wpadała w lekkie odcienie żółtawy, najwyraźniejszy na spojówce gałki oka. Brzuch wzdęty, biegunka. Wątroba wystawała po za łuk żebrowy w kresie sutkowej (*linea mamillaris*) na 3 dobre palce, co przy braku rozedmy (*emphysema*), wysięku w jamie opłucnej, zależało od powiększenia płuc. Tępość śledziony powiększona. Mocz chory wydalał mało, ciemnej barwy (stężony), z mierną ilością białka. Ciepłota ciała mierzona w odbytnicy okazała niższe stopnie, jak to zwykle bywa przy zapaleniu płuc, chwiała się między 38^o,5 a 39,6^oC. Przeciwnie tętno niezwykle częste, np. 24 Stycznia rano 132, wieczorem 136 uderzeń na minutę. Czucie ogólne (*sensorium*) coraz więcej poniżone. Mimo leczenia przeciwo-rączkowego a przede wszystkim silnie pobudzającego, chory umarł rano 25 Stycznia. Przy oglądzie zwłok znaleziono: w obu jamach opłucnych, w prawej około $\frac{1}{5}$, w lewej $\frac{1}{10}$ litra wysięku surowiczoroznego, szaro-żółtawego, pomieszanego z kłaczkami krzepnika (*coagulinum*). Prawa opłucnia tak żebrowa jak i płucna nabrzmiała, szorstka, bez blasku, miejscami przekrwiona lub pokryta niewielkimi wylewami krwi i powleczone krzepnikiem. Górny zraz płuca prawego przy dotyku napięty, powiększony, opłucnia na nim naprężona, pozbawiony zupełnie powietrza. Powierzchnia rozkroju w mniejszej części wyraźnie ziarnista, sucha, w większej jednak niewyraźnie ziarnista, więcej jednolita, wilgotna, szaro-żółta i wydzielala dużo mętnej, surowiczo-ropanej cieczy. Sama tkanka płucna krucha. W środku zraza ognisko wielkości włoskiego orzecha, wypełnione szarą, rozmięktą

masą, niewyraźnie odznaczone od otaczającej tkaniny. Prawy Dolny zraz w $\frac{1}{3}$ części górnej tylnej w stanie przejścia ze zwątrobieńcia czerwonego (*hepatissatio rubra*) w szare (*hepatissatio grisea*). Zachowanie się opłucni lewego dolnego płata także samo jak prawej. Samo płuco w dolnej połowie bezpowietrzne, mało nasiąkłe, na rozkroju jednolite, szaro-czerwone. Serce prawie miernie rozszerzone, wypełnione po części krwią gęstą, a w części miękkim ciemnym skrzepem. Mięsień serca i zastawki niezmiennione. Śledziona w dwójnasób zwiększona, powłoka jej napięta, miąższ miękki i w krew bogaty. Wątroba we wszystkich rozmiarach miernie zwiększona, na prawidłowo brunatno czerwonej powierzchni rozkroju liczne mniejsze lub większe, rozlane, jaśniejsze miejsca, szaro-żółtawej barwy, z niewyraźną budową zrazikową. Nie zależy to od nierównego rozdziału krwi, lecz od zwyrodnienia miąższowego (*degeneratio parenchymatosa*). Nerki niepowiększone, istota korowa nieco bledsza, z odcieniem żółtawo-szarym. Inne narządy, jak przewód pokarmowy niezmiennione. Jak widać z przytoczonego, tak kliniczny jak i anatomo-patologiczny obraz opisanego tu zapalenia płuc, różni się od zwykłego. Co się tyczy objawów, to brak dreszczu, poczynającego zwykle pierwotne ostre zapalenie krupowe płuc (*pneumonia crouposa acuta primaria*). Natomiast choroba przyszła skrycie poprzedzona objawami ogólnymi, jak to bywa w okresie początkowym pewnych ostrych chorób zakaźnych (*morbi infectiosi acuti*). Zwątrobieńcie które następuje zazwyczaj już po 24 godzinach, po zapalnym nawale (*Anschoppung, Engouement*), kazało na siebie czekać bardzo długo, gdyż dopiero 4-go dnia wystąpiły pewne znaki zapalnego nasiąknięcia i umożliwiły nam rozpoznanie. Znajdujemy u chorego, jak i u innych cierpiących na zapalenie płuc: zaczerwienienie sinicowe policzków, duszność, kaszel bolesny z plwociną krwistą, ale niezwykłymi są: wielki, „durzycowy” upadek sił (*prostratio*), obojętność (*apathia*), bredzenie (*delirium*), suchość ust i gardzieli, nadmierna częstość tętna przy niezbyt wysokiej ciepłocie ciała, obrzmienie śledziony i wątroby, żółtaczkowe zabarwienie spojówki, wzdęcie brzucha (*meteorismus*), dobrowolna biegunka, bialkomocz; zjawiska jakich w zwykłym zapaleniu płuc albo zupełnie brak lub występują tylko w bardzo małym stopniu. Ze zboczeń anatomo-patologicznych prócz długo odbywającego się zwątrobieńcia płuc, zmian w wątrobie, śledzionie i nerkach, przytaczamy jeszcze, szybkie bo zaledwie po czterodniowym trwaniu przejście w zwątrobieńcie szare *resp.* zropienie ze zgorzelowem rozmiękczeniem (*sphacelöse Erweichung*) w środku zajętego płata płucnego, dalej obustronne wysiękowe zapalenie opłucni, nie wielki nasiąknięcie zapalny lewego dolnego płata płucnego, miękkie skrzepy krwi w sercu.

