

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,  
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce,  
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

## OGŁOSZENIA.

# SŁAWUTA

## ZAKŁAD KUMYSOWY I LEŚNA ZDROWOTNA STACYJA.

7-my rok istnienia. Pośród sosnowego lasu rozległości 120000 morgów; w odległości 4 wiorst od stacyi kolei (Brzesko-Kijowskiej, Sławuta). Kumys z czystego mleka kobyłego. Numera umeblowane w zakładzie ceny od 1 do 1½ Rs. na dobę (poduszkę i koldrę należy przywieźć ze sobą). Wszystkie numera dobrze wewnątrz otynkowane i opatrzone w piec. Zbudowana oddzielna sala koncertowo balowa i bilardowa. Rzeczne kąpiele w Horyniu. Gimnastyka. Wody mineralne. Mleko. Serwatka. Stała dobra niemiecka orkiestra. Fortepian. Powozy. Łodzie. Kurs kumysu 6-cio tygodniowy 50 Rs., trzytygodniowy 26 Rs., Butelka kumysu 50 kop. Obiad 80 kop. Najlepiej się leczą: chroniczne zapalenia i katary płuc. Katary żołądka i kiszek. Skrofule. Choroby macicy. Sezon od 1/13 Maja do 1/17 Października. Mieszkania w domach prywatnych.

Właściciele zakładu Dr. J. Zejdowski.

Dr. L. Przesmycki

6—1

## Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

# SYFILIDOLOGIIJA

napisana przez D. Ż. Krówczyńskiego w 8, str. XII i 448.

Cena 5 zrt. w. a.

0—2

# Plaster Thapsia

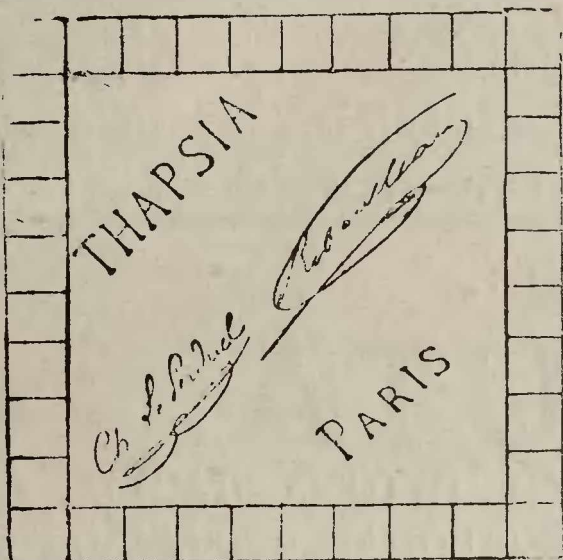
LE PERDIEL-REBOULLEAU

*jedynie przyjęty w Szpitalach*

JAKO NAJLEPSZY, NAJDOGODNIEJSZY,  
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIEJ KOSZTOWNY  
ZE ŚRODKÓW

przeciw

Katarom, Kaszłom, Zapaleniu  
dychawek, płuc, cierpieniom i bolom  
reumatycznym i artretycznym  
etc etc.



Dla uniknięcia narzekania słusznie zarzu-  
canych plasterom nasładowującym Thapsia  
Le Perdiel-Reboulleau wymagać należy  
we wszystkich aptekach, rysunku i pod-  
pisów w powyżej umieszczonych (poczwór-  
nie zmniejszonych).

w Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskiego,  
Spiessa i Syna, Sierpiulowskiego, Zeuschnera,  
Ziemnińskiego i Látropa.

## CHLORAL

### W PERELKACH LIMOUSIN'A

Chloral w perelkach Limousin'a jest za-  
warty w cukrowanej skorupce, co mu nadaje  
pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cu-  
kierków zawiera w sobie 25 centygrammów  
czystego i skryształowanego chloralu. Zaży-  
ty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dła-  
wienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego  
smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpu-  
szczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim wa-  
runkom ścisłości a sprawdzenie czystości pro-  
duktu jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera  
wpływ uspakajający i sprowadza sen. Każdy  
flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków,  
które mają po 25 centigram. najczystszej  
wodanu chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje  
się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue  
Blanche, w Rosyji we wszystkich główniej-  
szych aptekach, i składach materiałów aptecz-  
nych.

### POKARM DLA DZIECI

Dla wzmocnienia dzieci i osób słabych  
*na piersi, żołądek, bezkrwistych lub ma-  
jących bladaczkę, najlepszym i najprzy-  
jemniejszym śniadaniem jest RACA-  
HOUT des Arabes (Rakatu Arabskie),*  
pokarm pożywny i wzmacniający, przy-  
gotowany przez Delangreniera w Pary-  
żu. Wystrzegać się podrobień.

Składy we wszystkich Aptekach Rosyji.

ANEMIA. WYCZERPANIE SIŁ. NEWRALGIJE  
UREGULOWANIE TRAWIENIA.

## WINO Z COCA TROUETTE-PERRET

(VIN DE COCA TROUETTE—PERRET).

(Najlepsze ze wszystkich tonicznych i wzmacniających).

UZNANE PRZEZ PARYZKA AKADEMJE MEDYCZNA.  
Złote Medale i Dyplomy ze wszystkich Wystaw.

Sprzedaz hurtowa: Trouette-Perret, 163 & 165 r. St.-Antoine, Paris — Dataliczna  
u wszystkich Drogistów i w aptekach.

„w Warszawie u pp. Mrozowskiego i Ziemnińskiego oraz u wszystkich drogistów i aptekarzy.“



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. M. Jakowski. Mięsak limfatyczny (*lympho-sarcoma*) gruczołów oskrzelowych. — II. A. Sokółowski. Przyczynę do kazuistyki i leczenia przewlekłego wiądnienia kręgowego (*Tabes dorsalis*). (Dalszy ciąg). — III. H. Pacanowski. Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzuszego i wysypkowego w klinice terapeutycznej Szpitala S-go Ducha za czas od r. 1872 — 1883. (Dalszy ciąg). — *Notatki lekarskie*. 8. A. Gabszewicz. Ropnica płożowa. (Zejście pomyślne). — 9. A. Gabszewicz. Przewlekły ropień kostny w kości piszczałowej. (*Abscessus chronicus ossis tibiae sinistrae*). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

## I. Mięsak limfatyczny (*lympho - sarcoma*) gruczołów oskrzelowych.

Podał

**Maryjan Jakowski**

ordynator kliniki dyjagnostycznej.

Otton R. mydlarz, 47 lat liczący, przybył w dniu 31. V. 1882 r. na salę XIII w szpitalu Dzieciątka Jezus. Chory dobrego wzrostu, zbudowany prawidłowo, mięśnie posiada słabo rozwinięte, tkanki tłuszczowej podskórnej ilość bardzo nieznaczną; skóra wiotka, niesprężysta, koloru ciemnego, w wielu miejscach łuszczy się bardzo łatwo. Stan lekko gorączkowy, ciepłota ciała 38° C., tętno 96, drobne i miękkie, oddechów do 40. Na cokolwiek obrzękniętych i chłodnych kończynach dolnych i na nosie nieznaczna sinica. Podczas pierwszego badania chory skarżył się na silną duszność, chrypkę, kaszel głównie uciążliwy nad ranem, jako też na ból kolący w lewym boku, który to ból trwa prawie ciągle, silniej występując przy oddechu i kaszlu.

R., rodem z Mazowsza, pochodził z rodziny zdrowej, w której, o ile zapamiętał, nikt nie podlegał cierpieniom dróg oddechowych; w dzieciństwie swem i młodości był zdrów zupełnie. Zawsze prowadził życie umiarkowane, nadużyciom żadnym się nie oddawał. Przed dwunastu laty zaczął kaszlać i od tego czasu każdej następnej jesieni uskarżał się na nieznaczny kaszel, połączony ze skąpą ilością plwociny. Cztery lata temu, chorował na gościec stawowy, który zmusił go do leżenia w łóżku przez 6 tygodni; zresztą do czasu ostatniej choroby nigdy ciężiej nie zapadał. Na pięć miesięcy przed wstąpieniem R. do szpitala, kaszel silnie się wzmógł, wystąpiło kłócie w lewym boku, które z małymi przerwami przetrwało do ostatniego czasu; od tej pory chory zauważył dreszcze, czasem poty, które jednakże ustały na trzy tygodnie przed wstąpieniem do szpitala. Do objawów tych przed czterema tygodniami stopniowo zaczęły się przyłączać: duszność i chrypka, ta ostatnia zwłaszcza w ostatnich dniach, powiększyła się do tego stopnia, że chory czasem zupełnie nie był w stanie mówić. Od czasu wzmożenia się kaszlu i wystąpienia bólu kolącego w lewym boku, R. zauważył że silnie zaczął chudnąć i stopniowo słabnąć na siłach. Klatka piersiowa trochę beczkowata, symetrycznie zbudowana po obu stronach, przestrzenie międzyżebro-

we niezbyt wydatne. Obie połowy wykonywają jednakie ruchy przy oddechaniu: oddech z udziałem mięśni szyjowych. Granice prawego płuca wszędzie obniżone dość znacznie, na całej prawej połowie klatki piersiowej nie daje się słyszeć żadne stłumienie, oddech wszędzie pęcherzykowy, zaostrowany, z bardzo licznymi rżeniami wilgotnymi mieszanymi i trzeszczącymi. Granic lewego płuca nie można oznaczyć; na całej przestrzeni odpowiadającej lewemu płucowi stopień zupełny, w wierzchołku tylko na 2—3 ctm. pod obojczykiem słyszeć odgłos nietympaniczny, lecz bardzo niejasny. Na całej przestrzeni odpowiadającej stopniowi szmeru oddechowego i głosu nie słyszeć wcale. Drżenie klatki piersiowej po stronie lewej prawie nie istnieje. Plwocina skąpa, przeważnie śluzo-ropna.

Okolica serca nie przedstawia nic szczególnego. Uderzenie wierzchołkowe za ledwo daje się wyczuć w VI międzyżebrowo na linii przymostkowej lewej. Przestrzeń tępego odgłosu serca od góry i po stronie lewej zlewa się ze stłumieniem, odpowiadającym lewemu płucowi; prawa granica bezwzględnej tępości serca, poczynając od IV międzyżebrowo idzie na 0,5—1 ctm. na zewnątrz od prawego brzegu mostka. Przy osłuchiowaniu tonów serca, wszędzie prawie z wyjątkiem zastawki trójdzielnej słyszeć je w mniejszym lub większym stopniu zamaskowane przez szmery. Na miejscu uderzenia wierzchołkowego zamiast drugiego tonu słyszymy przeważnie szmer, ton zaś słyszeć nadzwyczaj słabo; co się tyczy pierwszego tonu, to ten jest zupełnie zastąpiony przez szmer. Na miejscu, gdzie zwykle wysłuchujemy tony tętnicy głównej (aorty), zamiast obu tonów słyszeć tylko szmery; toż samo znajdujemy w miejscu, odpowiadającym tętnicy płucnej, chociaż w mniejszym cokolwiek stopniu, gdyż tony są tutaj nieco wydatniejsze. Stosunkowo najwyraźniej słyszeć oba tony w miejscu wysłuchiwania zastawki trójdzielnej, gdyż tam tylko nieznacznie są one pokryte przez szmery. Uderzenia serca nieprawidłowe, po każdym kilku uderzeniach dają się zauważyć dłuższe lub krótsze przestanki. Tętno do 96. dość drobne, miękkie. Żyły szyjowe cokolwiek nabrzmiałe. Sinica na nosie i na kończynach dolnych; nieznaczny obrzęk nóg. Gruczoły limfatyczne, dostępne badaniu, nigdzie nie powiększone.

Górnej granicy śledziony określić nie można, tępość jej ku górze, i poczęści ku przodowi zlewa się z tępością, odpowiadającą lewemu płucowi; wyczuć śledziony nie można. Górny brzeg wątroby obniżony, dolny wystaje na 3—4 ctm. z pod brzegu żeber; brzeg dolny wątroby wyczuwalny, dość twardy. W kiszkiach nieznaczna zawartość. Od czterech dni rozwolnienie, po 3 lub 4 stolce dziennie. Mocz ilość na dobę 1300 c. c., o ciężarze gatunkowym 1018; zawiera nieznaczny ilość białka, w osadzie kryształki moczanów i nieznaczny ilość cylindrów ziarnistych.

Sfera płciowa i nerwowa nie przedstawiają żadnych zбочeń.

Chorego miałem w obserwacji za ledwie trzy dni, przez który to czas objawy duszności ciągle stopniowo się wzmagaly. Zaraz następnego dnia (1 Czerwca) chory już nie mógł prawie wcale leżeć, duszność znaczna również przy chodzeniu; kaszel cokolwiek mniejszy; ból w boku lewym nie ustaje. Ciężota ciała ranna 37,8° C., wieczorna 38,2° C.

