

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: O leczeniu przeciwgorączkowym suchotników. Podał Dr. A. Sokołowski, z Goerbersdorf. (Dokończenie.) — Wykłady kliniczne. O zapaleniu błony bębenkowej. Przez prof. GRUBER'A. Stręcił Dr. E. MODRZEJEWSKI. (Dokończenie.) — Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich. Towarzystwo lekarskie Wileńskie. Posiedzenie z dnia 24 Maja i 25 Czerwca r. b. Sprawozdawca Dr. G. LEWANDOWSKI. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Pęknięcie macicy. Marskość wątroby u dzieci. — Ogłoszenia.

O LECZENIU PRZECIWGORĄCZKOWEM SUCHOTNIKÓW.

Podał Dr. Alfred Sokołowski, lekarz przy Zakładzie leczniczym dla chorób piersiowych w Goerbersdorfie.

(Dokończenie. Zobacz Nr. 38.)

I. Okłady lodowe. W bardzo wielu przypadkach nadmiernie podniesionej ciepłoty (do 41°C.) w przebiegu suchot płucnych, przez metodyczne stosowanie okładów lodowych udawało mi się na wiele godzin poniżyć ciepłotę o 1/2°—2 1/2° C. (wyraźnie o dwa i pół stopnia). Średnio zawsze niemal liczyć można na obniżenie ciepłoty o jeden stopień. Na wielu dziesiątkach przypadków zawsze i stale spostrzegając podobne potężne działanie, bez optymizmu wyrzec muszę, że w całym arsenale środków leczniczych mało jest podobnych, któreby, chociaż nieraz przez miesiące całe stosowane, działały z podobnie dobroczynnem dla ustroju wrażeniem.

Zaledwie w kilku pojedynczych przypadkach, szybko z zejściem śmiertelnem przebiegających suchot płucnych (*phthisis florida*), otrzymywałem tylko nieznaczny lub szybko przemijający wpływ na пониżenie ciepłoty. Ale nawet i w tych rozpaczliwych przypadkach, chorzy pod wpływem okładów lodowych czuli znaczną ulgę w objawach podmiotowych: zmniejszała się trudność oddechu, byli na pewien czas, że tak się wyrażę, orzeźwieni.

Podług moich spostrzeżeń, lecznicza doniosłość okładów lodowych jest następująca:

1. W przeważnej liczbie przypadków poniżają one znakomicie gorączkowo podniesioną ciepłotę ustroju.

2. Działają równie skutecznie przez całe miesiące nawet.

3. Wpływają orzeźwiająco na uczucie podmiotowe chorych.

4. Zmniejszają utrudniony oddech (*Athemnoth*).

5. W wielu przypadkach, w których obok stanu gorączkowego istnieje uparta bezsenność, niedająca się usunąć żadnymi zwykle w tym celu używanymi środkami, okłady lodowe obok działania przeciwgorączkowego wpływają jeszcze jako środek nasenny.

Nadmienić jednakże muszę, że wielu chorych po dłuższym użyciu okładów lodowych narzeka na mocno ich niepokojące bóle *resp.* klócia w klatce piersiowej; bliższe jednakże badanie okazuje, że owe bóle lub klócia są zupełnie powierzchowne i mają siedlisko w mięśniach klatki piersiowej, które bezpośrednio były zetknięte z workiem lodowym. Bóle owe zwykle szybko przemijają po jedno lub dwudniowej przerwie w stosowaniu okładów lodowych. O bólach owych umyślnie wspominam, nie tylko bowiem chorzy ale i lekarze stosujący poraz pierwszy owe okłady, skłonni są przyjąć owe klócia za będące w związku z głębszym cierpieniem powstałym przez zaziębiecie (!) wywołane okładem lodowym.

Jeśli chcemy za pomocą okładów lodowych otrzymać wyżej opisane dobroczynne skutki, to winny owe okłady być stosowanemi ze wszelką ścisłością, że tak się wyrażę, mają być uskuteczniane *metodycznie*.

W zakładzie tutejszym sposób ich stosowania jest następujący:

Przedewszystkiem, przez kilka dni zrzędu kilkakrotnie w ciągu dnia dokonywanem mierzeniem ciepłoty za pomocą ciepłomierza, bywa oznaczaną obecność i typ gorączki, a dopiero wtedy rozpoczynamy stosowanie okładów lodowych; cienki worek z roślinnego pargaminu (lub cienkiego kauczuku 20—25 centimetrów średnicy mający ¹⁾) napęlnia się drobno posiekanyim lodem, szczelnie zamyka za pomocą klamry (kauczukowe—korkiem) i po starannem wytarciu aby nie był mokrym, przykładą się na obnażoną zupełnie pierś chorego; najlepiej odrazu stosować dwa worki na obie strony klatki piersiowej. Jeśli worek lodowy zostaje stosowanym odrazu dłużej niż 1½ godziny, wtedy po upływie mniej więcej tego czasu (zresztą zależy to od wysokości ciepłoty) należy wodę odlać i znowu świeżo worek lodem napęlnić.

U chorych z typem gorączki zwalniającym lub wyraźnie przestankowym stosujemy okłady lodowe, podczas przedtem ściśle oznaczonego czasu nasilenia gorączkowego; pierwszego dnia zazwyczaj stosujemy przez jedną godzinę, następnych dni 1½—2 godzin. Przy postaci gorączki ciągłej

¹⁾ Gdzie idzie tylko o kilkakrotne zastosowanie, tam wystarcza worek pargaminowy; mając zamiar okłady stosować dłuższy przeciąg czasu lepiej odrazu użyć worek kauczukowy, ten ostatni bowiem jest daleko trwalszym, chociaż naraża chorego na jednorazowy większy wydatek (1½ do 2 talarów). W praktyce szpitalnej bezwarunkowo winny być stosowane worki kauczukowe.

(*febris continua*) robimy lodowe okłady w ciągu całego dnia z przerwami cztery, sześć a nawet do 12 godzin na dobę. W tym ostatnim razie najlepiej w ten sposób okłady stosować, że po dwugodzinnych okładach robimy dwu do trzech godzinny przestanek. Przy użyciu okładów a szczególnie wówczas kiedy te ostanie przez wiele godzin dziennie stosujemy, chorzy niekoniecznie winni się znajdować w łóżku, przeciwnie siedząc w wygodnym fotelu daleko lepiej je znoszą. Chorzy zazwyczaj bardzo szybko przyzwyczajają się do okładów lodowych tak dalece, że nawet często podczas ich stosowania spokojnie zasypiają ¹⁾.

II. Wyskok (*alcoholum*). Ścisłe doświadczenia fizjologiczne i kliniczne dokonywane w ostatnich czasach przez BINZ'A ²⁾, LIEBERMEISTER'A ³⁾, BOUVIER'GO ⁴⁾ i wielu innych doprowadziły do stanowczych wyników że: wyskok bynajmniej nie wpływa, jak dawniej mylnie sądzono, na podniesienie ciepłoty, lecz przeciwnie że tenże śmiało użyty stanowczo wpływa na obniżenie ciepłoty tak prawidłowej jako też chorobowo podniesionej (gorączkowej) i że z wszelką słusnością: wyskok należy zaliczyć do środków przeciwgorączkowych w ścisłym znaczeniu tego wyrazu ⁵⁾.

Wyskok jednakże daleko skuteczniej i pewniej działa, jako środek przeciwgorączkowy, w gorączkach towarzyszących ostrym chorobom (durzycą, zapalenie płuc krupowe, zapalenie błonicowe wewnątrzmaciczne (*endometritis diphterithica puerperalis*) i t. p.) aniżeli w przewlekłych, do których należy gorączka suchotników, i tu jednakże w wielu przypadkach wyskok zalecany przezemnie pod postacią czystego *cognac'u* wpływał stanowczo na пониżenie ciepłoty. Zalecamy zwykle *cognac* pod postacią zimnego *Groog'u* (do szklanki zimnej wody 4—8 łyżeczek od kawy—15 do 30 grm. czystego koniaku), szklankę podobnego *groogu* zalecamy wypić łykami mniej więcej w ciągu kwadransa; jeśli podobna dawka dobrze bywa znoszoną w takim razie zależnie od wysokości nasilenia gorączkowego możemy zalecić dziennie 2, 4 a nawet do 6 szklanek, i zazwyczaj w tych razach tj. głównie wtedy gdy chorzy wielkie ilości owego *groogu* dobrze znoszą, stanowczo można się spodziewać stałego пониżenia ciepłoty. Poni-

1) Podobne okłady lodowe, podług moich spostrzeżeń, również skutecznie działają przy upartem krwiopłuciu, krwotokach płucnych, bólach pleurtycznych, w nerwowych biciach serca a szczególnie pomyślnie skutki z nich osiągamy przy zapaleniach płuc w przebiegu przewlekłych suchot płucnych występujących.