Przytoczmy zaraz drugi, spostrzegany przez nas przypadek: Chora C. M. 30 lat mająca, pochodząca ze zdrowej rodziny, silnej budowy ciała, z prawidłowo rozwiniętą podkładką tłuszczową (*panniculus adiposus*), dotąd zawsze zdrowa, po 3-dniowym trwaniu zwiastunów (zmniejszenie łaknienia, zmęczenie, niechęć do pracy) dostała 9-go Lutego dreszczu z następnym uczuciem gorąca, duszności i kłócia w obu „bokach.” Badanie chorej dopełnione następnego dnia, oprócz bardzo wysokiej gorączki, duszności i kaszlu, nie okazało żadnego objawu fizycznie znamionującego zapalenie płuc. Plwocina tylko była uderzająco lepka, lecz bez przysady krwi, przynajmniej takiej, którąby można było dostrzedz golem okiem. Podejrzewano zapalenie w prawym dolnym płacie płucnym, bo tutaj szmer oddechowu był osłabiony. Dopiero 11 Lutego wieczorem istnienie zapalenia płuc nie ulegało wątpliwości, bo na ograniczonym miejscu prawego dolnego płata od tyłu, odgłos opukowy był tępy, a oddech oskrzelowy. Wygląd chorej bardzo się zmienił. Całe ciało, a szczególnie spojówki zabarwiły się żół-

łazekowo; w nocy zjawily się majaczenia, gorączka bardzo wielka bo np. 10 Lutego wieczorem ciepłota pod pachą wynosiła 40°,5 C.; a 11 t. m. wieczorem w odbytnicy 40,9. Liczba tętna odpowiadała wysokiemu ciepłu ciała. Jama ust i gardzieli bardzo suche, zęby i wargi sadzowate. W moczu białko, około $\frac{1}{2}$ ‰, barwniki żółciowe niepewne. Wątroba i śledziona niewątpliwie powiększone, ostatnią wyczuwało się palcami. Tępość odgłosu i oddech oskrzelowy rozszerzały się coraz więcej i zapalenie płuc rozpoznac można było z objawów fizycznych i podmiotowych. Tylko bardzo przemijające udało się przez podanie wielkich dawek chininy zmniejszyć gorączkę w godzinach rannych. Ciepłota wieczorem przechodziła zwykle 40° dochodząc często do 41°. Naprózno czekaliśmy na przyjscie przełomu (*crisis*). Przeszedł 6-ty i 7-my dzień choroby bez zwolnienia gorączki. Gdy zapalenie w miejscu pierwotnego zajęcia zaczęło się rozchodzić, nastąpiło w nocy z 17-go na 18-y Lutego nowe nasilenie gorączki z lekkim dreszczem i plwociną zaczerwienioną świeżą krwią, zależne od zapalenia płata dolnego lewego płuca od tyłu, odgłos wypukowy tamże stępiony a przy wysłuchiowaniu oddech oskrzelowy i tarcie opłucni (*affrictus pleuriticus*). Mieliśmy więc do czynienia z zapaleniem płuc obu płatów dolnych (*pneumonia duplex*), z tą różnicą, iż gdy na prawo nasięk był już w okresie rozejścia się (*resolutio*), to na lewo był dopiero początek. Do tego przyłączyły się nowe nieoczekiwane objawy. Chora od kilku lat miała bardzo nieznaczne wole (*struma*) prawego gruczołu tarczowego; otóż skóra pokrywająca je nabrzmiała, zarumieniała się i stała się bardzo bolesna. Obustronny nasięk płuc rozszedł się, pozostała tylko choroba chirurgiczna, mianowicie zapalenie ropne gruczołu tarczowego (*thyroideitis suppurativa*), które chorą bardzo wycieńczyło. Po utworzeniu się chłobotania (*fluctuatio*) ropień został przecięty, przyczem wyciekło około 200 c. sz. ropy. Po długiem wyzdrowianiu (*reconvalescentio*) opóźnionem przez ropienie na szyi i powtarzane napady gorączki, chora wyleżawszy się trzy miesiące w szpitalu, została wypisana. Że zapalenie ropne gruczołu tarczowego należy uważać za wtórne i zależne od zapalenia płuc, to nie ulega wątpliwości. Przy durzycy przypominam sobie również w 2 przypadkach zropienie gruczołu tarczowego, jako chorobę następową w obu razach z pomyslnem zejściem. I w tym także przypadku musimy zaznaczyć szereg objawów nie spotykanych przy zwykłym przebiegu zapalenia płuc. Prócz tego, iż mieliśmy do czynienia z osobą dotąd zawsze zdrową, silną, jako zboczenia przebiegu przytaczam: długo odbywający się, przewlekły (*zögernde*) nasięk, który dopiero 3-go dnia dało się dowieść na określonej przestrzeni prawego dolnego zraza płucnego, silną żółtaczkę, białkomocz, obrzmienie śledziona i wątroby, dalej ciężkie objawy mózgowie, wielki upadek sił i niezwykle wysokiego natężenia gorączkę, obustronny nasięk płuc, przebieg przewlekły i wtórne zapalenie gruczołu tarczowego.