Dnia 2. VI. 1882 r. W nocy wcale nie spał; skarży się na znaczny osłabienie i duszność. Tętno 112 słabe, nitkowate. Sinica powiększa się.



Dnia 3. VI. 1882 r. Wszystkie objawy znacznie wzmożone. Ból w gardle przy polykaniu, szum, zawrot w głowie. Oddech chrapliwy. Stan bezgorączkowy.

Dnia 4. VI. 1882 r. nad ranem wśród objawów silnej duszności chory umarł.

Ogłędziny posmiertne zwłok, dokonane łaskawie przez prosektora P r z e w o s k i e g o, w dniu 5 Czerwca, wykazały stan następujący:

Opony mózgowe i mózg z wyjątkiem nieznacznego stopnia sprawy atero-  
matycznej w naczyniach nie przedstawiały nic szczególnego.

Lewe płuco przyrośnięte na całej przestrzeni za pomocą silnych i grubych zrostów. Samo płuco cokolwiek zmniejszone; na dotyk nie trzeszczy, posiada konsystencyją skórzastą, w głębi można wyczuć mnóstwo wyniosłości. Na bladej i bezpowietrznej powierzchni rozkroju, widać mnóstwo guzów okrągławych, koloru blado-żółtego, dość miękkich na dotyk, rozmaitej wielkości, mniej więcej od laskowego do włoskiego orzecha. Niektóre z guzów są wypełnione płynem ropiastym, inne zaś znajdują się początkowych okresach zwyrodnienia serowatego. Nowotwór zajął literalnie całe prawie płuco aż do oplucnej, pozostawiając bardzo nieznaczną ilość tkanki nie zajętej tą sprawą pomiędzy rozrzuconemi guzami i w wierzchołku. Gruczoły oskrzelowe wcale nie istnieją i na ich miejscu znajdujemy duży guz, wielkością równający się główce noworodka, co do swego wyglądu zupełnie odpowiadający guzom, o których dopiero co mówiliśmy. Sprawa nowotworowa zajęła i część lewego oskrzela zwyrodniając jego ściany i zupełnie wypełniając światło; zresztą błona śluzowa oskrzela lewego była czerwona i pokryta nieznaczną ilością śluzu. Prawe płuco powiększone w stanie rozedmy; przy obmacywaniu nie wyczuwamy żadnych zgęszczeń, powierzchnia rozkroju błon wilgotna; błona śluzowa oskrzela prawego w stanie przewlekłego nieżyty; Tylne i lewa ściana tchawicy tuż po nad rozdziałem usiana mnóstwem guzików nowotworu, takowe nawet zwięzają cokolwiek jej światło.

Serce ma położenie bardziej nachylone, podstawa cokolwiek zsunięta ku dołowi i na prawo. Wymiar podłużny 11,5 ctm., poprzeczny 10,5 ctm., grubość 7 ctm., Oba listki osierdzia zrosnięte za pomocą niezbyt mocnych błon wrzekomych. Komórka lewa cokolwiek powiększona; mięsień nie przedstawia nic szczególnego. Szerokość lewego ujścia żylnego równa się 9,5 ctm.; brzegi zastawki dwudzielnej cokolwiek zgrubiałe i nierówne. Prawa komórka 1,5 raza większa i zawiera trochę ciemno-czerwonych skrzepów krwi; szerokość prawego otworu żylnego wynosi 11 ctm.. Lewy przedsionek mniejszy niż zazwyczaj, co zależy od sprawy nowotworowej, która dosięgła aż do serca, zwyrodniając górną i zewnętrzną ścianę przedsionka lewego; guz, wielkości jaja kurzego, wrasta do jamy przedsionka zmniejszając jej objętość. Prawy przedsionek dwa razy większy niż zwykle. Aorta, której szerokość = 8 ctm., odsunięta na prawo i ku górze i łukiem swym przebiega tuż ponad główną masą nowotworu, który do tego stopnia wywiera na nią ucisk, że na przecięciu światło aorty ma zupełnie wygląd szczeliny. Tętnica płucna mocno odsunięta przez nowotwór ku górze i na prawo, światło tętnicy płucnej = 8,5 ctm., ściany lewej gałęzi zwyrodnione i światło zupełnie prawie zrosnięte.

Wątroba i śledziona nie przedstawiają nic szczególnego. Obie nerki trochę większe niż zwykle; torebka odchodzi bardzo łatwo; istota korowa zgrubiała, żółto-czerwona, wyraźnie odgranicza się od istoty rdzeniowej czerwonej. Błona śluzowa żołądka blada, kiszek cienkich i grubych zaczerwieniona, pokryta śluzem. Gruczoły limfatyczne całego ciała nie przedstawiają, prócz opisanych zmian, nic szczególnego.

Badanie mikroskopowe głównej masy nowotworu, zajmującej miejsce gruczołów limfatycznych oskrzelowych, jakoteż guzów wtórnych, w płucu lewym, oskrzelach i w lewej gałęzi tętnicy płucnej, wykazało, że składał się on przeważnie z wielkiej ilości komórek okrągłych, oraz tu i owdzie rozrzuconych pasem łącznotkankowych; w wielu miejscach komórki okrągłe uległy stłuszczeniu i rozpadowi. (*Lympho-sarcoma*).

Nowotwór ten rozwinął się początkowo z gruczołów oskrzelowych, zwyrodniał je zupełnie, a następnie dał początek wtórnym guzom nowotworowym, które zajęły całe prawie lewe płuco, część lewego oskrzela, część ściany tchawicy i przeszły na lewy przedsionek i lewą gałąź tętnicy płucnej, zupełnie zatkawszy światło takowej.

O czasie, w którym rozwinął się nowotwór, trudno powiedzieć coś stanowczego; pierwotny guz powstał zapewne wskutek ciągłego powiększania gruczołów się zależnego od przewlekłego nieżytu, gdyż chory nasz kaszlał od lat dwunastu; guz ten musiał się rozwijać powoli; co zaś się tyczy wtórnych ognisk, to te zapewne rozwinęły się dość szybko w ostatnich zaledwo czasach, o ile przynajmniej wnosić można z anamnezy.

Jak zwykle prawie w przypadkach nowotworów płucnych rozpoznanie było postawione mylnie, gdyż podejrzewałem obecność przewlekłego zapalenia opłucnej po stronie lewej, wszystkie zresztą objawy badania fizykalnego i dane zaczerpnięte z anamnezy zdawały się przemawiać za tem przypuszczeniem. Opowiadanie chorego o przebytych gościcu stawowym i po części rezultat, otrzymany przy opukiwaniu tępości bezwzględnej serca, tłómaczyły mi poniekąd szmery słyszalne w sercu na miejscu zastawki aortycznej i zastawki dwudzielnej, lecz wahałem się ze stanowczem postawieniem rozpoznania zmian w zastawkach i zumiejscowieniem tychże zmian; dopiero sekcyja pomogła do bliższego określenia przyczyny tych szmerów i sędzę, że nie omylę się przyjmując za główną przyczynę ich powstawania ucisk, wywierany na aortę, a po części i tętnicę płucną, przez główną masę nowotworu.

---

## II. Przyczynek do kazuistyki i leczenia przewlekłego wiądu rdzenia kręgowego (*Tabes dorsalis*).

Podał D-r med. **Alfred Sokołowski**  
ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 12).

Nareszcie poświęcimy jeszcze parę słów najnowszej pracy, już na wstępie wspomnianego Fourniera. Autor ten ogłosił w roku zeszłym oddzielną



monografię p. t.: *De l'atavie locomotrice d'origine syphilitique*, w której, zestawivszy swoją najnowszą statystykę (103 przypadki), znalazł aż w 91% przypadków w anamnezie przymiot. Z tego względu autor ten uważa się tu zupełnie za usprawiedliwionego do skreślenia oddzielnej postaci chorobowej wiądu, którą nazywa wiądem przymiotowym. Otóż obraz ten chorobowy, chociaż skreślony w niezwykle pociągający sposób, chociaż autor z właściwym sobie talentem kreśli osobne właściwości tejże choroby, to wyznać jednakże należy, że obrazy kliniczne przedstawione przez autora w niczem się nie różnią od postaci zwykłego wiądu. Toż samo należy powiedzieć o przebiegu i odmianach choroby; zresztą nie tu miejsce zajmować się obszernym rozbiorem tego dzieła, tem bardziej, że rozebraniem ono już zostało szczegółowo przez kompetentniejszego odemnie w tej materii, kolegę G a j k i e w i c z a w N-rze 33 Gazety Lekarskiej z roku zeszłego.

Po tej zdaje się niezbytecznej wycieczce wracam do mojej statystyki; otóż na 23 wyżej rozebranych przypadków mieliśmy u 9 chorych w anamnezie dowody przebytego przymiotu, a zatem w 40% wszystkich przypadków. Rozbierając jednakże przypadki te bardziej szczegółowo, okaże się, że tylko u czterech chorych, t. j. tylko u 18% mieliśmy do czynienia z nieulegającą wątpliwości rzeczywistą chorobą przymiotową, t. j. z objawami następczemi, wysypką, zajęciem gardła i t. p.; u pozostałych pięciu cierpienie ograniczało się tylko do samego wrzodu na członku bez najmniejszych objawów następczych. Jeden przypadek wreszcie pozostaje wątpliwym; chory wprawdzie utrzymywał, że przed 14-stu laty przebywał przymiot i przechodził leczenie swoiste, jednakże z opowiadania jego trudno było przyjść do wniosku, czy były objawy następcze, czy też nie. Przytem chory ten był następnie zupełnie zdrów, przynajmniej nie pokazały się żadne objawy przymiotu; był żonatym, miał kilkoro zupełnie zdrowych dzieci. Pierwsze objawy wiądu wystąpiły w 11 lat po zarażeniu się; przypadek ten dla mnie jest jednakże wątpliwym i nie podciągam go pod rubrykę rzeczywistego przymiotu.

U 4 chorych, którzy niewątpliwie przebywali przymiot, rzecz przedstawiała się w następujący sposób:

1-szy chory. Przed 20 laty przebywał przymiot; leczenie rtęcią; objawy wiądu od lat 6-ciu, czyli w 14 lat po zarażeniu.

2-gi chory. Przed 18 laty przebywał przymiot; leczenie wcieraniami; objawy wiądu od lat 5-ciu, czyli w 13 lat po zarażeniu; chory zaznacza w anamnezie *abusus in Venere*.

3-ci chory. Przed 10 laty przebywał przymiot; leczenie wcieraniami; objawy wiądu od lat 6-ciu, czyli w 4 lata po zarażeniu.

4-ty chory. Przed 13 laty przebywał przymiot; leczenie wcieraniami; objawy wiądu (*amaurosis tabetica*) od 6 lat, czyli w 6 lat po zarażeniu.

Tym więc sposobem widzimy, że w naszych przypadkach procent w mowie będącej choroby wynosi zaledwie 18%, jeśli zaś zważymy na to, że jeden z tych chorych zaznaczał nam najwyraźniej w anamnezie znaczne nadużycia *in Venere*, to procent ten jeszcze się zmniejszy i będzie mniej więcej zgodnym z cyframi

podawanemi przez D-ra B a n k s'a z Dublina, który zaledwie u 10% swoich tableteków zdołał wynaleźć w anamnezie przymiot.

Nasza więc, acz może zbyt szczupła, statystyka wykazuje niezwykle różnorodne momenty przyczynowe, najwyraźniej jednakże w niej występują nadużycia płciowe, dalej dziedziczność, wpływ moralny pognebiający, przestרח, a wreszcie w 4-ech przypadkach przyczyna była zupełnie niewiadomą; dodać tu również winieniem, com już wyżej powiedział, że ogromna większość moich chorych (bo 17 na 23) posiadała zajęcie w wysokim stopniu usposabiające do przeziębienia, jako to: urzędnicy kolejowi, urzędnik pocztowy, gospodarze wiejscy i t. p., chociaż więc ludzie ci o zaziębieniu, jako o momencie przyczynowym, nie wspominali, jednakże nie należy i tej okoliczności spuszczać z oka.