2) BINZ, *Ueber die antepyrretische Wirkung von Chinin und Alkohol*. Virchows Arch. Bd. 51. 1870.

3) LIEBERMEISTER, *Ueber die Behandlung des Fiebers — Sammlung klinischer Vorträge von R. Volkmann* Nr. 31.

4) BOUVIER, *Pharmakologische Studien ueber den Alkohol*. Berlin 1872.

5) O tym środku słusznie w wybornej swej pracy BOUVIER w ten sposób się wyraża: „Die Zeit nicht lange her und bei vielen Practikern noch nicht vorüber, wo man kleine Mengen geistiger Getränke in jedem Fieberzustand, selbst wenn sie als Analeptica u. s. w. dringend indicirt wären, als Oel betrachtete, das man ins Feuer giessen wollte. Wie überall so muß auch hier das Vorurtheil Schaden bringen,” l. c. str. 62.

zenia owe jednakże nie bywają bardzo znaczne i zwykle nie przekraczają jednego stopnia C.

Niezawsze jednakże wyskok działa równie skutecznie i nie wszyscy chorzy dobrze znoszą również wielkie jego ilości.

U wielu chorych wywołuje on tylko bardzo nieznaczne пониżenie ciepłoty, u innych wpływa takowy tylko w początku jego zastosowania, tracąc potem zupełnie swoje przeciwgorączkowe działanie; wreszcie niektórzy chorzy (choć bardzo nieliczni) nie znoszą zupełnie większych ilości wyskoku, powstają u nich: bicie serca, uderzenia do głowy, bóle głowy i t. p. przypadłości, które nas zniewalają do zupełnego zaprzestania podawania owego środka.

Dość tu jeszcze winienem, że w kilku przypadkach gorączki z typowo codziennie powracającymi dreszczami udało mi się zupełnie przerwać owe napady, przez podanie choremu szklanki groogu na godzinę przed spodziewanym napadem dreszczów ¹⁾.

Jeśli wyskok jako środek przeciwgorączkowy nie we wszystkich przypadkach u gorączkujących suchotników działa z pożądanym skutkiem, za to posiada on drugą własność niesłychanie wielkiej doniosłości t. j. że jest środkiem odżywczym, o czem zresztą już dziś nikt nie wątpi (*utriens par excellence*) ²⁾.

Codziennie doświadczenie przekonywa nas o prawdziwości poniżej (w odsyłaczu—*Red.*) przytoczonych słów BOUVIER'GO. Widziałem sucho-

¹⁾ Zresztą są to przypadki wyjątkowe. Postacie gorączki z typowymi dreszczami do złudzenia naśladującymi zimnicę są postaciami, w których lecniactwo nasze najmniej przynosi pożytku. Dreszcze występują zazwyczaj w godzinach przedpołudniowych, trwają od jednej do trzech godzin. Występując z dziwną typowością trwają tygodnie, a nieraz i miesiące całe, zazwyczaj na pewien czas przed zejściem śmiertelnym ustępują lub przechodzą w drugą postać t. j. dreszcze słabsze lecz trwające dzień cały; chorzy wówczas nie trzesą się, lecz narzekają na ciągle zimno pomimo że, jak to spostrzegałem w niektórych przypadkach, ciepłota ciała przechodziła 39⁰C. Ta postać gorączki zazwyczaj idzie w parze z wielkimi zniszczeniami mięszu płucnego i prawdopodobnie jest wywołaną, jak to ma miejsce w ropnicy, ciąglem wchłanianiem w krwiobiegu wytworów rozpadu tkanki płucnej.

W większej liczbie przypadków leczenie bywa bezskutecznem, ani wielkie ilości chininy, ani wyskok w wielkich dawkach (z wyjątkiem wyżej wspomnianym), ani kwas salicylowy i t. p. środki nietylko nie przerywają ale nawet nie łagodzą dreszczów, czasem zaś zdarza się że bez żadnego leczenia ustępują one zupełnie lub na czas pewien. Najlepiej znoszą chorzy napady owych dreszczów jeśli na godzinę przed napadem zalecimy choremu pójść do łóżka, ciepło się okryć, wypić szklankę ciepłego buljonu, a cały czas dreszczu zupełnie pozostać w spokoju. Przy podobnem postępowaniu, jak to się w wielu przypadkach przekonałem, dreszcze tracą nieco na natężeniu a przytem i chorzy po ich przejściu mniej się czują zmęczeni, aniżeli gdy napad przetrzymują siedząc w słońcu na świeżem powietrzu.

²⁾ BOUVIER w wybornej swej monografii (l. c. str. 61), tak się pod tym względem wyraża „Sodann is er, (t. j. wyskok) besonders in chronischen Krankheiten, ein Nutriens. Es giebt Fälle, wo ausser Wasser die Patienten nur noch leichte geistige Getränke aufnehmen, wo also deren Kohlenstoff die alleinige Möglichkeit eines Ausgleichs für die anhaltend ausgeathmete Kohlensäure darbietet. Gewahrt man dabei ein relatives Erhalten der Körperkräfte und des Aussehens, so lässt sich das wohl nur auf diesen Factor zurückführen.”

tników gorączkujących, którzy dosłownie tygodnie całe nie nie jedli, żadnych bowiem pokarmów przyjmować nie chcieli lub znieść nie mogli, jedynie tylko wino znosili w wielkiej ilości (butelka do dwóch dziennie), a pomimo to czynności ich fizjologiczne odbywały się mniej więcej względnie prawidłowo, i wyskok jedynie, nieraz o kilka tygodni, przedłużał im życie.

Wszyscy suchotnicy gorączkujący znoszą umiarkowane ilości wyskoku w postaci wina jak najwyborniej, szczególnie przy powikłaniach z niezłym żołądko-kiszkowym, ze skłonnością do rozwolnień (gdzie jeszcze nie doszło do owrzodzeń kiszkowych); większe ilości dobrego wina czerwonego (Bordeaux do 1/2 butelki dziennie) oddają niezmiernie usługi, nietylko bowiem dostarczamy ustrojowi chorego lekko strawny odżywczy środek lecz jednocześnie przez obecność w tym winie garbnika dobroczynnie wpływamy na zmniejszenie rozwolnionego stolca. U chorych ze skłonnością do zaparcia stolca zalecamy lekkie wino węgierskie od 1/4 do 1/2 butelki dziennie.

Wreszcie dodać winieniem, że dotychczasowe spostrzeżenia moje doprowadziły mnie do wniosku że względnie najlepsze wyniki przy leczeniu gorączki suchotników otrzymujemy przez połączenie dwóch wyżej opisanych przeciwgorączkowych sposobów t. j. okładów lodowych wraz z umiarkowanym użyciem wyskoku w postaci wina.

III. Kwas salicylowy (*Acidum salicylicum*). Środek zalecany przez takie powagi naukowe, jak WUNDERLICH i in., jako przeciwgorączkowy, od kilku miesięcy w tym samym celu stosowałem u gorączkujących suchotników z wcale dobrym wynikiem.