Pytanie, jaka może być przyczyna tych istotnych i ciężkich zboczeń w przebiegu?

Odpowiedź nań wziąłem sobie za przedmiot niniejszej pracy.

(c. d. n.)

KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

Częściowe odejmowanie stopy. (*Ueber partielle Fussamputationen von Dr. M. SCHENDE in Halle. Samml. klin. Vorträge v. R. VOLKMAN 1874 Nr. 72 i 73*). Autor jako prawdziwa podaje: 1) płaszczyna odjęcia powinna być prostopadła do długości stopy; i 2) blizna po zagojeniu powinna być w takim miejscu, ażeby przy chodzeniu nie była wystawioną na bodźce drażniące. Autor jest gorącym zwolennikiem wyluszczenia sposobem CHOPART'A i osteoplastycznego odejmowania stopy sposobem PROGOW'A; miał bowiem sposobność

w klinice w Halli nad obydwoma liczne porobił spostrzeżenia. Co się tyczy pierwszego — to autor stara się osłabić zarzut stawiany tej operacyi, mianowicie skurczenie się pięty chód utrudniające; utrzymuje on, że pewien stopień skrócenia się (umiesienia) pięty jest nieuniknionem następstwem wyluszczenia sposobem CHOPART'A, gdyż sklepienie stopy zostaje przeciętem w najwyższej swej części i operowany musi unosić nieco piętę ażeby mógł przednim końcem pozostałego piętki oprzeć się o ziemię. Działaniem ciężaru ciała zmienia taka w postawie może się do wyższego jeszcze wznosić stopnia, zwłaszcza jeżeli chory skutkiem osłabienia mięśni i samego opatrunku, do usposobienia tego się przyczynia. Obuwie zaopatrzone w klinowaty, od przodu trochę wzniesiony materacyk, usuwa ten stan pierwotny i zapobiega jego pogorszeniu. Zasadę DUCHENNE'A przeciwniczem działaniu mięśni łydki, autor zupełnie odrzuca. Trudniejsze kształty końskiej stopy (*pes equinus*) spowodowała ta sama przyczyna która wywołuje tę wadę i bez odjęcia stopy: długotrwałe niewłaściwe ułożenie i postawa — zapalenie stawu stopowego i okołostopowe przy postępującem próchnieniu kości (*caries*), — ztąd właśnie powstaje końska stopa jeszcze w czasie leżenia chorego w łóżku, po długiem chodzeniu o kuli i t. d. Dla osiągnięcia pożądanego wyniku z odjęcia stopy sposobem CHOPART'A obok utworzenia dość znacznego płatu podaszowego i usunięcia części chorobowo-zmienionych, nadzwyczaj wielkiej wagi jest baczność w okresie pōoperacyjnym (*Nachbehandlung*), pieńek powinien być, przez cały czas trwania gojenia się, w należytem utrzymywany położeniu; jako najodpowiedniejszy ku temu celowi środek zaleca autor opaskę gipsową sięgającą ponad zgięcie kolanowe. Przechodząc do sposobu PIROGOW'A autor usilnie zaleca, ażeby powierzchnie spiłowane, tak ze strony goleni jak i z kości piętowej pochyło do siebie przystawały t. j. żeby od tyłu więcej usunięto kości, aniżeli od przodu, jak to robili już GÜNTHER, O. WEBER, WAGNER, a szczególnie BUSK (anglik). Korzyści z tego są następujące: 1) łatwo daje się uskutecznić obrócenie garbu piętowego, tak że przecinanie ścięgna ACHILLES'A bywa zbyt rzadkiem; ruch potrzebny do zestawienia z sobą spiłowanych powierzchni, polega wyłącznie na posunięciu płatu piętowego ku górze i ku przodowi; 2) że tym sposobem ta część pięty zamienia się na powierzchnię do stapania (*Gehfläche*), która w stanie prawidłowym służy do podtrzymywania ciała. Zarzut stawiany tej operacyi, jakoby zrośnięcie kości trudno miało się uskutecznić, odpiera statystyka i wyniki z badań pōśmiertnych. Zrośnięcie odbywa się tu na tych samych prawach i w taki sam sposób jak przy każdym innem powikłanem złamaniu. Tylny wyrostek kości piętowej (*proc. post. calc.*) przy tłuszczowem rozmiękczeniu w wysokim stopniu można pozostawić; on bowiem zwykle przyrasta i mocno się trzyma przy powolnem rozpoczynaniu użycia stopy. Gdy zajęty był sprawą próchnienia, wtedy części jego chorobliwe należy ostrą łyżeczką wyskrobać, a nawet można pozostawić samą tylko warstwę korową (*subst. corticalis*); wydrążenie wypełnia się ziarniną kostną jak to wykazały pomyślne wyniki prób LOWE'GO i PARKERT'A. Przeciwno ropieniu w pochwach ścięgien, które najczęściej występuje jako niepomyślne powikłanie doradza autor za przykładem FÖRNBLOM'A zastosowanie opaski LISTER'A, a z wierzchu opaskę gipsową dziurkowaną (*à jour*) DITTEL'A. — Pomiędzy okolicznościami przeszkadzającymi zagojeniu się po operacyi SYME'A, autor szczególniejszą zwraca uwagę na obumieranie płatu piętowego: na 596 operacyj przytrafiło się to 31 razy. Przy powrotach próchnienia piętki kości goleniowej, autor powtórnego odjęcia unikał w ten sposób, że spróchniałe i przesiąkłe ropą cząstki rdzenia kostnego usuwał za pomocą ostrej łyżeczki, a w miejscu odpowiadajacem górnemu końcowi tak oczyszczonej jamy kostnej, robił za pomocą dłuta otwór w warstwie korowej i przeprowadzał przez kość cewkę drenową. Wydrążenie rdzeniowe wypełniło się dobrą ziarniną i wynik ostateczny był bardzo pomyślny. Wyniki leczebne operacyj wedle trzech wspomnianych sposobów dokonanych są:

	CHOPART	PIROGOW	SYME
Liczba operacyj	156	186	596
Liczba śmiertelności	13,2%	11,8%	10,9%
Liczba przeżytych operacyj	135	164	531
Zejścia niepomyślne	9,5%	7,9%	10%

Autor porównyując swoją statystykę z cyframi śmiertelności statystyki WERNER'A (Ch. 14,4⁰/₁₀, P. 12,7⁰/₁₀, S. 14,4⁰/₁₀) stwierdza pocieszający wynik, że w ostatnim czasie liczba śmiertelnych zejść po trzech powyższych operacjach pokazuje się zmniejszyla i dodaje z mocnym przekonaniem, że przy rozpowszechnieniu przeciwnego opatrunku LISTER'A zmniejszy się liczba śmiertelności po większych operacjach i uszkodzeniach i że tym sposobem wartość dotychczasowych doświadczeń przez krótki tylko czas będzie jeszcze względna. Dla ocenienia wartości częściowego odejmowania stopy używalność pieńka jest jedyną uzasadnioną miarą. (Podług ref. w *Centrblat f. Chirurg.* 1874. 17). T. Ż—a.

Różnice pomiędzy sernikiem mleka kobiecego i krowiego. Przepis na przyrządzanie mleka krowiego dla niemowląt i dzieci chorych. Już przed paru laty Dr. BIEDERT na drodze chemicznych poszukiwań doszedł do przekonania, że pomiędzy mlekiem kobiecym a krowiem, zachodzą nie tylko różnice ilościowe (mniejsza ilość sernika i większa ilość cukru w mleku kobiecym) ale i różnice jakościowe w serniku wchodzącym w skład obu gatunków mleka. Obecnie (*Archiv. Virchow'a*, Tom 60, zeszyt 3 i 4) tenże autor podaje wyniki bardzo ciekawych i praktycznie ważnych poszukiwań swoich nad sernikiem (otrzymywanym za pomocą wysoku) mleka kobiecego i krowiego. Pokazuje się, że sernik kobiecy bardzo łatwo jest w wodzie rozpuszczalnym, równie jak i w nadmiarze sztucznego soku żołądkowego, rozmaitych kwasów mineralnych, kwasu mlecznego, octowego—tymczasem sernik krwi bardzo trudno jest rozpuszczalnym w wodzie, a pod wpływem innych wspomnianych tu środków, całkiem niezmiennym pozostaje. Wodny roztwór kobiecego sernika i roztwór tej maleńkiej cząstki krowiego, jaka jest w wodzie rozpuszczalną, zachowywały się wobec chemicznych odczynników zupełnie jak samo mleko. Próby sztucznego trawienia obu rodzajów sernika przekonały o daleko trudniejszym trawieniu sernika krowiego. Niestrawiony sernik z mleka krowiego użytego do karmienia niemowląt, występuje w stolcach dziecka pod postacią twarogowatych kawałków. BIEDERT oceniając stopień strawności sernika krowiego powiada, że tam, gdzie niemowlę ma być sztucznie karmione mlekiem krowiem, sernik (krowi) nie powinien stanowić więcej nad 1⁰/₁₀ wagi ogólnej spożywanego pokarmu. W tym celu podaje przepis następujący: każę wziąć $\frac{1}{8}$ litra (pół kwaterki) słodkiej śmietanki (która podług rozbioru HORRE'GO mieści w sobie średnio 9 $\frac{1}{2}$ ⁰/₁₀ tłuszczu, 3⁰/₁₀ cukru i 4⁰/₁₀ sernika) i tę zmieszać z $\frac{3}{8}$ litra (1 $\frac{1}{2}$ kwaterki) przegotowanej wody, w której rozpuścić należy pół uncji (15 gramów) cukru mlecznego. Mieszanka ta zawiera zatem 1⁰/₁₀, sernika, 2,4⁰/₁₀ masy i 3,6⁰/₁₀ cukru. Autor radzi zaczynać karmienie od tej mieszanki i co kilka tygodni stężyć ją przez stopniowe dolewanie mleka, począwszy od $\frac{1}{16}$ litra (pół półkwaterka) w końcu wreszcie odrzucić dodatek wody i cukru. Stopniowanie to ma być ciągłe lub przerywane, stosownie do tego czy w stolcach dziecka będzie więcej lub mniej niestrawionych twarogowatych krulek sernika krowiego. Ta sama mieszanka ma być bardzo pożyteczną w najporeczywszych niestrawnościach u dzieci.