Na zakończenie kwestyi łączności przymiotu z wiałdem, ośmielę się pod tym względem wypowiedzieć jeszcze następującą uwagę: wiadomo powszechnie, jak często w anamnezie u suchotników znajdujemy wzmiankę o przebytych przymiocie; wiadomo również, że ostatniemi laty byli autorowie, którzy tej sprawie nadali doniosłość pierwszorzędną; starano się niemal u każdego suchotnika wynajdywać na gwałt przymiot, a następnie leczyć swoiscie. Kwestyję tę rozbiierałem szczegółowo w roku zeszłym, w odczycie wygłoszonym w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim (drukowanym w Gaz. Lek. Nr. 11—15); na podstawie swoich spostrzeżeń klinicznych i nekroskopijnych przyszedłem do wniosku, że oprócz rzadkich, niemal wyjątkowych przypadków, gdzie istotnie sprawę płucną można uważać za będącą w ścisłym związku z przymiotem, w większości przypadków mamy do czynienia ze zwykłą postacią suchot płucnych, powstałych z jakiegokolwiek innego momentu przyczynowego, jako to: zaziębienia i t. p., ale uwarunkowanych upadkiem ogólnego odżywiania, wywołanem sprawą przymiotową i związanem z nią leczeniem dysplastycznym. Otóż, czy coś podobnego nie dzieje się i przy wiałdzie? i tu przymiot podkopuje stan ogólnego odżywiania; jeśli do tego przyłączy się inny moment przyczynowy, działający przedewszystkiem na rdzeń, jak np. nadużycia płciowe, samogwałt i t. p., kto wie, czy tą drogą właśnie nie rozwinie się przewlekły wiałd rdzenia, który, czy to wywołany przez przymiot, czy też przez inną przyczynę, zawsze daje nam ten sam obraz kliniczny, oraz też same zmiany anatomopatologiczne.

Wyniki lecznicze (o czem zresztą niżej) również zdaje się przemawiają za tym poglądem; tak jak w suchotach, z wyjątkiem owych rzadkich przypadków, leczenie wcieraniami żadnej nie przynosi korzyści, tak samo w wiałdzie, środki wzmacniające, elektryczność i t. p., działają korzystnie, podobnie jak w suchotach cały ogół środków dyjetetyczno-hygienicznych.

Przechodzimy obecnie do trzeciego rozbioru innych ważniejszych objawów, spostrzeganych u naszych chorych i tak:

5) Z a b u r z e n i a w z r o k o w e. Jak wiadomo, zaburzenie wzroku należy do bardzo częstych powikłań wiałdu rdzenia kregowego. W naszych przypadkach mieliśmy u 6-ciu chorych, t. j. przeszło w 25%, do czynienia z tem powikłaniem. U trzech chorych istniało tylko od pewnego czasu osłabienie widoczne siły wzroku, u trzech innych mieliśmy do czynienia z mniej lub więcej



wyraźnym zanikiem nerwu wzrokowego, charakteryzującym się częściową lub zupełną ślepotą. U jednego chorego istniała prawie zupełna *amaurosis* obustronna, u dwóch innych daleko posunięta w jednym oku, a poczynająca się w drugim. Pod względem praktycznym zasługują na uwagę szczególniejszą te przypadki, gdzie zaburzenie wzrokowe występuje jako pierwotny objaw choroby; pod tym względem, sędzę, że nie będzie zbyt cennym przytoczenie choć w paru słowach następującej obserwacji. Chory, lat 42 liczący, przed 10-ciu laty będąc zupełnie zdrowym, zaczął doznawać stopniowego osłabienia wzroku, które to objawy przypisywał nadmiernemu wysiłkowi wzrokowemu przy długim pisaniu wieczorami. W ciągu lat 6-ciu był to jedyny objaw, jaki dokuczał choremu, a dopiero w 7-mym roku wystąpiły bóle w kończynach dolnych, a w 8-mym, czy w 9-ym choroby lekkie osłabienie kończyn dolnych przy chodzeniu. Przy badaniu chorego znalazłem tylko nieznaczny bezład przy zamknięciu oczu, oraz zupełne zniesienie odruchów kolanowych, obok zaniku nerwu wzrokowego w obu oczach, przeważnie w lewym. Chory chodzi doskonale, a jedynym przedmiotem skargi i powodem leczenia było stopniowo postępujące osłabienie wzroku. W drugim przypadku również osłabienie wzroku było pierwotnym objawem, który na 3 lata poprzedził klójące bóle w kończynach dolnych, tak, że u chorego, oprócz amaurozy, było tylko zniesienie zupełne odruchów kolanowych, cód był zupełnie prawidłowym. Ani ze strony pęcherza, ani kiszeki prostej żadnych zaburzeń nie było.

Przypadki tej ostatniej kategorii zasługują na szczególniejszą uwagę pod względem praktycznym, wczesne bowiem rozpoznanie istoty cierpienia ocznego, a wskutek tego zalecenie odpowiedniego leczenia jest w stanie, jeśli nie wyleczyć zupełnie, to przynajmniej nie raz na bardzo długie lata wstrzymać rozwój fatalnej choroby. Rzecz prosta, że w takich razach tylko gruntowne badanie oftalmoskopem, dokonane biegłą ręką, jest w stanie wyświecić istotę cierpienia.

6). B ó l e. Jednym z najstalszych objawów wiaǳu rdzenia kręgowego są, jak to powszechnie wiadomo, bóle latające w różnych częściach ciała, a szczególnie w kończynach dolnych.

Bóle te zazwyczaj posiadają charakter bólów klójących, swidrujących; rzadko bardzo występują pod postacią tak zwanego darcia w nogach. Natężenie bywa również rozmaite: od lekkiego klócia aż do ataków niezwykle silnych. U naszych 23 chorych nie brakło ich ani w jednym przypadku. Co się dotyczy ich umiejscowienia i natężenia, to przedstawiały się one w następujący sposób:

u 12 chorych istniały bóle przeważnie w kończynach dolnych, umiarkowanego natężenia;

u 5 chorych istniały bóle przeważnie w kończynach dolnych, silnego natężenia;

u 2 chorych, bóle te silne przyjmowały charakter właściwy tak zwanej rwy kulszowej (*ischias*);

u 2 chorych istniały bóle latające, umiarkowanego natężenia, w kończynach górnych i dolnych;

u 1 chorego bóle występowały w kończynach górnych pod postacią darcia; wreszcie u

1 chorego bóle były umiejscowione w międzyżebżu lewem, przedstawiając charakter nerwobólu międzyżebrowego.

Bóle wyżej wzmiankowane mają wielką doniosłość pod względem praktycznym, są one bowiem, jak to już wzmiankowałem, nieraz pierwotnym i jedynym objawem choroby; bóle te bardzo często bywają brane za ból pospolity gościcowej natury; ma to szczególnie właśnie miejsce w tych przypadkach, gdzie bóle są umiarkowane, latające w kończynach dolnych i górnych, a bardziej, jeszcze jeśli występują pod postacią darcia. Z tego też względu u chorych, skarżących się na te bóle, należy niezwykle dokładnie rozpytywać o ich charakter i umiejscowienie i nigdy nie zaniedbywać zbadania odruchów kolanowych, widziałem bowiem chorych, którzy przez całe lata leczyli się bezskutecznie u różnych wód słonych i siarczanych jedynie z powodu gościca, a dopiero badanie odruchów kolanowych wykryło prawdziwą istotę cierpienia. Pod tę samą kategorię podpadają bóle, występujące pod postacią t. zw. rwy krzyżowej (*ischias*); i tutaj jedynie zbadanie odruchów kolanowych jest nam w stanie określić prawdziwą istotę cierpienia. Do rzadziej występujących rodzajów bólu, należy zaliczyć tak zwany ból nerwowy żołądka (*crises gastriques*, Charcot), który spostrzegłem w jednym przypadku. Ból ten, występował pod postacią niezwykle silnego napadu bólu, umiejscowionego przeważnie w dolku podżołądkowym (*in epigastrio*), trwał od kilku godzin do dni kilku, ustępował raptownie jak i nagle się pojawiał, w niczem nie naruszając następnie czynności trawienia; chory, po ustąpieniu tego bólu, w czasie którego nie tylko nie jeść, ale niemal i oddechać nie mógł, raptem poczuwał silne łaknienie, a w kilka godzin zupełnie zapominał o przebytych ciężkich chwilach.

7). Zaburzenia w czuciu skórnem. Jak wiadomo, w przebiegu wiądu występuje bardzo często zmniejszenie lub nawet zupełne zniesienie czucia skórnego, zdarza się to jednakże niezawsze, są bowiem przypadki, gdzie czucie skóry zostaje mniej lub więcej zachowanym, co u naszych chorych miało miejsce przeszło w połowie przypadków.

8). Zachowanie się odruchu kolanowego (*Kniephänomen*, *phenomène de la rotule* — objaw Westphal'a). Jak to wiadomo od bardzo niedawna mamy, zawdzięczając Westphal'owi, niezmiernie ważny objaw rozpoznawczy dla wiądu rdzenia kręgowego, to jest zachowanie się odruchu kolanowego. Autor ten bowiem wykazał, że w przebiegu wiądu rdzenia kręgowego, nawet w okresach zupełnie wczesnych, zmniejsza się lub nawet niknie zupełnie odruch kolanowy, występujący przy uderzaniu młotkiem opukowym w okolice przyczepu więzła rzepkowego (*patella*). W samej rzeczy, liczne prace późniejsze różnych autorów wykazały, że z wyjątkiem niezmiernie rzadkich przypadków objaw ten jest jednym z najstalszych i najwcześniejszych objawów choroby w mowie będącej. W naszych przypadkach mieliśmy w zupełności potwierdzenie owych licznych spostrzeżeń: i tak, napowyzszych 23 chorych mieliśmy:

u 16	objaw kolanowy	zupełnie	zniesiony
„ 6	„	„	znacznie osłabiony chociaż zachowany
„ 1	„	„	zachowany.



Co się tyczy tego ostatniego przypadku, to winienem zaraz dodać, że przypadek ten dotyczył chorego z niezupełnie czystą postacią wiądu; wedle wszelkiego prawdopodobieństwa mieliśmy jednocześnie do czynienia z zajęciem pęczków bocznych, obok zajęcia pęczków tylnych rdzenia. Tym więc sposobem mieliśmy prawie we wszystkich przypadkach naszych zniesienie lub osłabienie znaczne odruchu kolanowego. Objaw ten nawet znajdowaliśmy tam, gdzie inne objawy wiądu były bardzo niewyraźne i jedynie na podstawie jego mogliśmy stanowcze zrobić rozpoznanie. Prof E r b w swoim znanym powszechnie klasycznym wykładzie chorób rdzenia, rozbierając szczegółowo ten objaw, mówi, że byłoby w wysokim stopniu ważną rzeczą określić ściśle, w jakim okresie choroby odruch kolanowy znika, czy występuje on przed lub po wystąpieniu zaburzenia w chodzeniu (*ataxia*), czy też występuje w początkowym okresie choroby i tym sposobem umożliwić bardzo wczesne rozpoznanie cierpienia (E r b. *Krankheiten des Rückenmarks. Zweite Auflage* str. 584). Otóż w spostrzeżeniach moich miałem właśnie do czynienia z dwoma przypadkami niezwykle wczesnego okresu choroby i dla tego też przypadki te pokrótce podaję, poddając je szczegółowemu rozbirowi pod względem żądań E r b a.

S p o s t r z e ż e n i e I. Panna S., lat 22 mająca, przysłana była w roku 1882 do Zakładu leczniczego w Nałęczowie z powodu objawów, jakie przyjmowano za właściwe, tak zwanej *irritatio spinalis*. U chorej znaleźliśmy stan następujący: matka chorej dotknięta jest daleko posuniętym więdem rdzenia kręgowego, chora doznawała od lat kilku objawów blednicy, jednocześnie występowała nadczułość, a nawet ból w różnych punktach kolumny kręowej. Od kilku miesięcy zaczęły występować bóle dosyć silne w kończynach dolnych, przeważnie w kończynie dolnej lewej; ból ten głównie umiejscawiał się na przebiegu nerwów, przeważnie pnia, wzdłuż gałęzi nerwu kulszowego; bóle te występowały peryjodycznie, trwając to dłużej to krócej; nieraz całymi dniami nie występowały. Prawie jednocześnie z bólami wystąpiło bez żadnej widocznej przyczyny lekkie utrudnienie w oddawaniu moczu, częste parcie na mocz, połączone z trudnością w oddawaniu takowego. Przy badaniu znaleziono stan ogólny niezły, siły dobre; chora jest w stanie bez zmęczenia chodzić godzinami. Lekka wrażliwość kolumny kręowej, szczególnie w okolicy lędźwiowej. Czucie skóry prawidłowe. Bezlądu nawet przy zamknięciu oczu wcale nie ma. Odruchy kolanowe zupełnie zniesione. W tym więc przypadku mieliśmy bardzo wczesnie, bo zaledwie od kilku miesięcy powstałą chorobę; za więdem przemawiały: 1) dziedziczność, 2) bóle kłójące, występujące od kilku miesięcy, 3) zaburzenie w oddawaniu moczu. 4) zniesienie odruchów kolanowych.

Widzimy więc, że w tym przypadku już po kilku miesiącach od czasu wystąpienia choroby odruchy kolanowe były w zupełności zniesione. A objaw ten ostatni w tym przypadku był tak wielkiej doniosłości, że li tylko na jego podstawie byliśmy w stanie rozpoznać więd w tak wczesnym okresie.