1. Prawie zawsze (z małemi bowiem wyjątkami), kwas salicylowy wpływa mniej lub więcej na poníženie gorączkowo-podniesionej ciepłoty suchotników. Tylko dotychczas w jednym przypadku, a mianowicie u 30-letniego suchotnika ze znacznemi zniszczeniami tkanki płucnej i z codziennemi wieczornemi gorączkowemi nasileniami do 39°C. dochodzącemi, kilkakrotne użycie kwasu salicylowego po 1 drachmie (4 grm.) dziennie, w zupełności gorączkę przerwało, prawidłowa ciepłota pozostała do dziś (przeszło dui czternaście). Jak długo ten stan bezgorączkowy trwać będzie trudno naturalnie przewidzieć. W innym przypadku dotyczącym gwałtownie przebiegających suchot (*gallopirende Schwindsucht*) z gorączką o typie ciągłym, nasilenia której dochodziły do 39,5°C. gdzie wszystkie przeciwgorączkowe środki nie wywierały najmniejszego wpływu, jedna dawka półdrachmowa (dwugramowa) kwasu salicylowego wywołała zupełne zwolnienie gorączki dwa dni twające.

We wszystkich innych przypadkach kwas salicylowy chociaż zwykle w początku działał stanowczo na poníženie ciepłoty, to jednakże działanie to pokrótszym lub dłuższym czasie albo się zmniejszało, albo zupełnie ustawało, lub wreszcie występowały różne

niepożądane działania poboczne (*Nebenwirkungen*), które nas zmuszały do zaprzestania użycia w mowie będącego środka.

Kwas salicylowy, którego doniosłości leczniczej jako środka przeciwgorączkowego ¹⁾ w żaden sposób zaprzeczyć nie można, ma również swoje ujemne strony, które tu bliżej mam zamiar opisać, tembardziej że dotychczas na takowe, należytej nie zwrócono uwagi. Na pierwszym pod tym względem planie stawiam: niemożność ścisłego z góry określenia jaka w danym przypadku stosowna będzie dawka aby wywołać działanie przeciwgorączkowe.

Kiedy bowiem w niektórych przypadkach już 5 granów ($\frac{1}{3}$ gramma) wywoływały wyraźne przeciwgorączkowe działanie, w innych, aby podobny skutek osiągnąć, musieliśmy użyć dawki półtora drachmowej (6 grm.) a wtenczas otrzymawszy pożądaną przeciwgorączkowy skutek, wystąpiły u chorego wyraźne objawy zatrucia kwasem salicylowym. Objawy te bardzo cechujące i przez nikogo dotychczas (o ile mi wiadomo) nie wspomniane były następujące: przy ciepłocie (37°) i tętnie prawidłowem, chory w ciągu trzech dni ciągle miał smak w ustach kwasu salicylowego: żadne płókanie nie było w stanie go usunąć, oprócz tego istniała zupełna utrata łaknienia, wszystko bowiem co tylko chory wziął w usta przypominało mu kwas salicylowy, jedynie limonjadę cytrynową chory znosił i to w niewielkiej ilości. Po upływie trzech dni objawy te powoli się zmniejszały tak, że w ciągu dni 8 zupełnie ustąpiły. Niedługo potem gorączka znowu powróciła, chory jednakże stanowczo odmówił dalszego przyjmowania kwasu salicylowego.

W innym przypadku u chorego z codziennymi gorączkowymi nasileniami do $39,5^{\circ}\text{C}$. dochodzącymi, jedna dawka 15 gr. (1 gram) kwasu salicylowego obniżyła ciepłotę do 36°C ., potem jednakże wystąpiły wyraźne oznaki upadku sił (*collapsus*), które dopiero pod wpływem środków pobudzających zniknęły.

2. W przeważnej liczbie przypadków przy użyciu kwasu salicylowego występują niepożądane poboczne działania a mianowicie:

a) Znacznie wzmocnione działanie napotne; poty występują zwykle w kilka godzin po użyciu kwasu salicylowego, trwają zazwyczaj i nocą wpływając niezmiernie osłabiająco na ogólny stan chorych. To napotne działanie jest objawem tak cechującym i stałe towarzyszącym użyciu kwasu salicylowego, że dotychczas nie spostrzegalem go zaledwie w jednym przypadku, którego jednakże nie należy przyjmować pod uwagę, zważywszy że zachodziły okoliczności nie pozwalające u tego chorego ścisłego spostrzegania lekarskiego przeprowadzić.

b) W bardzo wielu przypadkach przy użyciu kwasu salicylowego występują różnorodne zaburzenia w przewodzie po-

¹⁾ Szczególniej w chorobach ostrych należałoby to działanie bliżej zbadać, dotychczas bowiem w tym względzie niewiele mamy spostrzeżeń.

karmowym jako to: bóle brzucha, utrata laktowania, a szczególnie częściej występuje rozwolnienie. Wszystkie objawy są często zjawiskami szybko przechodzącymi, w niektórych jednakże razach trwają uporczywie (szczególniej rozwolnienie) tak, że wreszcie zmuszają nas do zupełnego zaniechania użycia w mowie będącego środka. Co się tyczy rozwolnienia, to ono prawie zawsze występuje u suchotników skłonnych do niego i po użyciu kwasu salicylowego nawet w małych ilościach występuje nieraz w postaci bardzo upartej.

Spostrzeżenie to uczyniwszy w bardzo wielu przypadkach, sędzę się w zupełnem prawie wypowiedzieć, że użycie kwasu salicylowego jako środka przeciwgorączkowego u suchotników (a może i w ogóle?) skłonnych do rozwolnienia, jest bezwarunkowo przeciwwskazaniem.

c) Daleko rzadziej spostrzegamy zaburzenia w sferze nerwowej, jako to: zawroty, bóle głowy i utratę snu; przypadłości te występują rzadko i zazwyczaj szybko przemijają.

Co się tyczy sposobu użycia kwasu salicylowego, to zwykle zalecamy takowy w dawce 8 do 16 gr. (0,5 do 1,0 grm.), na godzinę przed najwyższem nasileniem gorączkowym (*acme*); jeśli dawka taka bywa dobrze znoszona, to można stopniowo ją zwiększać do dwóch, czterech a nawet sześciu (!) grammów ($1\frac{1}{2}$ dr.) *pro dosi*. Przy gorączce ciągłej (*febris continua*) zalecamy dziennie dwie do trzech dawek jedno do dwu gramowych.

Odnosnie do postaci użycia kwasu salicylowego, to przepisujemy go w wodnym roztworze fosforanu sody. W tej postaci choroby kwas salicyłowy bardzo dobrze znoszą.¹⁾

WÜNDERLICH przepisuje mięszankę kwasu salicylowego z gliceriną, wodą i ulepkim pomarańczowym (mięszanina dosyć droga). Inni jeszcze zalecają po prostu w proszku lub w roztworze wyskokowym.

Co do innych środków przeciwgorączkowych, to u suchotników stosowaliśmy jeszcze: 1) chininę; 2) kwas karbolowy i 3) weratrynę.

Z użycia chininy, którą wielokrotnie podawałem suchotnikom z gorączką ciągłą, zwalniającą i z towarzyszącymi peryjodycznie występującymi dreszczami, w małych i bardzo wielkich dawkach (podług zalecenia BINZ'A²⁾ ani w jednym przypadku nie widziałem pomyślnych wyników; przeciwnie bardzo często występowały przykre działania poboczne tak w ogól-

1) *Rpe: Acidi Salicylici dr. 1 Aq. destillatae unc. 8 Natri phosphorici q. s. ad solutionem D. S.*

2) *Das Chinin, nach den neuern Pharmakologischen Arbeiten dargestellt von C. BINZ. Berlin 1875.*

nym stanie jako też szczególnie w przyrządzie trawienia, mianowicie: wymioty, utrata łaknienia, bóle, zawroty głowy, i t. d.

2. Kwas karbolowy używaliśmy w postaci podskórnych zastrzykiwań 2% roztworu (jedną do dwóch strzykawkę PRAWAZ'A). Tylko w jednym przypadku przez pewien czas działały one skutecznie t. j. poniżały znacznie gorączkowo podniesioną ciepłotę. We wszystkich innych wpływ ich był ujemny, obok tego wywoływały uparte bóle głowy, szum w uszach i inne znane objawy zatrucia kwasem karbolowym.