(Podług referatu w *Berl. kl. W.* 1874. Nr. 43). *St. M.*

Uwagi nad skurczem dróg żółciowych i leczeniem kolki wątrobowej. Pytanie: czy może powstać samodzielny lub następowy skurcz dróg żółciowych, dotychczas stanowczo nie było rozstrzygnięte, tembardziej że jedni z anatomów twierdzili, że przewody żółciowe posiadają warstwę mięśni gładkich, inni zaś zaprzeczali temu. DUJARDIN-BEAUMERTZ chce kwestyję tę rozjaśnić, wykonał liczny szereg doświadczeń fizjologicznych, oraz badań histologicznych, wynik których jest następujący:

1) Błona śluzowa dróg żółciowych jest nader wrażliwą na wszelkiego rodzaju drażnienia (elektryczność, ciała obce etc.).

2) Nietylko pęcherz żółciowy ale najdrobniejsze przewody żółciowe posiadają w swym składzie włókna mięsne; te ostatnie są obfitsze u zwierząt aniżeli u człowieka.

Tym sposobem kolka wątrobowa podług autora ma powstawać zawsze tylko wskutek podrażnienia dróg żółciowych bądź to przez kamienie bądź w inny sposób—powstaje więc na drodze odruchu skurcz, który nie tylko nie ogranicza się do przewodów żółciowych, lecz przechodzi i na pęcherz żółciowy, nawet żołądek i przeponę, wywołując wymioty i inne znane objawy towarzyszące tak zwanej kolce wątrobowej.

Przy leczeniu jedynem wskazaniem jest: zmniejszyć lub znieść skurcz włókien mięsnych; cel ten najlepiej osiągamy, jak nas uczy doświadczenie kliniczne, przez podskórny zastrzykiwanie roztworu morfiny.

(*Bulletin de therap.*, T. 85. Liv. 9.)

Porównanie działania wodanu chloralu, wodanu bromalu i jodoformu. M. KENDRICK działanie owo opisuje w następujący sposób. Wodan bromalu (*bromalhydrat*) znacznie się różni w swem działaniu od wodanu chloralu, ostatni wywołuje po krótkiej nadczołości głęboką niedoczulość (*anaesthesia*), która przy użyciu wodału bromalu występuje dopiero w tym okresie, w którym już zwierzę nie może być od śmierci uratowanym. Wodan bromalu wywołuje stale mocne zwiężenie zrenicy. Wodan chloralu zazwyczaj nie wywołuje tego objawu; głównie ześrodkowuje on swoje działanie do półkul mózgu i nigdy nie wywołuje drgawek, podczas gdy wodan bromalu głównie działa na zwoje podstawy mózgu. Śmierć następuje zwykle przy objawach tęcza (*epistotonus*). Wodan bromalu wywołuje zwiększenie wydzieliny gruczołów slinnych, czego nigdy nie spostrzega się przy użyciu wodanu chloralu. Działanie jodoformu jest podług autora bardzo podobne do działania wodanu chloralu; środek ów wywołuje dość długi i głęboki sen. Nadczołości i drgawek nie spostrzega się. Dawka śmiertelna jodoformu jest mniejszą od wodanu chloralu.

(*Centralblatt f. Med. Wiss.* Nr. 56. 1874.)

Przeciwwzpalne działanie mięszowych wstrzykiwań kwasu karbolowego.

Professor HEUTER w swej klinice chirurgicznej w Greifswaldzie w wielolicznych przypadkach stanowczo stwierdził przeciwwzpalne działanie mięszowych wstrzykiwań kwasu karbolowego, obok tego wstrzykiwanie owo ma być również dobrym miejscowo znieczulającym środkiem. Zazwyczaj zastrzykiwań należy roztwór 2% kwasu karbolowego w ilości nie większej na raz jak $\frac{1}{2}$ dr. (2 *grammy*). Prof. H. podaje dla swej metody leczniczej następujące wskazania: 1) Guz biały stawów (*synovitis hyperplastica granulosa*). 2) ostrawe zapalenie gruczołów chłonnych (*limphad. subacuta*); 3) ostre zapalenie tkanki podskórnej (*phlegmone*) przed wystąpieniem ropienia; 4) róża przyranna (*erysipelas traumatica*); 5) ziarninujące zapalenie kości i szpiku kostnego (*osteomyelitis hyperplastica granulosa*) poczynające się próchnieniem kości; 6) puchlina moszen (*hydrocele*).

(*Allg. Med. Cent. Zeit.* Nr. 99. 1874.) A. S.