(Dok. nast.)

### III. KILKA UWAG

#### NAD PRZEBIEGIEM TYFUSU BRZUSZNEGO I WYSYPKOWEGO

w klinice terapeutycznej Szpitala S-go Ducha za czas od r. 1872—1882.

Podał

**Henryk Pacanowski** asystent kliniki.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 12).

#### Przewód pokarmowy.

1). Zapalenie gardzieli (*angina faucium*) obserwowano 8 razy, zawsze podczas trwania gorączki, zatem takowe pozostawało w ścisłym związku z tyfusem: 2 razy 6 dnia, 2 razy 9 dnia, raz 10 dnia, raz 13-go, raz 19-go i raz 38-go dnia choroby.

2). Zapalenie gruczołu przyusznego (*parotitis*) w czterech przypadkach: 3 razy w czasie gorączki, raz w okresie zdrowienia.

№ 31. K., służąca, lat 18, dobrze odżywiana, przybyła 6 dnia choroby z oznakami powiększonej śledziony, bólem w nadbrzuszu i okolicy pępkowej oraz zaparciem stolca. Zapalenie gruczołu pojawiło się 8 dnia choroby przy ciepłocie 39,3° C., trwało 7 dni i znikło jednocześnie z obniżeniem ciepłoty do 38° C.. Gorączka trwała razem 15 dni.

№ 32. S. 15-letni, terminator szewcki, przybył 3 dnia po wystąpieniu dreszczy i bólów w kończynach. Odżywianie dobre, ból w podbrzuszu prawem, wzdęcie, kruczenie, biegunka; śledziona u góry na ósmym żebrze; białkomocz. 7 dnia chory począł majaczyć, stał się sennym, co trwało przez cały czas istnienia gorączki, to jest do 21 dnia choroby. 14 dnia, przy oznakach dość gwałtownego zaburzenia ze strony ośrodków nerwowych, wystąpił ból i obrzmienie gruczołu przyusznego, jednakże bez następczego zropienia. Ciepłota 39,5° C..

Trzecia chora (O. № 1) dostała zapalenia gruczołu przyusznego 11 dnia choroby, przy ciepłocie 40° C.; po 5 dniach wykonano nacięcie. Około 22 dnia odkryto połączenie między ślinianką a średnim uchem, oraz przedziurawienie błony bębenkowej.

3). Wymioty miały swe źródło w kilku przyczynach. Powstawały one bądź samoistnie, bądź pod wpływem niektórych przepisywanych chorym środków, np. po chininie i kwasie salicylowym, wreszcie jako następstwo przekroczeń dyjetetycznych, o czym już powyżej była mowa.

4). Ból brzucha był spostrzeganym w 95 przypadkach (70%), najczęściej między 4—16 dniem tyfusu. Brakło go w 15 przypadkach między 4—16 dniem. Zasluguje na uwagę jeden chory, który umarł skutkiem przedziurawienia wrzodu jelitowego, a przez cały czas choroby wcale się na ból brzucha nie skarżył (K. № 35).

5). Biegunka zanotowaną była tylko w 68 przypadkach (51%) między 3—21 dniem choroby, lecz najczęściej od 5—9 dnia.

6). Zaparcie stolca obserwowano w 25 przypadkach, między 3—21 dniem choroby. W jednym przypadku, przy zaparciu, trwającym do 13 dnia ciągle, po jednorazowym zadaniu olejku rycinowego nastąpiła biegunka, utrzymująca się przez 12 dni.



7). Stolce krwawe zauważono w czterech przypadkach.

№ 33. U., lat 12, służąca, wątła, przebywała ospę. Obecna choroba rozpoczęła się kilkoma mocnymi, codziennymi dreszczami i zaparciem stolca. Przyšla do kliniki 10 dnia choroby. Ból w okolicy biodrowej prawej, wzdęcie brzucha, śledziona powiększona, zaparcie. Po lawatywie nastąpiło krwawe wypróżnienie. Począwszy od 11 aż do 14 dnia choroby codziennie po kilka krwawych stolców. Ciepłota zostawała ciągle na wysokości  $40^{\circ}$ — $40,8^{\circ}$  C. 19 dnia znów po kilkodniowej przerwie krwawy stolec; przytem oznaki zapaści, skurcze ścięgniste, omdlenie. Po 4 dniach śmierć przy  $40,6^{\circ}$  C.. Oględziny pośmiertne wykazały bardzo rozległe wrzody w jelitach, nawet grubych.

O pozostałych chorych mówiłem powyżej (D. Nr. 27 i J. Nr. 7). U ostatniego zaś chorego były tylko nieznaczne ślady krwi w stolcach 10 dnia choroby bez dalszych szkodliwych następstw. U chorego J. stolec krwawy nastąpił po użyciu jednej drachmy chloranu potasu.

Tak więc krwawienie z kiszek spostrzegano u osobników młodych, przeważnie wątłych, pomiędzy 10—19 dniem choroby, Pomimo dość obfitej ilości krwi nie było owych znacznych obniżeń gorączki, o jakich zwykliśmy w takich razach słyszeć; u chorej Nr. 33 różnica wynosiła zaledwo kilka dziesiątych stopnia ( $0,2^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$  C.); u chorej zaś D. po krwotoku (19-go dnia) ciepłota podniosła się z porannej  $40^{\circ}$  C. o cały stopień wieczorem. Śmiertelnie zakończył się jeden przypadek.

8) Zapalenie otrzewnej (*peritonitis*) u jednego tylko chorego po przekroczeniu dyjetetycznem (S. Nr. 6).

9) Przedziurawienie jelita (*perforatio ilei*) u dwóch chorych; obadwaj zmarli.

N 34. F., 23 letnia mamka, bardzo tusta, zachorowała 10 Stycznia 1876 r.; codziennie przez kilka dni powtarzały się typowe dreszcze, które po chininie ustąpiły. Przybyła do kliniki w 20 dni później. Na tułowiu petocie. Silny ból brzucha, kruczenie, biegunka; tępość śledziony od 8 żebra; ślady białka w moczu. Dano chorej olejku rycinowego. Ciepłota sięgała wyżej  $41,5^{\circ}$  C.. Od chwili przybycia aż do śmierci (przez 10 dni) stosowano ciągle kąpiele zimne, po kilka razy dziennie. Znaleziono przy sekcji dużo wrzodów w okrężnicy, idących aż do błony mięśniowej. *In ileo* przedziurawienie jednego wrzodu.

W danym przypadku warunki ze strony chorej były bardzo niepomyślne: najprzód gorączka była bardzo wysoka, powtórne zbytnia obfitość pokładu tłuszczowego przeszkadzała znacznemu obniżeniu ciepłoty, która bardzo szybko powracała do poprzedniej wysokości: dla tego kąpiele nie mogły działać skutecznie.

№ 35. K., introligator, lat 24, zachorował 14 Marca 1881 r.. Do kliniki wstąpił 8 dnia choroby przy ciepłocie  $38,3^{\circ}$  C. rano.  $40,2^{\circ}$  C. wieczorem. Obfitość tkanki tłuszczowej podskórnej; śledziona u góry na VII żebrze; wzdęcie brzucha; stolce twarde. Nazajutrz po lawatywie z olejku rycinowego stolce rzadkie, wraz z moczem chory oddaje je mimowolnie pod siebie. Wzdęcie brzucha ogromne, lecz zupełny brak bólu. Wymioty po wypiciu mleka, czkawka. Od 13 dnia choroby do śmierci (17 dnia) wymioty po przyjęciu jakiegokolwiek płynu (wino, kawa czarna); ciągle brak bólu brzucha, wzdęcie, czkawka, tętno nitkowate, przytomność zupełna, ciepłota zawsze  $39^{\circ}$  —  $40^{\circ}$  C., raz tylko (13 dnia) była wieczorem  $41^{\circ}$  C.. Sekcyjja wykazała przedziurawienie *in ileo*; otrzewna nieco zmętniała, lecz wszędzie gładka, bez wysięku; w jamie jej nieco mas kałowych.

Otóż w tym przypadku mamy również osobnika otyłego, jak w poprzednim. Zasługuje jeszcze na uwagę zupełny brak bólu brzucha przez cały czas choroby, pomimo ogromnego wzdęcia i czkawki, które są przecie oznakami zadrażnienia otrzewnej. Należało tu przypuścić pewnego rodzaju indywidualne usposobienie do przedziurawienia, gdyż wszystkie pozostałe wrzody były płaskie i ledwo sięgały do tkanki podśluzowej.

10) Powiększenie śledziony (*tumor lienis*) było w 104 przypadkach (80%); z tych powstało ono już na 3 dzień choroby 2 razy; najpóźniej zauważono je 29 dnia, gdy gorączka przybrała typ przepuszczający. Najczęściej napotymano powiększenie śledziony między 5—12 dniem choroby. Brak powiększenia takowej widziano 5 razy (od 7—20 dnia choroby); w jednym przypadku pozostawała ona w granicach normalnych przez cały czas trwania tyfusu.

### Układ nerwowy,

1) Majaczenie było objawem bardzo częstym; występowało między 4—21 dniem choroby, najczęściej w początku drugiego okresu (około 8 dnia). Raz zauważono majaczenie już w drugim dniu choroby (przy ciepłocie 38,8° C. do 39,2° C.). Również raz 26 dnia choroby (37,8° C. rano — 38,6° C. wieczorem).

2) Oblęd (*delirium*), jako wyższy stopień poprzedniego, gdy chorzy nie tylko majaczą, lecz usiłują uciekać, przytrafił się w pięciu przypadkach. Musiano chorych takich chwycić na korytarzu, a jeden o mało że nie wybiegł na ulicę. W jednym przypadku mieliśmy oczywisty dowód zależności oblędu od wysokiej ciepłoty, ponieważ takowy pojawił się 18 dnia choroby przy ciepłocie 42° C. i minął jednocześnie z obniżeniem się ciepłoty. Natomiast inny chory przy takiejże ciepłocie 42° C. zachował przytomność zupełną, lecz był to tyfus poronny.

3. Zupełna nieprzytomność, przez czas dłuższy trwająca, spstrzegana była 8 razy; z tych u jednego chorego trwała 26 dni; w obu razach począwszy od 7 dnia choroby. Wreszcie raz wystąpiła 15 dnia i trwała tydzień.

Z powyższych 8 chorych zmarły dwie kobiety (jedna skutkiem zapalenia płuc). Ciepłota dosięgała u nich 41,5°—42° C.; obie umarły w połowie trzeciego tygodnia choroby.

4) Objawy istotnego obłąkania obserwowane były u 3 chorych, z których jeden zmarł. Z pomiędzy nich u jednego wystąpiły przypadłości obłąkania w końcowym okresie gorączki tyfusowej, drugi i trzeci przybyli z takowemi w początku choroby.

N. 36. B., 22 letni stolarz nieźle odżywiany, zachorował 5 X. 1880 po zjeźdzeniu flaków. Przedtem oprócz odry i zimnicy żadnych chorób nie przebywał; zawsze umysłowo zdrów. Do kliniki wstąpił 5 dnia choroby przy ciepłocie 40,6° C. wieczorem. Znaleziono różyczkę, ból *in regione ileo-coecali*, biegunkę i powiększoną śledzionę. Po zadaniu salicylanu sodu ciepłota 7 dnia spadła z 40,6° C. wieczorem na 39° C. rano (8 dnia choroby); odtąd pozostawała w takich granicach, dochodząc wieczorami do 40,2° C. aż do 12 dnia. Wówczas ciepłota wynosiła 38,3° C., tętno 88. Według opowiadania sąsiadów chory przepędził noc bezsenne; nazajutrz nie poznawał otaczających; ciepłota wynosiła 38,2° C., natomiast tętno podniosło się do 120. Przez następne 5 dni chory rzucał się gwałtownie,



był naprzemian wesołym i sentymentalnym, spisywał ustawicznie dzieje swej młodości, miłość sielankową. Stosowano bromek potasu z wodanem chloralu wewnątrznie, oraz kąpiele 22° R.. 17 dnia choroby uspokoił się nieco, lecz wciąż majaczył; ciepłota normalna. Nareszcie 27 dnia choroby próbował uciec bosą na ulicę i z tego powodu musiano przewieźć chorego do szpitala Ś-go Jana Bożego.