3. Wera tryna dawała zawsze ujemne wyniki.

Wszystko co wyżej powiedziałem o działaniu środków przeciwgorączkowych w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, daje się sprowadzić do następujących ostatecznych wyników:

I. Żaden z wyżej wzmiankowanych środków nie działał zawsze i ciągle jako środek przeciwgorączkowy.

II. Najpewniej działają: 1) okłady lodowe; 2) wyskoki 3) kwas salicylowy.

III. Zdaje się że okłady lodowe obok działania przeciwgorączkowego mają jeszcze swoiste (specyficzne) działanie na miejscową sprawę w płucach istniejącą.

WYKŁADY KLINICZNE.

O zapaleniu błony bębenkowej (*Myringitis*),

przez prof. J. GRUBER'A z Wiednia.

Streścił E. Modrzejewski.

(Dokończenie. Zobacz Nr. 33).

Wysięk przy zapaleniu błony bębenkowej może być także rozlanym, zwłaszcza jeżeli zapalenie przebiega powolnie (*subacut*). Ten rodzaj zapalenia ma mniej skłonności do przechodzenia w ropienie i rozpad, lecz przybiera cechę twórczą i pozostawia po sobie zmętnienia błony bębenkowej, powstałe już to skutkiem utworzenia się nowej tkanki łącznej, lub też skutkiem innych pozostałości po zapaleniu. Zmętnienia te bywają rozlane lub ograniczone i znajdujemy w nich po większej części oprócz nowoutworzonej tkanki łącznej złoży wapienne, tłuszczowe, cholestearyny, barwnika, wylewy krwiste świeże lub zmienione, a niekiedy znajdujemy w nich prawdziwe ciała kostne. Tkanka łączna nowoutworzona skutkiem zapalenia błony bębenkowej, występuje także na powierzchni tej błony w postaci tkanki ziarninowej i innych wyrosli polipowych.

Musimy teraz nadmienić słów kilka odnośnie zablizniania się przedziurawień błony bębenkowej. Zabliznianie to następuje w różny sposób: Najczęściej, jeżeli utrata ciał jest niewielką, powstaje tak zwana blizna błoniasta, biorąca swój początek z warstwy naskórkowej i sluzowej. Właściwa tkanka (*membrana propria*) błony bębenkowej nie przyczynia się zupełnie lub też bardzo mało do utworzenia blizny. Odpowiednio też temu blizna jest ściśle ograniczoną, i ponieważ takowa zawiera o jedną warstwę mniej jak sama błona bębenkowa, przedstawia się więc cieńszą i ciemniej-

szą. Jeżeli blizna tu i owdzie mniej jest ograniczoną, pochodzi to już to ztąd, że właściwa tkanka błony bębenkowej nie uległa jednostajnemu zniszczeniu na wszystkich brzeżnych punktach przedziurawienia, i pozostały miejscami grubsze warstwy, które się z tkanką bliznową złączyły, już też niejednostajne to ograniczenie blizny pochodzi skutkiem znacznieszego wytworzenia się w odpowiednich miejscach tkanki bliznowej. Im mniejsze przedziurawienie, tem łatwiej oczywiście takowe się zabliznia.

Jeżeli brzeg przedziurawienia tworzy w części tkanka kostna np. rekojęsę młotka, zabliznienie idzie trudniej i trwa dłużej. Także kilka przedziurawień rozdzielonych mostkami, daleko dłuższego potrzebuje czasu do zabliznienia, niż przedziurawienia znacznej wielkości, nawet takie których wielkość równałaby się wszystkim małym przedziurawieniom razem wziętym. Ponieważ przy zabliznianiu się tych przedziurawień oddzielonych mostkami, mostki owe ulegają zwykle następowemu zniszczeniu przez ropienie i wtedy dopiero następuje zabliznienie przedziurawienia, staramy się więc dopomódz przyrodzie, przecinając nożem takie mostki. Wałowate (*terassenförmige*) utraty błony daleko trudniej się zablizniają, niż całkowite przedziurawienia, i podtrzymują one długotrwałe wycieki, które znów mogą doprowadzić do nowych przedziurawień. Pod względem histologicznym bloniaste blizny przedstawiają wszystkie te części składowe, które znajdujemy w warstwie naskórkowej i słuzowej błony bębenkowej, nie wyjmując nawet nerwów, jak to autor wykazał na jednej bliznie, ludzkiej błony bębenkowej. Inny rodzaj zablizniania się przedziurawień błony bębenkowej jest ten, który powoduje nieprawidłowe zrosty pozostałej błony bębenkowej z głębiej położonymi narządami słuchowymi, co jest ułatwionem przez powyższe wspomniane, i prawie przy każdym przedziurawieniu następujące odchylenie się błony bębenkowej, przez wytworzoną tkankę bliznową, na wewnątrz, przez co takowa styka się z różnymi narządami słuchowymi. Zrosty te znajdujemy najczęściej pomiędzy błoną bębenkową i najbardziej wystającą częścią wzgórka (*promontorium*). Utrata bywa wtedy mniej więcej wypełnioną tkanką pochodzącą z sąsiednich części, których błona słuzowa ulega wcześniej lub później stwardnieniu i tworzy się gruba tkanka łączna. Nakoniec może się zdarzyć, chociaż bardzo rzadko, że przedziurawienie nie zabliznia się zupełnie, brzegi tylko jego pokrywają się warstwą naskórkową, i pozostaje przetoka (*fistula*) pomiędzy błoną bębenkową i przewodem słuchowym zewnętrznym.

Dotąd mówiliśmy tylko o ostrem zapaleniu błony bębenkowej, zdarza się jednak i przewlekłe.

Przewlekłe zapalenie błony bębenkowej rozwija się z ostrego i cechuje się swoją długotrwałością. Najczęściej ten rodzaj zapalenia zdarza się u osobników żołdowatych, dotkniętych gruźlicą, przymiotem i t. p. Z przyczyn miejscowych: ciała obce w uchu, nieodpowiednie leczenie, środki drażniące, częste przestrzykiwania ucha, mogą powodować i podtrzymywać to zapalenie. Nie mogąc przyjąć, mówi autor, tak jak to czyni WILDE w Dublinie, jakiejś oddzielnej postaci przymiotowego lub żołdowatego przewlekłego zapalenia błony bębenkowej. Przewlekłe zapalenie błony bębenkowej przebiega zwykle nieboleśnie, lub też sprawia daleko mniej bólu niż ostre zapalenie tej błony. Często jednak występują zupełnie niespodziewanie silne bóle w uchu, które się łatwo dają objaśnić ostremi pogorszeniami miejscowej sprawy. Główne objawy tego rodzaju zapalenia są: wysoki stopień rozpulchnienia całej błony bębenkowej lub też pojedynczych jej odcinków, wytworzenie się ziarniny i wyrosli polipowych. Polipy mogą zajmować całą błonę bębenkową i nadawać jej wygląd strzępiasty. Niekiedy bywają one tak znacznej wielkości, że występują z przewodu słuchowego zewnętrz-

nego. Następowe zmiany wywołane przewlekłym zapaleniem błony bębenkowej, podobne są do zmian powodowanych ostrem zapaleniem. Znajdujemy nowotworzenie tkanki łącznej, przerodzenie wapniste, tudzież większe lub mniejsze, pojedyncze lub liczne przedziurawienia i t. p.

Rokowanie przy ostrem zapaleniu błony bębenkowej, tak odnośnie przebiegu choroby jak i następowego zachowania działalności słuchu—jest względnie dobre, czy to zapalenie powstało skutkiem obrażenia (*trauma*) czy też w inny jaki sposób. W każdym razie potrzeba przy tem uwzględnić budowę ciała chorego i warunki w których on się znajduje, zwłaszcza odnośnie zachowania działalności słuchu, gdyż chociaż pewnem jest że po zapaleniu błony bębenkowej, nawet jeżeli nastąpiły większe zmiany w błonie bębenkowej, słuch zachowuje się zupełnie niezmiennym, to jednak z drugiej strony duże blizny i inne głębsze zmiany w błonie bębenkowej, mogą takową zmienić niekorzystnie pod względem przeprowadzania fal głosowych. Trzeba zwłaszcza zwracać na to uwagę przy przewlekłym zapaleniu błony bębenkowej, gdyż takowe rzadko kończy się bez głębszych zmian w błonie bębenkowej.