Upośledzenie wzroku przy hysteryi (*hebetudo visus hysterica*). Objawy tego cierpienia podług prof. FÖRSTER'A (z Wrocławia) są podobne do objawów niemocy akomodacyjnej i mięśniowej (*asthenopia accommodativa et muscularis*). Punktem wszakże wyjścia uskarżania się chorych jest wrażliwość (*Empfindlichkeit*) w obrębie nerwu trójdzielnego i wzrokowego. Ból w okolicy nadoczodołowej bywa nieznaczny, lecz długotrwały, występuje zawsze obustronnie, niekiedy dzień jeden przepuszcza; za złych dni wzmaga się skutkiem pracy ręcznej, naprężenia ciała, nudów, muzyki; za dobrych zaś dni wpływ powyższe wywołują go. W czasie podróży niekiedy ustaje. Blyszczące powierzchnie np. jasny obrus, są w stanie ból taki wywołać. Badanie przedmiotowe nie wykrywa nic chorobnego. Żadne okulary, ani przecięcia mięśniowych ścięgien (*tenotomia*) nie polepszają tego stanu. Choroba występuje u kobiet lat 25—40. Prof. F. badając takie chore, prawie bez wyjątku u wszystkich znajdował przewlekłe do zaniku prowadzące zapalenie okołomaciczne (*parametritis chronica atrophicans*). U mężczyzn cierpienie to zdarza się bardzo rzadko; jeżeli się zdarza, to przy cierpieniach narządów płciowych np. przy niemocy (*impotentia*). Leczenie żadne. Choroba trwa lata całe. *Castoreum canadense*, albo: *Zincum aceticum c. opio* łagodzą wprawdzie bóle, lecz nie usuwają cierpienia,

(*Allg. Wien. Med. Zeit.* Nr. 2—1875.) T. Ž—a.

Przeciw swierzbie (*scabies*). Dr. CLEMENS opierając się na kilkoletniem doświadczeniu, zaleca następujący roztwór: *Rp. Acidi arsenicosi 0,05, Kali carbonici 1,0. Spir. sapon. 10,0. Aq. fon. 100,0. M. D. S.* dwa razy dziennie smarować miejsca dotknięte chorobą. Roztwór ten ma, podług autora, działać daleko szybciej niż inne dotychczas używane, obok tego nie brudzi bielizny, jak to czynią przetwory siarki.

(*Allg. Med. Centr. Zeitg.* Nr. 98, 1874.) A. S.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Francya i Niemcy. Szczepienie ospy przez akuszerki. We Francyi akuszerkom nietylko wolno jest szczepić ospę, ale nawet w zakładach naukowych dla akuszerok udzielane jest im odpowiednie wykształcenie w tym przedmiocie. Niemcy po zajęciu Alzacyi i Lotaryngii naukę szczepienia udzielaną akuszerkom znieśli, a szczepienie dokonywane przez nie prawnie uznali za niebyłe, chcąc tym sposobem bez naruszenia wolności procederowej położyć kres tego rodzaju szczepieniu. Zdaniem władz lekarskich niemieckich przy szczepieniu najważniejszą rzeczą jest ocenienie stanu zdrowia dzieci, z których limfa do dalszego szczepienia zbieraną bywa. Według nowego prawa niemieckiego o szczepieniu przymusowem, szczepienie przez nielekarza karaniem będzie piętnięnie do wysokości 45 talarów.

Niemcy. Komisyja Statystyczno-lekarska. Podczas rozpraw nad prawem o przymusowem szczepieniu, jakie się odbywały w sejmie cesarstwa niemieckiego, w początku r. z., postanowiony został i przez rząd przyjęty wniosek do zajęcia się stałym prowadzeniem statystyki lekarskiej według jednakowych zasad w całym cesarstwie i w tym celu urząd kanclerski wezwał zasłużonych na tem polu lekarzy i urzędników biór statystycznych w celu utworzenia komisyji, która miała wskazać środki prowadzące do stałej organizacji statystyki lekarskiej w cesarstwie niemieckiem. Komisyja ta zebrała się w końcu lata w Berlinie, a dotychczasowym wynikiem jej obrad są dwa wnioski do urzędu kanclerskiego: 1^o wniosek o ogłoszenie prawa o przymusowych powszechnych oględzinach pośmiertnych;—2^o wniosek o ogłoszenie prawa o przymusowem zawiadomianiu władzy przez lekarzy i ojców rodziń w razie pojawienia się chorób epidemicznych i zakaźnych.

Przeciwocholeryczna komisyja państwa niemieckiego, której program w obszernym referacie ogłosiła w roku zeszłym MEDYCINA (Nr. 4, 5, 7, 9 i 10) zbierała się po razy dwa w ciągu r. 1874. Prace, będące przedmiotem obrad w łonie komisyji, nie zostały dotychczas ogłoszone, ponieważ ogłoszenie ich zależy od rady związkowej państwa niemieckiego. Z półurzędowego źródła jedynie dochodzi wiadomość, że jednym z przedmiotów obradowania w komisji była kwestya odwietrzania (dezynfekcyi) i że na wniosek PETTENKOFER'A zalecone być mają próby odwietrzania gazem kwasu siarkowego.

Przymusowe oględziny pośmiertne. Do licznych próśb żądających przymusowych lekarskich oględzin pośmiertnych, przyłączył się też w ostatnich czasach związek towarzystw ubezpieczenia życia, które widzą w obowiązującej rewizji lekarskiej zmarłych *respectue* w stwierdzeniu przyczyny śmierci, rękojmię przeciwko licznym nadużyciom ze strony ubezpieczających się i ubezpieczonych. U nas z wielu powodów—głównie z przyczyny kosztu—obowiązek lekarskiej rewizyi we wszystkich wypadkach śmierci nie dałby się dziś w całym kraju zaprowadzić. Dla czego jednak zaprowadzonym nie jest we wszystkich miastach, a nadewszystko w Warszawie, tego doprawdy trudno pojąć.