N. 37. B., chórzysta opery warszawskiej, lat 20 mający, waty i mało-krwisty, przywiezionym został 26. XI. 1881 do kliniki ze szpitala Jana Bożego. Jeszcze przed czterema laty zakochał się, a doznając przeszkód ze strony rodziny stał się posepnym i małomównym. Od kilku miesięcy począł nalogowo używać napojów wyskokowych, oddawał się samogwałtowi i nadmiernym stosunkom płciowym, do czego przyłączyły się i częste zmazania nocne. Przed dwoma tygodniami pod wpływem halucynacji chory wybiegł bez czapki na ulicę i ukląkł przed kościołem. Policja, znalazłszy go w tym stanie, odesłała do szpitala obłąkanych, z kąd po dwóch tygodniach przybył do kliniki. Nie byłem w stanie dowiedzieć się o dniu rozpoczęcia się choroby; sądząc jednakże z przebiegu ciepłoty, która w chwili przywiezienia chorego do kliniki wynosiła 40,8° C., i utrzymywała się na tej wysokości prawie przez 6 dni, przypuszczałem, iż był to koniec drugiego tygodnia choroby. Z innych objawów stwierdzono: śledzionę posuniętą ku górze do VIII żebra, ból w podbrzuszu prawem, biegunkę. Chory jest nadzwyczajnie rozdrażnionym, często wzdycha, składa ręce i modli się, pluje w podawane mu pokarmy. Nazajutrz usiłował wybiedz na korytarz. Brzuch wzdęty, kruczenie, biegunka, nieżyt oskrzelowy. Ciepłota zrana 40° C., wieczorem 40,3° C. D. 30. XI.: stolce i mocz oddaje bezwiednie pod siebie; brzuch bolesny; zapalenie płuc opadowe z prawej strony; nadzwyczaj uporczywy nieżyt drobnoskrzelowy. Ciągłe złudzenia wzroku i słuchu (halucynacje). Ciepłota rano 40,2° C., wieczorem 41° C. Odtąd ciepłota zaczęła stopniowo obniżać się, aż po 6 dniach nagłym spadkiem z 39° C. doszła do 37,1° C. i na tym poziomie już zostawała. Chory wraz z opadaniem gorączki powoli odzyskiwał coraz bardziej świadomość, odpowiadał zrozumiale na pytania, lecz skarżył się jeszcze na trapiące go widziadła sennne. 21. XII. uczuł ból w łydce lewej, oraz w pachwinie lewej, gdzie gruczoly były obrzmiałe; również pokazało się zaczerwienienie na krętarzu wielkim lewym; po tygodniu wszystko to minęło; pozostały tylko jeszcze dłuższy czas zmazania nocne. Chory wypisał się z kliniki 5. I. 1882 w stanie nie pozostawiającym nic do życzenia.

W niniejszym przypadku mamy dwa przypuszczenia, co do początku choroby: albo tyfus wystąpił niezależnie podczas istniejącego już zaburzenia psychicznego, albo też owe zaburzenia były tylko początkowym przejawem tyfusu. Druga możliwość zdaje się prawdopodobniejszą, zwłaszcza iż grunt był tu już dostatecznie przygotowanym; prócz tego, wszystkie objawy mózgowie ustąpiły wraz z ukończeniem się gorączki tyfusowej.

№ 38. M., 20-letni uczeń gimnazyjum, dobrze zbudowany, przywiezionym został do kliniki 6 dnia choroby, która rozpoczęła się 11. VI. 1881 r. lekkimi dreszczami, krwawieniem z nosa i zaparciem stolca; przepisano mu w domu olejek rycinowy i środek wymiotny. Chory zawsze był zdrowym umysłowo. W chwili przybycia był bardzo gwałtownym, rzucał się i oglądał na wszystkie strony, pytał — kto tam? rozmawiał naprzemiany to po polsku, to innymi językami, tytułował siebie generałem, cesarzem i t. p.. Obok tego żółtawe zabarwienie skóry, źrenice rozszerzone, na wargach wyprysk (*herpes labialis*); chory obficie pokryty potem; mocz, oraz płynne wypróżnienia oddaje mimowolnie i nieświadomo; śledziona w granicach prawidłowych. Ciepłota wynosiła 39° C., lecz tętno 160 uderzeń, bardzo drobne. Po dwóch dniach nieco się uspokoił, lecz nieprzy-

tomny. 9 dnia usiłował uciekać; skarżył się na ból głowy; drgawki kloniczne głowy, przykurczenia ścięgnaiste w kończynach. 10 dnia to samo, lecz chory znacznie przytomniejszy; sinica, zimne kończyny; ciepłota 38,8° C. tętno 144, 11 dnia ciepłota 38,5° C., szczękoscisk, drżenie całego ciała; chory znów mający nazywa siebie cesarzem. 12 dnia ciepłota 38,3° C., wieczorem 37,5° C., objawy te same, drgawki kloniczne głowy. 13 dnia ciepłota 37° C., wieczorem 36,6° C., nastąpiła śmierć.

Badanie pośmiertne wykazało silne przekrwienie mózgu i opon, krew płynną, śledzionę nieco powiększoną, przekrwienie z lekkim nacieczeniem gruczołków samotnych w jelitach cienkich.

5. **N i e m o t a** (*aphasia*) przemijająca spostrzegana była w jednym przypadku, przy zachowaniu zupełnej świadomości.

№ 39. H. 10 letni. uczeń gimnazjum. wątły, dostał 5. XII. 1875 r. dreszczy, mdłości, biegunki. Przywieziony 4 dnia choroby do kliniki już mający; na wargach pryszczki, nieżyt oskrzelowy, ból w podbrzuszu lewym oraz powiększenie śledziony. Ciepłota 40° C., 6 dnia, przy ciepłocie wieczornej 41° C. gwałtownie mający; stolce pod siebie. 9 dnia ciepłota z 41,2° C. spadła do 39,5 C. 10 dnia do 38° C.; wystąpiła na tułowiu różyczka, chory stał się przytomniejszym. 14 dnia przy ciepłocie 38° C. rano, 38,3° C. wieczór chory, będąc zupełnie przytomnym, utracił możność mówienia, lecz rozumiał wszystkie zapytania. Po 7 dniach mowę odzyskał i odtąd zdrowienie postępowało jak zwykle.

6. **R w a k u l s z o w a** (*ischias*) w dwóch przypadkach: jeden u chorej J. (№ 30), o czym wyżej, drugi u chorej O. (№ 1).

7. **B ó l e w n o g a c h** zapewne mięśniowe (zwyrodnienie woskowane Zenker'a?) u 3 chorych: jeden, 6 dnia choroby przy ciepłocie 38,4° C.; drugi 22 dnia przy ciepłocie 40,4° C., trzeci 28 dnia przy ciepłocie 41° C..

8. **G ł u c h o t a** w 6 przypadkach, podczas i krótki czas po ustąpieniu gorączki; u jednego chorego natomiast pozostała ciągle.

9. **Z a p a l e n i e u c h a** (*otitis*) w 9 przypadkach: 4 razy w czasie trwania gorączki między 9—31 dniem choroby; 5 razy przy ciepłocie prawidłowej między 14—33 dniem. Sprawa zapalna trwała około 2 tygodni.

### R o k o w a n i e:

W tyfusie mniej niż w innych chorobach gorączkowych opierać możemy rokowanie na ścisłych zasadach, ponieważ w każdym, nawet lekkim przypadku, zarówno jak w każdym niemal okresie choroby, przyłączyć się mogą rozliczne powikłania, zagrażające życiu chorego; niebezpieczeństwo takie trwa nieraz nawet przez czas dłuższy po ukończeniu się choroby. Mimo to jednakże istnieją pewne dane, na których się opierając, jesteśmy w stanie z niejakim prawdopodobieństwem wnioskować o cięższym lub lżejszym przebiegu choroby. Zanim przejdę do rozpatrzenia owych warunków, przedstawię ogólną cyfrę śmiertelności pomiędzy naszymi chorymi.

Wszystkich przypadków śmierci na 133 chorych klinicznych było 12, czyli 9%. Zestawiając cyfrę tę z podaniami przez różnych autorów, znajdujemy:

u Liebermeister'a (Patologija Ziemssen'a) średnia śmiertelność = 16,17%  
„ Z u e l z e r'a <sup>1)</sup> (w szpitalach niemieckich za 1872 — 1874 rok) = 10. 8%

<sup>1)</sup> Real-Encyclopädie. T. I. str. 34.



u Wunderlich'a, (l. c. p. 380) . . . . .	= 25 — 33%
„ Griesinger'a, <sup>1)</sup> . . . . .	= 18 — 22%
„ Tunga'a (w szpitalach Hamburskich 1858 — 1861) . . . . .	= 19%
„ Sonder'a (Betanien-Berlin 1861) . . . . .	= 18%
„ Szpital Wieden w Wiedniu 1861 — 1862 . . . . .	= 18,4%
„ Murchison'a (Fewer-Hosp. London w ciągu 14½ lat) . . . . .	= 18,5%
„ Epidemije we Francyi od 1841 — 1852 roku . . . . .	= 14 — 16%
„ Jaccoud <sup>2)</sup> . . . . .	= 15 — 20%

Przytaczać dalsze cyfry byłoby zbyt bezcelnym. Z powyższego przekonywamy się, iż ogólny procent śmiertelności, w porównaniu z danymi wymienionych autorów, był w klinice bardzo nieznacznym. Jednakże obliczenie takie jest niedostatecznym, gdyż z niego żadnego nie jesteśmy w stanie powziąć wyobrażenia, jakie warunki wpłynęły na niepomysłne zejście w każdym pojedynczym przypadku, wiadomo zaś, o ile różnorodnymi są owe warunki. Celem dokładniejszego scharakteryzowania ich, pozwolę sobie najsamprzód rozpatrzyć po szczególe przyczynę śmierci u 12 naszych chorych.

1). G., 14-letnia służąca, dobrze odżywiana, przechodziła w 6-tym roku życia ospę naturalną; ochronna nie była szczepioną. Obecna choroba rozpoczęła się bólem głowy, ogólnym osłabieniem, bólami w stawach i zawrotami; dreszczów nie było. Chora przybyła do kliniki szóstego dnia choroby w stanie przytomnym; skarżyła się na silny ból głowy i biegunkę. Badanie wykazało: ból w okolicy biodrowej prawej, powiększoną śledzionę, oraz ślady białka i krwi w moczu. 11 dnia choroby po jednym mocnym dreszczu wystąpiły objawy opadowego zapalenia płuc (*pneumonia hypostatica*), chora, dotąd będąc przytomną, zaczęła majaczyć, dostała nudności, lecz bez wymiotów, oraz krwawienia z dziąseł. Dopiero w dniu śmierci (17 dnia) odzyskała przytomność. Gorączka wynosiła 11 i 14 dnia choroby 42° C.. Na dwa dni przed śmiercią ciepłota spadła z 41,6° na 38,8° C., krwotoku kiszki nie było. Badanie pośmiertne: Przekrwienie zastoje mózgu; zapalenie opadowe tylnych części prawego płuca; serce wiotkie; ostre obrzmienie śledziony, niezbyt żółtą, wrzody tyfusowe w kiszce cienkiej (*ileum*).

Przyczyną śmierci było więc zapalenie płuc, które prawdopodobnie po części powstało skutkiem ogólnego wyczerpania sił chorej pod wpływem wysokiej gorączki.

2). S, opisany wyżej (Nr. 6). Badanie pośmiertne: W jamie otrzewnej płyn surowiczo-ropny, z krwią pomieszany. Zewnętrzna powierzchnia jelit zaczerwieniona. Sieć większa (*omentum majus*) dolnym swym końcem przyrosła do ścianki brzusznej na przednio-zewnętrznej stronie kiszki ślepej (*caecum*) zrosty te mają w wymiarze podłużnym 3—4 ctm., są mocne, nastryknięte i ropą oblane; sama sieć, trochę naprężona, pokrywa *caecum* i małą część kiszki cienkiej około zastawki Bauhina. *Fossa subcaecalis* bardzo głęboka, obszerna, w niej leżą zwoje kiszki cienkiej. W kiszkach cienkich znajdują się wrzody, 3—4 ctm. średnicy mające, bezbarwne, z ostremi brzegami, płaskie; prócz tego dużo szarych plam po wrzodach zagojonych; warstwa podśluzowa i mięsna jednak nigdzie nie obnażona. Przedziurawienia nie ma. Gruczoły krętkowe naciekle. Z pozostałych narządów, obrzęk i przekrwienie opon mózgowych i nieco

<sup>1)</sup> Wydanie rosyjskie (Choroby gorączkowe). T. I. str. 492.

<sup>2)</sup> Tom IV. str. 370.

plynu surowiczego w komórkach bocznych. Śledziona miękka, obrzmiała. Nerki powiększone, warstwa korowa zgrubiała, żółtawa, piramidy ciemnoczerwone, otoczka ściąga się łatwo (*nephritis parenchymatosa*). Płuca małowkrwiste. Widzimy, iż pomimo przekroczenia dyjetetycznego nie nastąpiło przedziurawienie jelit, lecz tylko ropne zapalenie otrzewnej, a to w sposób następujący: Zrost sieci większej (*omentum*) z ścianką brzuszną, który istniał oddawna, a więc nie zależał od tyfusu, utrudniał już zresztą upośledzone ruchy robaczkowe; twarde pokarm znacznie rozciągnął ubezwładnione jelito, uciśnięte przez niepodatną sieć, zawartość nie była w stanie przesunąć się, a tym sposobem otrzewna uległa podrażnieniu i następnie zapaleniu. Zatem przyczyną śmierci nie było wyłącznie niezachowanie przez chorego koniecznej diety, ponieważ żaden inny z powyżej przytoczonych przykładów nie zakończył się niepomyślnie, lecz przypadkowe istnienie dawnego zrostu sieci, który uczynił niemożliwym posuwanie się kału i wywołał rodzaj uwięznięcia.