Co się tyczy leczenia: zapalen błony bębenkowej, podajemy tutaj w krótkości sposób postępowania autora.

Najpierw trzeba zwrócić uwagę na objawy podmiotowe i zmniejszyć natężenie bólów. Można to osiągnąć, jeżeli przekrwienie części zajętych zapaleniem jest silne, i nie masz żadnych przeciwwskazań w ogólnym stanie ustroju, przez nacięcia (*scarificationes*) samej błony bębenkowej, lub części miękkich sąsiadujących z takową. Do nacięć może służyć podany przez autora nożyk do przecinania błony bębenkowej (*myringotom*), lub też zwyczajna igła do operacji zaćmy używana. Dokonywamy w kierunku prostopadłym do podłużnej osi błony bębenkowej, jedno lub kilka nacięć tej błony, mających 2—3 ctm. długości. Wystarczy jeżeli zadrasniemy tylko warstwę naskórkową, jako głównie zawierającą naczynia, a należy o ile możności unikać przecięcia błony bębenkowej. Już przy prostem zadrasnięciu wycieka kilka kropli krwi, a można jeszcze podtrzymać krwawienie wprowadzając ciepłą wodę do ucha. Jeżeli nawet błona bębenkowa ulegnie przecięciu, słuch na tem nie cierpi, i dlatego prof. SCHWARTZE w Halli radzi zamiast nacięć, dokonywać w ciężkich przypadkach przecięcie błony bębenkowej. W ciężkich przypadkach jeżeli potrzeba obfitszego krwawienia, można takie nacięcia dokonać naokoło błony bębenkowej, w częściach miękkich przewodu słuchowego zewnętrznego. Jeżeli chory nie zgadza się na nacięcia, można postawić pijawki w półokrąg, poczynając od wyrostka sutkowego (*proc. mastoideus*) aż do skrawka (*tragus*), zresztą całe leczenie w tym okresie choroby winno być ściśle przeciwwzapalne. Zimne okłady, jeden na okolicę ślinianki przyusznej, drugi w okolicy wyrostka sutkowego, oddają znakomite usługi. Stosuje się zimne okłady w postaci podkowy, pomiędzy ramionami której spoczywa muszla ucha.

Należy się wystrzegać stosowania zimnych okładów na ucho samo, gdyż przez takowe tak czułość jak i ból zostają wtedy zwiększone. Nie należy nic wkroplać do przewodu słuchowego, dopóki w takowym nie nastąpi wysięk. Jeżeli jednak bóle są zbyt silne i nie ustępują po zastosowaniu podanych powyżej środków, uciekamy się do użycia ciepła, zwłaszcza wlewania ciepłych płynów do ucha. Przy długotrwałem nabrzmieniu bez wysięku, zwłaszcza jeżeli ból jest jeszcze znaczny, stosujemy ciepłe wkraplania roztworu octanu ołowiu (*saccharum Saturni*) z morfiną po równej części. Jeżeli pojawi się wysięk, przyczem zwykle ból się zmniejsza, i jeżeli wysięk ten jest wodnisty oraz w niewielkiej ilości, nie należy stosować żadnego innego leczenia jak zimne okłady na okolicę uszną, przez

co najłatwiej zdołamy ograniczyć zapalenie błony bębenkowej. Jeżeliby jednak wysięk był znaczny, wskazane są środki ściągające, przyczem należy zwracać uwagę, aby takowych nie wprowadzać do ucha w znacznej naraz ilości, i dlatego lepiej jest używać roztworów więcej stężonych. Znaczna ilość płynu wprowadzona od razu do ucha szkodzi swoją ciężkością, ułatwia bowiem powstawanie przedziurawień, oraz powoduje drażnienie przewodu słuchowego zewnętrznego.

Skoro się już wytworzyło przedziurawienie błony bębenkowej, nie należy się zanadto kwapić z pomocą lekarską, i starać się jedynie o to, aby zabliźnienie przedziurawienia odbywało się prawidłowo. Głównie należy przytem zwracać uwagę, aby nie drażnić zbyt znacznie błony bębenkowej, zwłaszcza częstemi przestrzykiwaniami, które opóźniają lub nawet wstrzymują zabliźnianie się przedziurawień. Mała ilość wysięku pokrywająca błonę bębenkową, stanowi warstwę ochronną, pod którą nieraz daleko szybciej następuje zabliźnianie. Zupełnie jest błędem mniemanie, jakoby środki ściągające przyspieszały zabliźnienie, — szkodzą one jemu raczej, i tylko wtenczas są wskazane, jeżeli wysięk jest zanadto obfity. Z użyciem wkraplań ściągających przy przedziurawieniach należy już z tego powodu być ostrożnym, że takowe dostawszają się przez przedziurawienie do jamy bębenkowej, mogą w takowej wywoływać zapalenie. Dlatego lepiej jest stosować je samemu na błonę bębenkową, a to przy odpowiednim oświetleniu ucha i użyciu już to pędzelka zmaczanego w stężonym roztworze ściągającym, już też wprost środka ściągającego w stanie stałym (*in substantia*). Jeżeli wysięk nastąpił i zabliźnienie opóźnia się, można brzeży przedziurawienia dotknąć lekko kamieniem piekielnym (*argentum nitricum*). Tworząca się blizna może zawijać się ku wewnątrz i powodować zrosty błony bębenkowej z różnymi tworami znajdującymi się w jamie bębenkowej. Trzeba temu zapobiedz przez zastosowanie prądów powietrznych (*Luftdouche*), jeżeli zaś to nie pomaga, odrywamy zrosty za pomocą zgłębnika (*synectotom*). Nawet jeżeli blizna jest błoniastą, nieprzyrośniętą, lecz za to silnie naprężoną, może ucierpieć działalność błony bębenkowej, i w takich razach należy także stosować prądy powietrzne, — przyczem blizny takie często z korzyścią dla chorego pękają, lub też trzeba w nich zrobić jedno lub kilka nacięć. Częściej jednak zdarza się zbytne rozluźnienie blizny, zwłaszcza u osób cierpiących na długotrwałe nieżyttowe zajęcia nosa i gardzieli, połączone z takimże zajęciem trąbki Eustachiusza, lub też bez zajęcia takowej. Częste wycieranie nosa, kichanie, niewłaściwe użycie prądów powietrznych, powodują to rozluźnienie blizny. Potrzeba zatem przychylny te wywołujące usunąć, i wskazać choremu odpowiednie zachowywanie się. Niekiedy po ustąpieniu wysięku, pozostaje rozpułchnięcie błony bębenkowej, co łatwo daje się jednak usunąć użyciem wkraplań ściągających. Wyrosłe polipowe należy niszczyć przyżeganiem, lub też pętłą zaciskacza. Jeżeli wyrosłe są ziarninowe (*myringitis villosa*), dobrze działa użycie wkraplań *trae opi* lub też najpierw przez autora zalecanej *trae thujae occidentalis*.

Jeżeli utworzyły się ropnie, potrzeba je jak najprędzej otworzyć, przez co ściany ich spadają i zabliźnienie następuje z łatwością. Jeżeli po otworzeniu ropnia pozostały jeszcze nienaruszone niektóre warstwy błony bębenkowej, zabliźnienie odbywa się powoli i możemy je przyspieszyć częstemi przyżeganiem. Również trzeba niedopuszczać utworzenia się zgrubień (zmętnień) zopalnych w błonie bębenkowej, gdyż wiadomo z doświadczenia, że skoro się już utworzyły zgrubienia, nie można takowych usunąć. W takich razach poleca autor użycie, jeszcze w przebiegu zapalenia, zwłaszcza jeżeli przebieg ten jest powolny, środków przyspieszających wchło-

nienie. U żołdowatych i przymiotem dotkniętych dzieci, nie należy nigdy zaniedbywać użycia jeszcze w przebiegu choroby, środków jodowych i rtęciowych, w postaci wcierań w okolice wyrostka sutkowego. Mimo tego wszystkiego, niezawsze jednak możemy zapobiedz powstaniu zmętnień na błonie bębenkowej.