Saksonia. Nauka higieny w zakładach technicznych została wprowadzona z rozporządzenia rządu saskiego. Od dnia 1 Października 1874 r. wykład higieny rozpoczętym został w politechnice drezdeńskiej i w akademii górniczej w Freibergu. W Dreźnie wykładającym jest zasłużony Dr. ROTH, naczelny lekarz armii saskiej, w Freibergu zaś Dr. WALTER.

Gotha. Sanitarne rady miejskie, które w ostatnich latach w wielu miastach niemieckich powstały, postępują energicznie w swem działaniu. Na pierwszym planie ich czynności stoi zbadanie istniejących szkodliwości i niedostatków. Rada sanitarna miasta Gotha utworzona dopiero w końcu 1872 r. zleciła prof. REICHARDT'OWI z Jena zbadanie chemiczne wody wszystkich studzien prywatnych i miejskich. Badanie wykazało straszne zanieczyszczenie tej wody i skłoniło R. do wniosku, by bezwzględnie nakazaniem zostało zamknięcie wszystkich studzien i aby właściciele nieruchomości przymusowo zobowiązani zostali do wprowadzenia do swych domów cew wodociągowych, miasto bowiem posiada sieć wodociągową dostarczającą doskonałą wodę źródlaną (z zamiejskiego źródła).

Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej.

Wpływ miasta i wsi na płeć pod względem długowieczności. STOCKTON HOUGH podaje, iż kobiety dłużej żyją w miastach aniżeli na wsiach, a odwrotnie się dzieje z mężczyznami. Popiera on to twierdzenie następującymi dowodami: W Belgii przypuszczalna długość życia rozdziela się między obie płci jak następuje:

Przy urodzeniu	Płeć męzka	Płeć żeńska.	W 5-m roku życia.	Płeć męzka	Płeć żeńska
W miastach.....	21 lat	28 lat	W miastach.....	48 lat	51 lat
Na wsiach.....	24 lat	27 lat	Na wsiach.....	51 lat	48 lat

Z tego widzimy, że prawdopodobieństwo najdłuższego życia przypada w 5-ym roku po urodzeniu. W Belgii znajduje się w miastach 91,14 osób płci męskiej na 100 płci żeńskiej; na wsi zaś 99,42 płci męskiej na 100 żeńskiej. Przypadków śmierci w miastach 101,45 u mężczyzn wypada na 100 kobiet, na wsiach zaś 99,20 u mężczyzn na 100 kobiet.

Stosunek dzieci nieżywo urodzonych płci męskiej na wsiach bywa większym, niż w miastach. Zależy to nie tylko od większej płodności i przewagi porodów chłopcami na wsiach, lecz i od innych przyczyn, a szczególnie od trudności otrzymania odpowiedniej pomocy lekarskiej podczas porodu. Wiedząc z jednej strony, iż stosunek dzieci płci męskiej nieżywo urodzonych na wsiach jest większym, niżeli w miastach, z drugiej zaś, że to stanowi źródło większego dla matek niebezpieczeństwa; łatwo można pojąć iż śmiertelność na wsiach między kobietami zdolnymi do rodzenia jest większą, aniżeli w miastach. Autor dla dowiedzenia powyższych twierdzeń bierze pod uwagę nie tylko Belgię, lecz i niektóre Stany Ameryki Północnej. Z tablicy statystycznej małżeństw i urodzeń w czterech wielkich miastach angielskich wynika, iż w miastach 6 razy mniej się rodzi niż na wsiach, gdy tymczasem na wsiach zawiera się cztery razy mniej małżeństw niż w miastach.

(*Ann. d'hyg. publ. et de méd. leg. Janv. 1875*). St. Kw.

B i b l i o g r a f i a.

Przegląd ważniejszych dzieł angielskich, wydanych w r. 1873.

Podał G. FRITSCHÉ, z Częstochowy.

(Dokończenie. Zobacz Nr. 41, 43, 45, 47 z r. z i 4 z r. b.)

JAMES E. GARRETSON. A system of oral Surgery: being a consideration of the Diseases and Surgery of the Mouth, Jaws and associate parts.—Philadelphia. (Chirurgia ust czyli opis chorób i chirurgii jamy ustnej, szczęk i przyrządów w związku z niemi będących).

W obszernym 9192 stronicie zawierającym i licznymi rysunkami ozdobionym tomie znajdujemy wszystko, co o tych chorobach da się powiedzieć. Dzieło nie jest oryginalnem, tylko zręczną kompilacją, ale niemniej zasługuje na uwagę chirurgów, a zwłaszcza dentystów.

WILLIAM LEISHMAN. A System of Midwifery, including the Diseases of Pregnancy and the Puerperal State—pp. 835. Glasgow. (Nauka Położnictwa z włączeniem chorób powstających w czasie ciąży i w czasie po połogowym).