3) U. opisana wyżej (Nr. 33) **B a d a n i e p o ś m i e r t n e:** Wrzody tyfusowe rozległe wzdłuż całej kiszki cienkiej (*jejunum et ileum*) dokoła zastawki *B a u h i n'a*, w wyrostku robaczkowym, kiszce ślepej, okrężnicy całej, aż do *flexura sigmoidea*. W okrężnicy poprzecznej (*colon transversum*) dwa głębokie wrzody, z których jeden przebija warstwę mięśniową i doszedł do samej otrzewnej. Mózg i płuca przekrwione, nerki blade.

W niniejszym przypadku, śmierć nastąpiła skutkiem niezwykle rozległych wrzodów w całym niemal przewodzie jelitowym, obficie krwawiących; jeden z nich groził nawet rychłym przedziurawieniem. Chora była bardzo wątła i małowkrwista.

4) W. opisana wyżej (Nr. 38). **B a d a n i e p o ś m i e r t n e:** Mózg bezkrwisty; rozedma i obrzęk ostry płuc. Ujście aorty zwężone, wynosi tylko 1 ctm. w średnicy; zastawki aorty zgrubiałe; sama ścianka aorty cienka aż do przezroczystości. Wrzody tyfusowe w dolnych częściach *ilei* i w okrężnicy. Przekrwienie jelit i obrzmienie gruczołów samotnych. Gruczoły kiszki szaroczerwone, naciezione. Śledziona miękka, powiększona; nerki przekrwione. Narządy płciowe w stanie zupełnie nierozwiniętym.

Przytoczony tu opis choroby oraz oględzin pośmiertnych, wykazuje dowodnie, iż nie sama sprawa tyfusowa spowodowała zejście śmiertelne, które nastąpiło pod wpływem nagłego bezwładu serca, uwarunkowanego wadą zastawkową, oddawna już istniejącą, to jest niedomykalnością zastawek aorty i zwężeniem aortalnego ujścia. Wada ta była zapewne także przyczyną ogólnego niedorozwoju całego ustroju.

5) W. opisana pod Nr. 2. **B a d a n i e p o ś m i e r t n e:** Na prawym pośladku wrzód odleżynowy. Ogólne wychudnienie całego ciała z zupełnym brakiem pokładu tłuszczowego. Opony mózgowe oraz sama istota mózgowa blade. W obudwu szczytach płucnych jamy (*cavernae*), ropą wypełnione, jakoteż rozsiane twarde, szarżółte ogniska zserowaciałe. Oskrzela rozszerzone (*bronchektasiae*). Śledziona miękka, powiększona; wątroba stłuszczona. Kępki *P a y e r'a* zniszczone, wystające; prócz tego w kiszki cienkich wrzody owalne, o równym dnie i brzegach gdzieniegdzie podminowanych. Wrzody dochodzą nieprzerwanie aż do zagięcia esowatego (*flexura sigmoidea*). W okrężnicy poprzecznej jeden wrzód dosięga prawie błony surowiczej. Gruczoły kiszki powiększone, ciemnoszare. Nerki powiększone, warstwa korowa blada, piramidy nastrzyknięte. Macica przodozgięta.

Tu także przyczyną śmierci nie był tyfus bezpośrednio, lecz suchoty płuc w wysokim stopniu. Owrzodzenia w przewodzie pokarmowym były w części



gruźlicze, w części tyfusowe; niektóre z ostatnich już w okresie zagojenia. Chora umarła 49 dnia choroby.

6). P., 16-letnia służąca, dobrze zbudowana, u której choroba rozpoczęła się dreszczami i zaparciem stolca, przybyła do kliniki 31 dnia choroby z ciepłotą 41,6° C. Znaleziono różyczkę na tułowiu, niezyt oskrzelowy, szmer skurczowy u wierzchołka serca, które bardzo słabo uderzało; śledziona była powiększoną i bolesną, brzuch wzdętym; biegunka i ból w okolicy pępkowej; majaczenie. Choroba trwała 39 dni; były bardzo silne objawy mózgowe, stan ciągle nieprzytomny, zapaść. B a d a n i e p o ś m i e r t n e wykazało: wodogłowie wewnętrzne (*hydrocephalus internus*) w komórkach bocznych, przekrwienie zastojowe w oponach mózgowych, limfomat w szyszce (*Lymphoma pineale*). Gruczolki P a y e r'a naciekle, jak również gruczoly samotne, lecz bez owrzodzeń. Ostre obrzmienie śledziony.

Główne objawy w niniejszym przypadku mieściły się w ośrodkach nerwowych, natomiast w przewodzie jelitowym natężenie sprawy chorobowej było nieznaczne. Wysoka gorączka przez cały trwania choroby również przyczyniła się do niepomysłnego zejścia. (D. c. n.)

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 8. Ropnica połogowa. Zejście pomyślne.

Dnia 30. III. 1882 r. przysłano do kliniki chirurgicznej z Instytutu położniczego E. B., lat 30, 8-go dnia po urodzeniu dziecka. Chora budowy dobrej, z nieźle rozwiniętym układem kostnym i mięśniowym; odchody połogowe obecnie blade, nie zbyt obfite; macicę wyczuć można powyżej spojenia łonowego. Ciepłota podwyższona do 40° C., chora gorączkuje od dni 4-ch, język ma suchy, obłożony. Skarży się na ból gwałtowny w prawem przedramieniu i stawie stopogoleniowym lewym; ból ten wystąpił u niej 4-go dnia po urodzeniu dziecka i nie ustawał do chwili obecnej. Przy badaniu znajdujemy obszerny ropień na przedniej powierzchni prawego przedramienia, a jednocześnie znaczne obrzmienie stawu stopowego lewego, w którym napewno można było rozpoznać obecność ropnego wysięku. Ruchy wykonywane w tym stawie sprawiają chorej dokuczliwe bóle. Badanie organów płciowych nie wykazuje żadnych ważniejszych zmian z wyjątkiem nieznacznego *endometritis*. Po uśpieniu chorej i przy zachowaniu wszystkich przepisów metody przeciwnieżytnej, przystąpiliśmy do otwarcia ropnia na przedramieniu. Z jamy ropnia wypłynęła znaczna ilość posokowatego płynu. Następnie otworzyliśmy staw stopowy, prowadząc ciężca boczne przed kostkami ku dołowi; z jamy stawowej wyciekła również ropa posokowata w dość znacznej ilości; oprócz tego łyżeczką V o l k m a n a usunęliśmy z głębi stawu kilka skrzepów włóknikowych. Wprowadziwszy zgłębnik do stawu, przekonaliśmy się o zupełnem zniszczeniu chrząstek stawowych nasad kości piszczelowej i skokowej. Jamę stawową i jamę ropnia przedramienia przepłukaliśmy 5% roztworem kwasu karbolowego, przez staw przeprowadziliśmy sączek, a na ranę nałożyliśmy opatrunek L i s t e r'a. Na drugi dzień po operacji chora czuje się lepiej. Ciepłota wieczorem nie przewyższa 39° C. Do wewnątrz chorej zaleciłem po 5 gr. chininy wieczorem. Po 2-tygodniach rana na przedramieniu pokrywa się dobrą ziarniną, ze stawu stopowego wypływa niewielka ilość gęstej ropy; sączek wyjęliśmy. Ciepłota przez te 2 tygodnie nie przechodziła wieczorem 39° C, rano zaś dosięgała do 38,5° C. Przy końcu 4-go tygodnia chora już wcale nie gorączkuje, rana na przedramieniu zaczyna się zablizniać, ropienie w stawie stopowym niewielkie; wykonywanie biernych ruchów w stawie nie wywołuje prawie żadnego bólu. Nagle w 6-tym tygodniu od czasu operacji ciepłota u chorej dosięga 40° C., chora dostała gwałtownych dreszczy, zaczyna się uskarżać na silny ból w okolicy stawu udowego prawego. Przy badaniu znajdujemy obszerny ropień okołostawowy, który znowu otworzyliśmy po uśpieniu chorej i przy zachowaniu metody przeciwnieżytnej L i s t e r'a. Z jamy ropnia, łączącego się ze stawem udowym, wypłynęła ogromna ilość posokowatej cieczy; obnażenia jednak krętarza nie znaleźliśmy. Na drugi dzień po otwarciu powyższego ropnia ciepłota opadła do 39° C., trzymała się na tej wysokości przez cały tydzień. Następnie sprawa gojenia w stawie

udowym i stopowym odbywa się przy zupełnym braku gorączki, a przy końcu 3-go miesiąca od daty przybycia chorej do kliniki nastąpiło zupełne zagojenie stawu stopowego i ropnia udowego. Jedyne powikłanie ze strony stawu stopowego po zagojeniu wystąpiło pod postacią *pes varus*. Przykurczenie to udało się usunąć po uspieniu chorej i nałożeniu opatrunku gipsowego. Chora przeleżała jeszcze 3 tygodnie w szpitalu i w połowie Lipca opuściła klinikę zupełnie zdrowa. O ile widzimy z przebiegu choroby i anamnezy, to w danym przypadku mieliśmy do czynienia z ropnem zapaleniem 2-eh stawów i z przerzutowym ropniem przedramienia, które najoczywiściej powstały na gruncie zakaźnym w okresie połogowym i w danym razie przedstawiają nam typowy obraz ropnicy połogowej. Punktem wyjścia tego cierpienia prawdopodobnie było *endometritis puerperalis*, które znaleźliśmy przy badaniu chorej w dniu jej przybycia do kliniki; innej przyczyny trudno się dopatrzeć, gdyż chora urodziła dziecko bez współudziału pomocy lekarskiej, a na częściach płciowych nie dostrzegliśmy śladów żadnego obrażenia. Pomyślnie zejście w danym przypadku, pomimo zajęcia 2-eh stawów i ropnia przerzutowego i pomimo ogólnego wycieńczenia chorej w okresie połogowym, znakomicie potwierdza zdanie Mikulieza, <sup>1)</sup> który ropnicę połogową uważa, jako cierpienie z daleko łagodniejszym przebiegiem, aniżeli ropnicę pochodzenia urazowego. Naturalnie, jak w każdym przypadku, tak i tutaj tem więcej jeszcze należy przypisać pomyślnie zejście w nie małej części stosowaniu metody przeciwnilnej, o ile to było możliwem w klinice szpitalnej, znajdującej się w niezbyt świetnych warunkach higienicznych. Uderzającą jest jeszcze ta okoliczność w danym przypadku, że, pomimo zupełnego zniszczenia chrząstek stawowych kości piszczelowej i skokowej, nastąpiło zupełnie zagojenie stawu bez zarośnięcia (*ankylosis*); ruchy, prawda, były nieco ograniczone, jednakże już w szpitalu nawet, przy ciągłym ćwiczeniu, ruchy te stały się swobodniejszemi.