Po ostrym zapaleniu błony bębenkowej, częściej jednak po długotrwałem jej zapaleniu, powstają w błonie bębenkowej nieprawidłowe zmiany następowe (*Folgezustände*), z których autor przytacza 3 główne postacie najczęściej występujące, aby zarazem nadmienić słów kilka odnośnie ich leczenia.

Nienaturalne zrosty (*synechia*) pomiędzy błoną bębenkową i jamą bębenkową, dadzą się usunąć przy zastosowaniu prądów powietrznych lub też na drodze operacyjnej za pomocą odpowiedniego nożyka. Często bardzo po usunięciu tych zrostów, słuch chorego znakomicie się polepsza i inne dolegliwe objawy ustępują. Skoro zrosty takie istniały pomiędzy błoną bębenkową i wzgórkciem (*promontorium*) już od lat kilku, objawy podmiotowe są bardzo znaczne, a zwłaszcza ustawienie rękojeści młotka wskazuje skrócenie ścięgna mięśnia natężacza błony bębenkowej, wtedy autor uważa za wskazane nie tylko rozdzielenie zrostów, lecz nawet operację wprowadzoną najpierw w zastosowanie praktyczne przez WEBER-LIELA i niesłusznie małym dotychczas cieszącą się uznaniem t. j. przecięcie ścięgna mięśnia natężacza błony bębenkowej. Zmętnienia błony bębenkowej wtedy należy leczyć, skoro takowe dotyczą tylko najzewewnętrzniejszych warstw tej błony. Przeciw zmętnieniom warstwy naskórkowej z korzyścią działa wkraplania roztworów potażowych lub sodowych (dla rozpułchnienia błony bębenkowej) z następnem przestrzykiwaniem. Przeciw zaś zmętnieniom mającym swe siedlisko w głębszej warstwie błony bębenkowej, używamy prawidłowych tuszowań roztworem jodku potassu z gliceryną jodową (*Glycerini grm. 8, Kali jodati grm. 2, Jodi puri ctgrm. 3*), u dotkniętych zaś przymiotem — roztworem sublimatu (*Aquae fontanae grm. 8, Sublimati corrosivi ctgr. 5*). Tuszowanie odbywa się dwa razy dziennie, dopóki nie wystąpi małe oddziaływanie (*reactio*) błony bębenkowej, czekamy następnie aż takowe zniknie, wypłukujemy oddzielone łuski (naskórka) i znowu powtarzamy tuszowanie. Skoro to leczenie nie pomaga i słuch nie doznaje poprawy, pozostaje tylko operacja t. j. pojedyncze przekłócie błony bębenkowej (*myringotomia*) lub też przekłócie w kilku miejscach.

Należy nam jeszcze wspomnieć o leczeniu przedziurawień pozostałych po zapaleniu błony bębenkowej. Skoro brzegi przedziurawienia są pokryte naskórkiem, można takowe okrwawić w nadziei, że wywołamy ograniczone zapalenie i przez wytworzoną tym sposobem tkankę bliznową, zmniejszy się przedziurawienie. Nieraz się to autorowi udawało przez nacinanie (*scarificatio*) brzegów przedziurawienia. Gdzie jednak to nie pomaga, trzeba spróbować założenia, podanej przez autora w ostatnich czasach, sztucznej błony bębenkowej.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Towarzystwo lekarskie Wileńskie.

Posiedzenie z dnia 24 Maja r. b. Po sprawozdaniu z chorób panujących jeden z członków zwrócił uwagę na użycie kleiny pryszczącej (*colloidii cantharidati*) w dławcu, które jednak nie stanowi, jak słusznie powiedział czł. IWASZKIEWICZ, nowego sposobu stosowania pryszczylei; porzucono zaś to postępowanie dla tego, że często rany wywo-

lane sztuką pokrywały się błonami rzekomemi. Dzisiaj ^{tem} mniej lekarze są skłonni do użycia tego środka w dławcu, gdyż prace HÜTER'A, LETZERICH'A i innych dowiodły, że dławiec prawdopodobnie jak błonica polega na zarażeniu grzybkami, którego zarodki łatwo osiadają i rozmnażają się na częściach obnażonych z nabłonka. Przytem podług spostrzeżeń HERGARDT'A błonica gardła przechodzi w dławiec krtani, w obec czego upada zdanie JACOBS'A, jakoby ostatni umiejscowiał się tylko na błonie śluzowej pokrytej nabłonkiem migawkowym, a błonica tylko w gardle na błonie śluzowej z nabłonkiem płaskim.

Tenże czł. przedstawił dalszy ciąg swoich spostrzeżeń nad działaniem naparu z *Jaborandi*. Użył go 1-o: w puchlinie podskórnej u mężczyzny 48 lat mającego, którego dolne członki, moszna, i prącie mocno obrzmiały, prawdopodobnie wskutek zatrzymania wydzieliny potowej przez zaziębienie, gdyż szczegółowe badanie narządów wewnętrznych nie wykryło żadnych zmian, a mocz nie zawierał wcale białka. Przy użyciu naparu *jaborandi* obfite poty zmniejszyły stopniowo naciek podskórny i doprowadziły do zupełnego wyzdrowienia; spotrzebowano 2 uncje tej rośliny. 2-o: u kobiety cierpiącej na zapalenie gruczołu piersiowego (*mastitis*) przy karmieniu w 5-ym tygodniu po porodzie, napar *jaborandi* wywołał obfite płynienie łez, poty, wymioty i rozwolnienie, lecz na wydzielenie mleka pozostały bez wpływu. 3-o: w dwóch przypadkach durzycy wysypkowej. Powstawał pot, lecz w jednym razie nie wpłynął na wysoką ciepłotę i zejście śmiertelne nastąpiło, w drugim razie ciepłota spadała stopniowo i chory wyzdrowiał.

Czł. ZAUŚCIŃSKI opowiedział spostrzegany przez niego przypadek rzucawki (*eclampsia*) u mężczyzny dotąd zupełnie zdrowego, który pospedzonej nocy przy kartach zajęty był cały ranek biórową pracą; po obiedzie spał około dwóch godzin, a potem usiadłszy za stołem do pisania dostał nagle napadu drgawek z utratą przytomności, które od 7 do 11 godzin w nocy powtórzyły się 14 razy. Autor uważa za przyczynę takowych w danym przypadku ograniczony wylew krwi albo silny jej napływ do mózgu, co spowodować mogło zadrażnienie węzłów mózgowych i odczyn ze strony rdzenia przedłużonego. Podług tego pojęcia o przyczynie choroby wyprowadzono wskazania lecznicze, to jest zastosowano pijawki za uszami, drażniące enemy—uspokajano zaś ośrodki mózgowie za pomocą chlorału także w enemach podawanego, gdyż chory przelykać nie mógł. Po ostatnim napadzie drgawek chory spał bez przerwy 18 godzin. Przebudziwszy się mówił coś niezrozumiale, zdawał się poznawać otaczających, lecz znowu zasnął na godzin kilka poczem wstał z łóżka zupełnie przytomny, żałł się tylko na odurzenie i ciężkość w głowie, nie nie pamiętał co się z nim działo i językiem dobrze nie władał. Skóra głowy, szyi i w części twarzy pokrytą była drobnymi wylewami krwi od wielkości główki szpilki do ziarenka soczewicy, które są znakiem opisanym przez dra TROUSSEAU i bardzo cechującym dla przebytego napadu padaczki. Ponieważ w tym przypadku miał miejsce szereg napadów drgawkowych z zupełną utratą przytomności, które dawniej nigdy chorego nie napastowały i obecnie dwa miesiące wcale nie pojawiają się, zatem autor uważa się upoważnionym przyjąć je za rzucawkę.

Tenże członek zwraca uwagę, że częstą przyczyną bezsenności dzieci karmionych piersią jest palenie tytoniu przez matki lub mamki.