Od wielu lat nie pokazało się w angielskiej literaturze dzieło przedstawiające obszernie i systematycznie całą naukę położnictwa. Dr. L. przez dzieło swoje brak ten zapełnił jak to krytyka przyznaje, w bardzo zadawalający sposób. Dzieło się rozpoczyna od opisu miednicy prawidłowej i nieprawidłowej, przyczem autor twierdzi, że przy każdym (?) porodzie następuje lekkie rozstąpienie pojedynczych kości miednicy. Dalej znajdujemy nadzwyczaj obszernie, nawet zaobszernie, opisaną anatomiję i fizyologiję przyrządów płciowych kobiecych i fizyologiję ciąży. Czas ciąży autor ogranicza od 280 do 300 dni. Autor potępia rozeście brucha w przypadkach ciąży pozamacicznej, twierdząc iż krwotok powstający z oddzielenia łożyska musi być zawsze śmiertelny; tymczasem doświadczenie

ostatnich czasów wykazało mylność tego zdania; gastrotomie często w popobnych przypadkach były z dobrym skutkiem wykonywane, z tą tylko odmianą, że łożyska nie wyjmowano, ale było ono pozostawione swojemu losowi w jamie brzusznej. Mechanizm porodu bardzo starannie jest opisany. L. przyczynił się w wysokim stopniu do bliższego poznania tej czynności fizyologicznej. Leczeniu krwotoków macicznych autor poświęcił dużo pracy i miejsca. Co do ostatecznej granicy, w której cięcie cesarskie ma być dozwolone, autor różni się w zdaniu z innymi akuszerami, twierdzi bowiem, że jeżeli wymiar przedkowy prosty (*conjugata vera*) wynosi $1\frac{1}{2}$ cala, to jeszcze należy przystąpić do rozkawalenia płodu (*embryotomia*), a cięcie cesarskie wykonać dopiero wtedy, gdy ten wymiar mniej jak $1\frac{1}{2}$ cala wynosi. Całe dzieło jest wzorowo napisane, a recenzent „Lanceta” nazywa je bez wahania: najlepszym dziełem, jakie w języku angielskim w tym przedmiocie istnieje.

SYDNEY RINGER. A Handbook of Therapeutics. 3-d edition.—London. (Podręcznik lecznictwa). Systematyczne lecznictwo napisane przez znanego ze swoich dzieł i odczytów profesora z *University College*, znajduje się w Anglii w rękach każdego prawie lekarza, a obecne wydanie trzecie znacznie jest powiększone i uzupełnione. Z rzeczy nowszych zasługuje na wzmiankę: rozdział o leczeniu gorączki zimną wodą, o leczeniu niektórych bolesnych chorób jąder okładami z lodu; bromek potassu zalecany jest silnie przeciwko migrenie u mężczyzn i u kobiet; sposób użycia eleganckiego i pożytecznego przetworu MARSHALL'A: oleanu rtęci obszernie jest opisany; oddzielny rozdział poświęcono nowemu środkowi: azotanowi amylu (*amylnitrit*,—użytemu naprzód przez Dra BRUNTON'A), którego skuteczność ma być wielka.

T. MORGAN. The dangers of Chloroform and the Safety and Efficiency of Ether as an Agent in securing the avoidance of Pain in surgical Operations.—London. (Niebezpieczeństwo chloroformu a pewność i skuteczność użycia eteru, jako środka znieczulającego przy operacjach chirurgicznych).

Autor zestawia zdania wszystkich lekarzy, którzy w tym przedmiocie pisali (Dr. ANDREWS z Chicago, Dr. RICHARDSON z Londynu etc.) i ostatecznie przychodzi do wniosku: że chloroform jest ośm razy niebezpieczniejszym od eteru. Autor podaje także opis przyrządu swojego wynalazku do wdechania eteru.

O g ł o s z e n i a .

Wyszedł z druku i jest do nabycia w znaczniejszych księgarniach w Warszawie i na prowincyi: **Podręcznik do ćwiczeń operacyjnych** na zwłokach, tudzież do ich zastosowania na ciele żywym, przez Dra prof. E. Gurł'a. Z niemieckiego przetłumaczył Ignacy Zieleniewicz Dr. Med. i Chir. Cena egz. rs. 4, z przesyłką rs. 4 kop. 10. Skład Główny w księgarni Gebethnera i Wolffa, Krakowskie-Przedmieście Nr. 415.

PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

wydawany staraniem i nakładem tegoż Towarzystwa

POD REDAKCYJĄ

D-ra J. Rogowicza.

Wychodzić będzie w r. b. w zeszytach kwartalnych, obejmujących po 8—10 arkuszy druku Prenumerata wynosi: w Warszawie rocznie rs. 4, — półrocznie rs. 2. Z przesłaniem pocztą na prowincyję, do Cesarstwa lub zagranicę: rocznie rs. 5; półrocznie rs. 2 kop. 50. Tak przedpłatę jak i wszelką korespondencję prosimy przesyłać i adresować: **Do Redaktora „Pamiętnika Tow. lek. Warszawskiego”, w Warszawie, Marszałkowska 45,**—lub do Redakcyi MEDYCYN.

✎ Autorowie lub wydawcy dzieł polskich lekarskich, wydanych w r. 1874, życzący sobie, ażeby dzieł tych ocenę, przez specjalnych sprawozdawców skreśloną, pomieścić „Pamiętnik”;—proszeni są o nadesłanie jednego egzemplarza pod powyższym adresem.

Redaktor odpowiedzialny, Dr. K. Benni.

Wydawca, Dr. J. Rogowicz.