A. Gabszewicz.

**9. Przewlekły ropień kostny w kości piszczelowej lewej.** (*Abscessus chronicus ossis tibiae sinistrae*).

Mając na uwadze nadzwyczajną rzadkość tej postaci chorobowej, sądzę, że pobieżny nawet szkic obserwowanego przezemnie przypadku nie będzie zbytecznym. Do kliniki chirurgicznej przybył w dniu 24. X. 1882 r. Jan G... lat 34, dobrze zbudowany; układ mięśniowy i kostny niezłe rozwinięty, tkanka tłuszczowa w ilości umiarkowanej. Chory przed laty 15 uległ stłuczeniu lewej nogi, wskutek czego miało miejsce długotrwałe zapalenie kości piszczelowej, połączone z oddzielaniem się martwaków, a zakończone zupełnem zagojeniem. Przez kilka lat ostatnich chory czuł się zupełnie dobrze i przeważnie zajmował się kopaniem rowów. Przed rokiem dopiero zaczął doświadczać bez widocznej przyczyny gwałtownych bólów w lewej goleni. Bóle te miały charakter świdrujący, odbierały mu zupełnie sen, czasami jednak ustawały. Nieco później chory zauważył obrzmienie na przedniej powierzchni tejże goleni, które z wolna powiększało się do ostatnich czasów. Dokuczliwe gwałtowne bóle zmusiły chorego do szukania porady w szpitalu. Przy badaniu na pierwszy rzut oka uderza nas znaczne skrócenie kości goleni lewej w stosunku do prawej, różnica wynosi 5 ctm.. W górnej okolicy lewej goleni, na przedniej i wewnętrznej powierzchni, w pobliżu nasad, widzimy stare blizny, powstałe po oddzieleniu się martwaków. Goleń cała nieco zgrubiała, na jej środku, w miejscu odpowiadajacem grzebieniowi kości piszczelowej, widzimy dość znaczne wypukłe obrzmienie, nadzwyczaj bolesne przy dotykaniu. Na to też obrzmienie chory wskazuje, jako na główne siedlisko bólu, doznawanego już od roku. Ból ten najsilniej się wzmacnia, przy dotykaniu wierzchołka powyższego obrzmienia. Skóra w tem miejscu zaczerwieniona. Ruchy w stawie kolanowym i stopowym zupełnie są prawidłowe. Chory do ostatnich chwil nie przestawał chodzić. Mając na uwadze ograniczone obrzmienie okostnej, ból trwający od roku, a szczególnie charakter tego bólu, rozpoznaliśmy obecność ropnia w kości. W 28. X. prof. E f r e m o w s k i przystąpił do nałożenia trepanu. W odległości 1½ ctm. od powierzchni kości natrafiliśmy na jamę ropnia, z którego wypłynęło przynajmniej pół napastrka ropy żółtej, gęstej; ścianki jamy ropnia były zupełnie gładkie. Zatamponowano ranę kulkami waty z jodoformem i ustalono kończynę w blaszanej szynie,

<sup>1)</sup> Mikulicz. Zeitschrift für Heilkunde. Tom 2. 1881 r. Puerperale Pyämie.



Na drugi dzień ból się znacznie zmniejszył, a po kilku dniach zupełnie ustał, nie powtarzając się wcale, aż do wyjścia chorego ze szpitala. Rana goiła się powoli, ale bez żadnych powikłań ze strony tkanki kostnej i w końcu Grudnia zupełnie się zablizniła, a chory opuścił szpital, nie doznając najmniejszego bólu i nie skarżąc się na ograniczenie czynności w cierpiącej poprzednio kośćce. Z opisu powyższego widzimy, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z czystym jedynie ropniem w kości, o czym nas przekonywa przebieg gojenia, odbywający się bez żadnego powikłania ze strony otaczającej tkanki kostnej.

Nie będę się wdawał w szczegółowy rozbiór powyższych spraw chorobowych, gdyż już o nich kolega Matlakowski w łamach tego pisma zeszłego roku obszernie wspomniął, zwrócę tylko jeszcze raz uwagę na to, że przy rozpoznawaniu powinniśmy najwięcej uwzględniać obecność, długotrwałość i charakter bólu, który jak w przypadkach opisywanych przez autorów, tak i w naszym, był prawie jedyną wskazówką, pozwalającą nam wnioskować o obecności ropnia i odróżnieniu go od innych cierpień tkanki kostnej. Przypadek opisany jest także ciekawym ze względu na swą przyczyną: chory nie podaje żadnej przyczyny swego cierpienia, dodaje tylko, o czym wyżej wspomniałem, że zajmował się przez lat kilka kopaniem rowów w porze wiosennej i jesiennej. Być więc może, że i w danym przypadku częste przemaczanie nóg, na co zwrócił uwagę także kol. Matlakowski w swej pracy, było jednym z czynników usposabiających do powstania ropnia w kości piszczelowej, która wskutek poprzednich spraw chorobowych przedstawiała *locus minoris resistentiae*.

A. Gabszewicz.

## Wiadomości bieżące.

*Kraków.* D-r Obaliński mianowany został nadzwyczajnym profesorem uniwersytetu Jagiellońskiego.

— Odbywa tu posiedzenia komisya wyznaczona dla obrania gruntu pod budowę klinik uniwersyteckich oraz zakładu patologicznego. Do komisji tej prócz D-ra Hoszarda, członka Wydziału krajowego, wchodzi z lekarzy: profesorowie Rydel (dziekan), Madurowicz, Korcezyński, Adamkiewicz, Blumenstoki Mikulicz. (*Przegląd lekarski*).

— Dnia 17 b. m. wykonano w klinice prof. Madurowicza 3 owaryjotomije: jedną wykonał prof. Madurowicz, drugą prof. Mikulicz, trzecią docent Mars.

(*Przegląd lekarski*.)

*Praga.* W d. 10 b. m. obchodzono tu 25-letni jubileusz zawodu profesorskiego, słynnego medyka sądowego prof. Maschki.

*Paryż.* W d. 20 b. m. zmarł tu w 67 roku życia D-r Lasègue prof. kliniki terapeutycznej w szpitalu *de la Pitié*. Zmarły był autorem wielu cennych artykułów z medycyny sądowej i chorób umysłowych. Redagował on z wspólnie z prof. Duplay pismo *Archives gènerales de mèdecine*.

*Tubinga.* Zmarł tu znany laryngo-chirurg prof. Bruns.

### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski*, Nr. 12. Mikulicz: Skoliozometr, przyrząd do mierzenia skrzywienia boczego kręgosłupa. Pisek. Włókniak po części tłuszczak śluzakowaty więzu przedkręgowego. (Dokończenie). Kohn. Zarośnięcie pochwy macicznej nabyte. Wyleczenie za pomocą operacji. (Dokończenie). Schaitter: Uwagi nad sądowo-lekarskim badaniem plam nasiennych. (Dalszy ciąg). Wicherkiwicz: O keratoskopii. (Dokończenie).

— *Medycyna*, Nr. 12: Dobrzycki. Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych przy szpitalu w Mieni urządzonej za r. 1881 i 1882. (Dalszy ciąg).

## PIGUŁKI ŻELAZNE D<sup>ra</sup> RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryzkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci* i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych *brakiem krwi*.

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcyi. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

## KAPSUŁKI I PIGUŁKI

Z BROMKU KAMFORY

## DOKTORA CLIN

*Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.*

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpitacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie

PIGUŁKI ŻELAZNE D<sup>ra</sup> RABUTEAU.

## KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

..KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencyi drzewa sandalowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

..Z powodu delikatnej karukowej obłotki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niezem żołądkowi“

*(Gazeta Szpitali Paryskich)*

Zażywać 9 do 12 kapsułek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu. Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSUŁEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.



# PEPTONY PEPSYNOWE

## NA MIĘSIE WOŁOWEM

CHAPOTEAUT, APTEKARZ 1-ej KLASY WYDZIAŁU PARYSKIEGO.

Peptony te zupełnie czyste, nie zawierają jak tylko mięso wołowe strawione, przez co jest ono łatwo przyswajalne, zapomocą pepsyny zawsze w ilości odmierzonej i regularnej, otrzymanej ze żołądków baranich, które jedna część trawi 7 do 800 części fibryny i która nie znajduje się w handlu. Posiadają one silną własność karmiącą i żywią doskonale organizm.

Należy je odróżniać od peptonów, jużto przyrządzanych z podpuszczką barania, jużto z trzustkami wieprzowemi, i zawierających produkt pochodzący jużto ze strawienia błon żołądkowych jużto mięsa.

Są one w trzech formach:

### 1. WINO PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Zawiera ono w kieliszku pepton z 10 grammów mięsa wołowego. Posiada smak bardzo przyjemny i stanowi doskonały pokarm, który chorzy i dzieci przyjmują z przyjemnością. Używa się go z początkiem jedzenia w ilości jednego do dwóch kieliszków.

### 2. KONSERWA PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Produkt ten jest płynny, obojętny, aromatyczny i przechowuje się dobrze. Łyżeczka kawowa przedstawia podwójną jego wagę mięsa wołowego, zażywa się go czysty lub w rosole, w winie, konfiturach, syropie i w formie lawatyw żywiących.

### 3. PROSZEK PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Posiada smak mięsa i daje tę korzyść, że można go zażyć w pierwszej łyżce zupy. Rozpuszcza się w wodzie, rosole i w winie. Każda łyżeczka kawowa obejmuje blisko 4 grammy peptonu, czyli 21 do 22 grammów mięsa wołowego, zupełnie strawionego i przyswajalnego. Słoik zawiera 30 grammów peptonu, przedstawiające 160 do 165 gram. mięsa wołowego, co może wystarczyć do nakarmienia osoby dorosłej.

### GŁÓWNE WSKAZÓWKI.

Niedotlenność krwi. — Trudność trawienia. — Słaba konstytucja ciała. — Osłabienie Niemoc żołądkowa i trzewiowa — Rekonwalescencyja. — Karmienie matek, dzieci, starców, chorych na cukrzycę i suchotników.

SKŁADY: 8, rue Vivienne w Paryżu; w aptece Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptece Piotra Mikolascha; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

# GUARANA

Jeden proszek, rozpuszczony w łyżce wody ocukrzonych i zażyty, dostatecznym jest do usmierzania natychmiast najsilniejszego bólu głowy i migreny i do wyleczenia rzucenia żołądka i biegunki. Sprzedaje się w pudełkach, zawierających dwanaście proszków.

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMĄ

**D. T. HEINRICH**

istniejący,

Zaopatrzony został w wody Vichy, tegorocznego ezerpania, ze źródeł: Grande-Grille, Hôpital, Celestin, Hautrives, Mesdames, Chomel.

Woda Vichy używana jest w cierpieniach organów trawienia, w chorobach wątroby, przy kamieniach żółciowych, w chorobach śledziony, w chorobie cukrowej, przy wydzielaniu piasku i biłka, w cierpieniach pęcherza, w podagrze, reumatyzmie oraz w cierpieniach nerwowych na podstawie artretycznej rozwijających się.

# VICTORIA woda gorzka NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkimi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej jak Pültau i Friedrichshall.

Polecana przez najznakomitsze powagi lekarskie i znanych lekarzy tutejszych, pomiędzy innymi przez Prof. rad. dworu *Ducheka*, rad. dworu *Bambergera*, *Auspitza*, *Lorinsera*, w *Wiedniu*, rz. rad. stanu Prof. *D-ra D. Lambla*, prym. *D-ra Kobylańskiego*, *D-ra Kyzego*, *D-ra Zaleskiego* w *Warszawie*.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

10—2

Wakuje posada

## DLA LEKARZA

ze stałą pensją, w ludnem miasteczku na Litwie, należącym do hrabiów Zamojskich, posiadającym aptekę. Okolice ludna, w miasteczku dwa razy tygodniowo odbywają się targi, a kilka razy do roku bywa jarmark. Lekarz życzący sobie zająć to miejsce raczy zwrócić się o bliższe szczegóły do aptekarza *Elijasza Ajzenstadt*, w powiatowem mieście *Oszmianie*, gub. *Wileńskiej*.

2—2

### LA BOURBOULE

WODA MINERALNA nadzwyczaj WZMACNIAJĄCA  
zawierająca

**Chloran Dwuwęglan i Arsenian Sodu**

Od pół szklanki do trzech szklanek dziennie  
odżywia dzieci wątłe i osoby osłabione

skuteczny środek przeciw  
**Bezkrwistości, Skrofulom,  
Diabetis, Gorączce Peryodycznej**

Chorobom skórnym i organów oddechowych  
Sezon kuracyjny  
OD 25 MAJA DO 25 WRZEŚNIA.

## PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.  
Znajduje się we wszystkich aptekach.

## ZAKŁAD LECZNICZY DLA CHORYCH NA ŻOŁĄDEK

w WARSZAWIE,

przy ulicy Kruczej Nr. 13bb.

Przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych, dotkniętych cierpieniami żołądka i kiszek. W ambulatoryjum zakładu niżej podpisany udziela porady przychodzącym chorym od godz. 10—11 rano.

O bliższych warunkach dowiedzieć się można na miejscu, lub w mieszkaniu kierującego zakładem przy ul. Przejazd Nr. 10.

**Dr. M. Rejchman.**

12—4

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

**D. T. HEINRICH**

istniejący

Zaopatrzone zostały w *Sól Vichy* do kąpeli, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracji do *Vichy*, a także w *Pastyłki*, przygotowane z wód *Vichy*, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłanianie kwasu żołądkowego.

30—1



# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,  
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce,  
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

## OGŁOSZENIA.

# SŁAWUTA

## ZAKŁAD KUMYSOWY I LEŚNA ZDROWOTNA STACYJA.

7-my rok istnienia. Pośród sosnowego lasu rozległości 120000 morgów; w odległości 4 wiorst od stacyi kolei (Brzesko-Kijowskiej, Sławuta). Kumys z czystego mleka kobyłego. Numera umeblowane w zakładzie ceny od 1 do 1½ Rs. na dobę (poduszkę i koldrę należy przywieźć ze sobą). Wszystkie numera dobrze wewnątrz otynkowane i opatrzone w piece. Zbudowana oddzielna sala koncertowo balowa i bilardowa. Rzeczne kąpiele w Horyniu. Gimnastyka. Wody mineralne. Mleko. Serwatka. Stała dobra niemiecka orkiestra. Fortepian. Powozy. Łodzie. Kurs kumysu 6-cio tygodniowy 50 Rs., trzytygodniowy 26 Rs., Butelka kumysu 50 kop. Obiad 80 kop. Najlepiej się leczą: chroniczne zapalenia i katary płuc. Katary żołądka i kiszek. Skrofuley. Choroby macicy. Sezon od 1/13 Maja do 1/17 Października. Mieszkania w domach prywatnych.