Posiedzenie z dnia 25 Czerwca r. b. Z panujących chorób w ubiegłym miesiącu spostrzegano: ostry nieżyt żołądka i kiszek, jak to zwykle ma miejsce z pojawieniem się letnich upałów i różnych surowizn. W ogóle przypadki tej choroby nie przedstawiały nic szczególnego. Inne pojedynczo na posiedzeniu opowiadane spostrzeżenia małej były wagi.

Czł. IWASZKIEWICZ odczytał sprawozdanie o epidemii durzycy wysypkowej, jaka przez 4 miesiące panowała w więzieniu wileńskim. Od czasu założenia tego więzienia w roku 1870 aż do miesiąca Marca r. b. nie było ani jednego przypadku durzycy wysypkowej. 1 Marca przybył jeden chory do szpitala więziennego z łatwą do rozpoznania durzycą wysypkową i 11 Marca umarł. Badanie zwłok jego stwierdziło rozpoznanie choroby. W 7 dni po tym wypadku zachorował drugi więzień, który zmarł 2 Kwietnia. Potem stopniowo pojawiała się coraz większa liczba chorych durzycą dotkniętych tak,

że do 2 Czerwca z 640 więźniów zachorowało 105, wyzdrowiało 84, a umarło 21, zatem odsetka śmiertelności wynosiła 20⁰/₀. Byli to wszystko ludzie silnego ciała, w wieku między 25 i 45 rokiem życia, największa jednak liczba chorych należała do wieku między 25 a 30 rokiem życia; ze starszych jak lat 50 żaden nie zachorował, chociaż znajdowali się więźniowie mający i po 60 lat wieku.

Pojawienie się tej epidemii w więzieniu zupełnie odosobnionem wtedy, gdy w mieście nie było całkiem durzycy wysypkowej pozwalało przypuszczać, że powstała ona samodzielnie w skutek nagromadzenia znacznej liczby ludzi w małej przestrzeni. Pokarmów nie można było o to obwiniać, gdyż stosunkowo były dobre i zdrowe. Że jednak równie ciasne pomieszczenie w latach poprzednich nie wywoływało durzycy wysypkowej, należało przeto szukać jeszcze innych przyczyn powodujących. Przy bliższem rozpatrzeniu przekonano się, że pierwsze przypadki choroby wystąpiły między więźniami przybyłymi z Mińska, gdzie podług ich opowiadania panowała jakaś gorączka, która prawdopodobnie była durzycą wysypkową. Epidemija ta stwierdza zatem zdanie patologów na czele których stoi LEBERT, że durzycą wysypkową rozprzestrzenia się zawsze za pomocą zarazka swoistego. Choroba w całej epidemii miała jedną i tę samą postać wysypkową, dosięgała nie tylko więźniów ale także posługaczy szpitalnych, z których 4-ch chorowało i dozorców, z których 2 umarło. Podług OBERMEIER'A, ENLENBURG'A i COHN'A przyroda wielu chorób zakaźnych, jak gorączka powrotna, błonica, ospa, posocznica, ropnica, karbunkul, zależy od obecności szybko rozmnażających się protomycetów. Przez podobieństwo przyjąć należy takowe i w durzycy wysypkowej. Rozwój szybki zarodków w tych chorobach dozwala przypuszczać, że odżywianie pasożytów jest główną przyczyną zmian w sokach ustroju i jego choroby. Następuje zaś ono w drodze utlenienia albo burzenia i innych nieznanach. Podług LEBERT'A działanie pasożytów jest silnie gorączkę wzniecającem (pyrogenetyczne). KLEBS i OERTEL oprócz tego zwracają uwagę na rozstrój mechaniczny krążenia z przyczyny protomycetów tworzących zakrzepy i zatory.

Spostrzeżenie HIRSCH'A, że rozwojowi durzycy sprzyja wysokość wody gruntowej, to jest znaczna wilgoć, w epidemii będącej w mowie znajduje zupełne potwierdzenie, gdyż więzienie położone na niskim dosyć brzegu rzeki jest miejscowością sprzyjającą rozwojowi protomycetów.

Chorzy w ciągu kilku dni przed wejściem do szpitala czuli osłabienie w całem ciele, przelotne bole w różnych stawach, utratę łaknienia, od czasu do czasu dreszcze, ciężkość, zawrót i ból głowy, bezsenność i przypadłości nieżyłowe. Po tych następowały dreszcze silniejsze z ciągłą gorączką przy suchej skórze i zwiększającym się osłabieniu, przyłączał się szum i zawrót głowy, zaczerwienienie oczów i wtedy chorzy przechodzili do szpitala z tętnem w niektórych razach dochodzącym do 170 uderzeń, lecz najczęściej 120—140. Było ono wtedy pełne i napięte, w dalszym przebiegu łatwem do uciśnięcia stawało się niezmiernie małym a czasem zupełnie znikalo, szczególnie przy silnej śpiączce (*sopor*) chorych. Przy takim przebiegu zwykle na 7 dzień śmierć następowała. Szybkość postępu choroby nie pozwalała przypuszczać w takich razach zwyrodnienia tłuszczowego w sercu, tem więcej, że taki upadek tętna chociaż jest objawem bardzo niebezpiecznym, nie stanowił jednak znaku bezwzględnie śmiertelnego i w 3 podobnych przypadkach tętno niewymagalne, po upływie doby rozwijało się na nowo i chorzy powracali do zdrowia. W ogóle częstość tętna zmniejszała się po kilku dniach choroby, chociaż ciepłota stała jeszcze na wysokim stopniu.

Co do ciepłoty ciała, typ gorączkowy był zwalniającym; różnica między rankiem i wieczorem wynosiła od 0,5 do 1,8⁰ C. Najwyższa ciepłota dosięgła raz 41,8⁰ C. wieczorem—do 41,5⁰ dochodziła bardzo często. W końcu 1-go tygodnia choroby zwykle przejawiała się już skłonność do obniżenia ciepłoty—w rzadkich tylko razach była ciągle wysoką do 11-go dnia. Na 105 chorych u jednego tylko, który jednak wyzdrowiał, dostrzegano ciepłotę przez 6 dni wyższą nad 41⁰ C., we wszystkich innych przypadkach tak wysoką ciepłotę znajdowano przez 1—2—3 dni. Około 11-go dnia choroby ciepłota zwykle spadała do prawidłowej wysokości, a w 3-im tygodniu następowało zupełne wyzdrowienie.

Wysypka pojawiała się zwykle 4-go dnia choroby, najprzód na piersiach w postaci

czzerwonych plam, potem na brzuchu, plecach, kończynach i twarzy, niekiedy w tak znacznej ilości, że skóra miała pstrokaty wygląd; trwała zwykle około tygodnia, potem bladeła; niekiedy tworzyły się małe wylewy krwi zwane petociami (*petechiae*), których obecność nie zawsze pogorszała rokowanie, gdyż były przypadki, że chorzy przychodzili do zdrowia, chociaż wtedy ciepłota podnosiła się ponad 41° C. Inne objawy bardzo obrazowo przez autora opisane nie przedstawiały nic odmiennego od zwykłej durzycy wysypkowej, dla tego je w tem streszczeniu pomijamy. Największą liczbą wypadków śmierci następowała 7-go dnia choroby—najpóźniej nastąpiła śmierć 15-go dnia w jednym przypadku.

Aby położyć tamę tej epidemii przeprowadzono staranne odwietrzanie mieszkań i wychodków za pomocą bielienia wapnem, przewietrzania, kadzenia chlorem i kwasem siarkowym z palącej się siarki. Obok tego zalecono więźniom przebywać na świeżem powietrzu, w skutek czego wypadki choroby stawały się coraz rzadszemi, a w końcu Czerwca można było uważać epidemię jako przeciętą.

Co do leczenia, autor przepisywał zwykle rano i wieczorem po 10—15 gr. siarczanu chininy, a za napój w ciągu dnia roztwór kwasu fosforowego. Przy ciepłocie wyższej nad 39° C. zalecał obwijanie w prześcieradła zmoczone w chłodnej wodzie, kąpiele chłodne (15° R.) co zwykle zmniejszało ciepłotę, lecz nie więcej jak na 1/2 stopnia; przy silnym bólu głowy i objawach napływu krwi do mózgu stawiano po 2—4 pijawki do nosa; przy upadku sił środki pobudzające jak wino, kamfora, węgiel amonii i t. d. Przy wielkiej suchości języka autor przepisywał enemy z rozczywna kw. salicylowego (1/2 dr.) po których zwykle suchość języka miała się zmniejszać. W dwóch przypadkach zastosowano napar z liści *jaborandi*, o skutkach którego wzmiankowaliśmy powyżej.

G. Lewandowski, Członek Towarzystwa.

KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

Pęknięcie macicy. L. BANDL (*Ueber Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik. Wien, 1875*) na podstawie 13-tu przypadków pęknięcia macicy przez niego samego obserwowanych i 19-tu zapisanych w protokółach wiedeńskiej kliniki położniczej, doszedł do pewnych poglądów o przyczynach i sposobie powstawania pęknięcia macicy podczas porodu. Przedewszystkiem ani razu badanie włók w przytoczonych przez autora przypadkach nie wykazało owych zmian chorobowych w utkaniu macicy, które często zwłaszcza u mnogorodzących jako usposabiające do pęknięcia są uważane; przeważnie były to kobiety zdrowe, w średnim wieku, z małym wyjątkiem mnogorodzące. Macica była zawsze bardzo gruba, dobrze ściągnięta, wysoko umieszczona, a tylko szyja jej była nadzwyczajnie cienka. Najczęściej szczelina znajdowała się w szyi macicy, albo też rozpoczynała się w niej, gdy treść macicy w pęknięciu brała udział. Otrzewnia była zawsze tylko w dole a nigdy w okolicy dna macicy oddzieloną. Dla tego też autor wątpi, aby usposobienie do pęknięcia macicy zależało od cierpienia jej tkaniny, a ostateczną przyczynę pęknięcia upatruje w niestosunku mechanicznym jaki zachodzi między płodem a drogą porodową. I tak: na 32 przypadki autora u 19-tu istniało wżęcenie miednicy, u 3-ch wodogłowie (*hydrocephalus*), u 8-miu położenie barkowe płodu, u 1 wypadnięcie nózki obok główki i 1 tylko pozostaje niewyjaśnionym. Również przetarcie (odgniecenie) nie wywołuje pęknięcia, albowiem często widział on strup zgorzelinowy bez pęknięcia, a w jednym przypadku jedno i drugie zarazem, lecz na różnych miejscach. Niepodatność części pochwowej, jej rozwój zarodkowy (*rudimentäre Bildung*), albo zdwojenie (*Duplicität*), włókniaki są wielokrotnie jako przyczyny pęknięcia przytaczane, lecz niedostatecznie stwierdzone. Autor wraz z CHIARI'M, BRAUN'EM i SPAETH'EM upatruje przy istniejącym niestosunku mechanicznym dalszą przyczynę pęknięcia w przewodzie układu mięśniowego treści macicy nad ściętną jej szyją. Że zaś wymierzaniem przekonał się, że układ mięśniowy treści macicy u mnogorodzących jest bardzo silnie rozwiniętym, zwłaszcza jeżeli już przy poprzednich porodach macica pokonywała niestosunek mechaniczny, przeto pęknięcie czyni zależnem od nadmiernego ściętnia szyi macicy podczas porodu powstającego.

Wobec prawidłowych stosunków przy wydalaniu płodu z macicy, szyja jej zupełnie biernie się zachowuje i jedynie siłą skurczów mięśniowych samej treści zostaje ponad główkę płodu odciągniętą; tym sposobem, jak poszukiwania na żywych i zmarłych wykazały, ujście wewnętrzne macicy znajduje się wtedy prawie na wysokości wehodu miednicy. Lecz gdy istnieje przeszkoda mechaniczna, która nie dozwala przodującej części płodu zstąpić do małej miednicy, wtedy szyja macicy zostaje nadmiernie rozciągniętą, ujście wewnętrzne wznosi się na szerokość dłoni ponad wehód miednicy i ztąd powstaje możliwość pęknięcia macicy. Gdy raz taki stosunek się wytworzy, powstaje on tem łatwiej przy następnych porodach i dla tego mnogorodzące szczególnie często ulegają pęknięciu macicy. U pierwszy raz rodzących nieprawidłowość ta nie tak łatwo następuje: u 24-ch pierwiastek ze zwężoną miednicą, które B. zaraz po porodzie śledził, tylko u 3-ch ujście wewnętrzne macicy znajdowało się niezwykle wysoko. Często udawało się autorowi oznaczyć od zewnątrz granicę oddzielającą treść macicy od jej szyi jako płytką brzoję wymacalną przez powłoki brzuszne. Najdobitniej wysokie położenie ujścia wewnętrznego w takich rzadkach wykazało w jednym przypadku, położenie rany powstałej wskutek cięcia cesarskiego dokonanego z powodu pęknięcia macicy; $\frac{3}{4}$ długości tej rany przypadało na szyję macicy.

Gdy przy zwężonej miednicy czaszka poprzedza, to dolny odcinek macicy zostaje uwięzionym: ściana jego tam, gdzie tył główki płodu przypada, jest najbardziej rozciągniętą; dno macicy znajduje się wtedy po stronie przeciwległej i pęknięcie następuje tam, gdzie tył główki się znajduje; przy położeniach barkowych i wodogłowiowi uwięzienie szyi macicy nie następuje, lecz tylko mocne jej rozciągnięcie, największe także w tej jej części, która do tyłu główki przylega. U pierwiastek zatem pęknięcie macicy prawie zawsze tylko przy położeniu czaszkowem płodu ma miejsce.

Z powolnego wznoszenia się ujścia wewnętrznego macicy, rozciągnięcia jej szyjki i zбочenia dna macicy na bok, autor sądzi że można rozpoznać zagrażające pęknięcie macicy i zaleca wtedy ostrożne czynne postępowanie celem śpiesznego ukończenia porodu. Obecności guza od przodu macicy, powstałego z wylania się krwi wskutek pęknięcia, przez HECKER'A jako cechującą oznakę podawanej, B. przed wydalaniem płodu nie spostrzegął.

Marskość wątroby u dzieci (*cirrhosis hepatis*). J. CAZALIS (*Le Progres méd.* 1875 Nr. 12) opisuje dwa przypadki miąższowego zapalenia wątroby (*hepatitis interstitialis*) spostrzegane u 2-ch dziewczynkach 7-o i 9-o letniej. Przypadki te zasługują na uwagę z powodu zupełnego braku zwykłych przyczyn marskości wątroby jako to: przymiotu, nadużycia napojów wysokokowych i choroby serea. W obydwóch przypadkach był za to niedostatek wieloraki: niedostateczne pożywienie, wilgotne mieszkanie i t. p. W jednym istniało powikłanie z zapaleniem nerek i otrzewni, w drugim długość wątroby wynosiła 16 ctm., szerokość 6 ctm., grubość lewego zrazu $1\frac{1}{2}$, prawego $3\frac{1}{2}$ ctm.

(Ref. w *Centr. f. med. Wischft.* Nr. 33—1875). J. R.

O g ł o s z e n i a.

W. A. HIRSCHMANN.

Fabrykant przyrządów elektro - leczniczych w Berlinie. — Kochstrasse Nr. 54 B.

Poleca swe wyroby PP. Lekarzom, zapewniając że wszystkim wymaganiom uczyni zadość najdokładniej.

Chlubne zaświadczenia Prof. ZIMMSENA, EULENBURG'A i D-ra BRENNER'A, jakie w załączonym przy „MEDYCYNIE” Cenniku moich wyrobów, pomieszczone zostały, oraz zadowolenie jakie moje przyrządy obudziły u wielu lekarzy polskich, od lat kilku zaufaniem mój zakład zaszczycających, dają rękojmię trwałości, dokładności w odrobieniu i taniości moich przyrządów.

Zamówienia i przypadającą za przyrządy należność, przysyłać można pod adresem Redakcyi „MEDYCYNY” w Warszawie, licząc za 1 Talar po Rs. 1 kop. 10.