Właściciele zakładu Dr. J. Zejdowski.

Dr. L. Przesmycki

6—1

## Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

# SYFILIDOLOGIIJA

napisana przez D. Ż. Krówczyńskiego w 8, str. XII i 448.

Cena 5 zrt. w. a.

0—2

# Plaster Thapsia

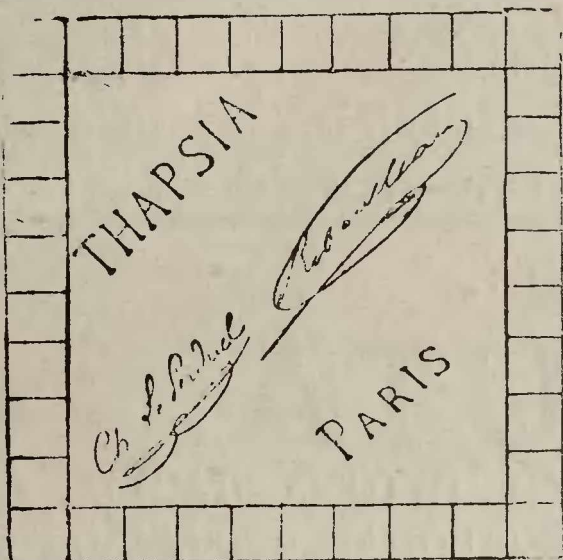
LE PERDIEL-REBOULLEAU

*jedynie przyjęty w Szpitalach*

JAKO NAJLEPSZY, NAJDOGODNIEJSZY,  
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIJ KOSZTOWNY  
ZE ŚRODKÓW

przeciw

Katarom, Kaszłom, Zapaleniu  
dychawek, płuc, cierpieniom i bolom  
reumatycznym i artretycznym  
etc etc.



Dla uniknięcia narzekania słusznie zarzu-  
canych plasterom nasładowującym Thapsia  
Le Perdiel-Rebouleau wymagać należy  
we wszystkich aptekach, rysunku i pod-  
pisów w powyżej umieszczonych (poczwór-  
nie zmniejszonych).

w Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskiego,  
Spiessa i Syna, Sierpiulowskiego, Zeuschnera,  
Ziemnińskiego i Látropa.

## CHLORAL

### W PERELKACH LIMOUSIN'A

Chloral w perelkach Limousin'a jest za-  
warty w cukrowanej skorupce, co mu nadaje  
pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cu-  
kierków zawiera w sobie 25 centygrammów  
czystego i skryształowanego chloralu. Zaży-  
ty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dła-  
wienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego  
smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpu-  
szczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim wa-  
runkom ścisłości a sprawdzenie czystości pro-  
duktu jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera  
wpływ uspakajający i sprowadza sen. Każdy  
flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków,  
które mają po 25 centigram. najczystsze-  
go wodanu chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje  
się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue  
Blanche, w Rosyji we wszystkich główniej-  
szych aptekach, i składach materiałów aptecz-  
nych.

### POKARM DLA DZIECI

Dla wzmocnienia dzieci i osób słabych  
*na piersi, żołądek, bezkrwistych lub ma-*  
*jących bladaczkę, najlepszem i najprzy-*  
*jemniejszym śniadaniem jest RACA-*  
**HOUT** des Arabes (Rakatu Arabskie),  
pokarm pożywny i wzmacniający, przy-  
gotowany przez Delangreniera w Pary-  
żu. Wystrzegać się podrobień.

**Składy we wszystkich Aptekach Rosyji.**

**ANEMIA. WYCZERPANIE SIŁ. NEWRALGIJE**  
**UREGULOWANIE TRAWIENIA.**

## WINO Z COCA TROUETTE-PERRET

(VIN DE COCA TROUETTE—PERRET).

(Najlepsze ze wszystkich tonicznych i wzmacniających).

**UZNANE PRZEZ PARYZKA AKADEMJE MEDYCZNA.**  
Złote Medale i Dyplomy ze wszystkich Wystaw.

Sprzedaz hurtowa: Trouette-Perret, 163 & 165 r. St.-Antoine, Paris — Dataliczna  
u wszystkich Drogistów i w aptekach.

„w Warszawie u pp. Mrozowskiego i Ziemnińskiego oraz u wszystkich drogistów i aptekarzy.“



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. M. Jakowski. Mięsak limfatyczny (*lympho-sarcoma*) gruczołów oskrzelowych. — II. A. Sokółowski. Przyczynę do kazuistyki i leczenia przewlekłego wiądnienia kręgowego (*Tabes dorsalis*). (Dalszy ciąg). — III. H. Pacanowski. Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzuszego i wysypkowego w klinice terapeutycznej Szpitala S-go Ducha za czas od r. 1872 — 1883. (Dalszy ciąg). — *Notatki lekarskie.* 8. A. Gabszewicz. Ropnia pętlowa. (Zejście pomyślne). — 9. A. Gabszewicz. Przewlekły ropień kostny w kości piszczałkowej. (*Abscessus chronicus ossis tibiae sinistrae*). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

## I. Mięsak limfatyczny (*lympho - sarcoma*) gruczołów oskrzelowych.

Podał

**Maryjan Jakowski**

ordynator kliniki dyjagnostycznej.

Otton R. mydlarz, 47 lat liczący, przybył w dniu 31. V. 1882 r. na salę XIII w szpitalu Dzieciątka Jezus. Chory dobrego wzrostu, zbudowany prawidłowo, mięśnie posiada słabo rozwinięte, tkanki tłuszczowej podskórnej ilość bardzo nieznaczną; skóra wiotka, niesprężysta, koloru ciemnego, w wielu miejscach łuszczy się bardzo łatwo. Stan lekko gorączkowy, ciepłota ciała 38° C., tętno 96, drobne i miękkie, oddechów do 40. Na cokolwiek obrzękniętych i chłodnych kończynach dolnych i na nosie nieznaczna sinica. Podczas pierwszego badania chory skarżył się na silną duszność, chrypkę, kaszel głównie uciążliwy nad ranem, jako też na ból kolący w lewym boku, który to ból trwa prawie ciągle, silniej występując przy oddechu i kaszlu.

R., rodem z Mazowsza, pochodził z rodziny zdrowej, w której, o ile zapamiętał, nikt nie podlegał cierpieniom dróg oddechowych; w dzieciństwie swem i młodości był zdrów zupełnie. Zawsze prowadził życie umiarkowane, nadużyciom żadnym się nie oddawał. Przed dwunastu laty zaczął kaszlać i od tego czasu każdej następnej jesieni uskarżał się na nieznaczny kaszel, połączony ze skąpą ilością plwociny. Cztery lata temu, chorował na gościec stawowy, który zmusił go do leżenia w łóżku przez 6 tygodni; zresztą do czasu ostatniej choroby nigdy ciężiej nie zapadał. Na pięć miesięcy przed wstąpieniem R. do szpitala, kaszel silnie się wzmógł, wystąpiło kłócie w lewym boku, które z małymi przerwami przetrwało do ostatniego czasu; od tej pory chory zauważył dreszcze, czasem poty, które jednakże ustały na trzy tygodnie przed wstąpieniem do szpitala. Do objawów tych przed czterema tygodniami stopniowo zaczęły się przyłączać: duszność i chrypka, ta ostatnia zwłaszcza w ostatnich dniach, powiększyła się do tego stopnia, że chory czasem zupełnie nie był w stanie mówić. Od czasu wzmocnienia się kaszlu i wystąpienia bólu kolącego w lewym boku, R. zauważył że silnie zaczął chudnąć i stopniowo słabnąć na siłach. Klatka piersiowa trochę beczkowata, symetrycznie zbudowana po obu stronach, przestrzenie międzyżebro-

we niezbyt wydatne. Obie połowy wykonywają jednakie ruchy przy oddechaniu: oddech z udziałem mięśni szyjowych. Granice prawego płuca wszędzie obniżone dość znacznie, na całej prawej połowie klatki piersiowej nie daje się słyszeć żadne stłumienie, oddech wszędzie pęcherzykowy, zaostrowany, z bardzo licznymi rżeniami wilgotnymi mieszanymi i trzeszczącymi. Granic lewego płuca nie można oznaczyć; na całej przestrzeni odpowiadającej lewemu płucowi stopienie zupełne, w wierzchołku tylko na 2—3 ctm. pod obojczykiem słyszeć odgłos nietympaniczny, lecz bardzo niejasny. Na całej przestrzeni odpowiadającej stopieniu szmeru oddechowego i głosu nie słyszeć wcale. Drżenie klatki piersiowej po stronie lewej prawie nie istnieje. Plwocina skąpa, przeważnie śluzo-ropna.

Okolica serca nie przedstawia nic szczególnego. Uderzenie wierzchołkowe za ledwo daje się wyczuć w VI międzyżebrowo na linii przymostkowej lewej. Przestrzeń tępego odgłosu serca od góry i po stronie lewej zlewa się ze stłumieniem, odpowiadającym lewemu płucowi; prawa granica bezwzględnej tępości serca, poczynając od IV międzyżebrowo idzie na 0,5—1 ctm. na zewnątrz od prawego brzegu mostka. Przy osłuchiowaniu tonów serca, wszędzie prawie z wyjątkiem zastawki trójdzielnej słyszeć je w mniejszym lub większym stopniu zamaskowane przez szmery. Na miejscu uderzenia wierzchołkowego zamiast drugiego tonu słyszymy przeważnie szmer, ton zaś słyszeć nadzwyczaj słabo; co się tyczy pierwszego tonu, to ten jest zupełnie zastąpiony przez szmer. Na miejscu, gdzie zwykle wysłuchujemy tony tętnicy głównej (aorty), zamiast obu tonów słyszeć tylko szmery; toż samo znajdujemy w miejscu, odpowiadającym tętnicy płucnej, chociaż w mniejszym cokolwiek stopniu, gdyż tony są tutaj nieco wydatniejsze. Stosunkowo najwyraźniej słyszeć oba tony w miejscu wysłuchiwania zastawki trójdzielnej, gdyż tam tylko nieznacznie są one pokryte przez szmery. Uderzenia serca nieprawidłowe, po każdym kilku uderzeniach dają się zauważyć dłuższe lub krótsze przestanki. Tętno do 96. dość drobne, miękkie. Żyły szyjowe cokolwiek nabrzmiałe. Sinica na nosie i na kończynach dolnych; nieznaczny obrzęk nóg. Gruczoły limfatyczne, dostępne badaniu, nigdzie nie powiększone.

Górnej granicy śledziony określić nie można, tępość jej ku górze, i poczęści ku przodowi zlewa się z tępością, odpowiadającą lewemu płucowi; wyczuć śledziony nie można. Górny brzeg wątroby obniżony, dolny wystaje na 3—4 ctm. z pod brzegu żeber; brzeg dolny wątroby wyczuwalny, dość twardy. W kiszkiach nieznaczna zawartość. Od czterech dni rozwolnienie, po 3 lub 4 stolce dziennie. Mocz w ilości na dobę 1300 c. c., o ciężarze gatunkowym 1018; zawiera nieznaczny ilość białka, w osadzie kryształki moczanów i nieznaczny ilość cylindrów ziarnistych.

Sfera płciowa i nerwowa nie przedstawiają żadnych zбочeń.

Chorego miałem w obserwacji za ledwie trzy dni, przez który to czas objawy duszności ciągle stopniowo się wzmagaly. Zaraz następnego dnia (1 Czerwca) chory już nie mógł prawie wcale leżeć, duszność znaczna również przy chodzeniu; kaszel cokolwiek mniejszy; ból w boku lewym nie ustaje. Ciężota ciała ranna 37,8° C., wieczorna 38,2° C.

Dnia 2. VI. 1882 r. W nocy wcale nie spał; skarży się na znaczny osłabienie i duszność. Tętno 112 słabe, nitkowate. Sinica powiększa się.



Dnia 3. VI. 1882 r. Wszystkie objawy znacznie wzmożone. Ból w gardle przy polykaniu, szum, zawrot w głowie. Oddech chrapliwy. Stan bezgorączkowy.

Dnia 4. VI. 1882 r. nad ranem wśród objawów silnej duszności chory umarł.

Ogłędziny posmiertne zwłok, dokonane łaskawie przez prosektora P r z e w o s k i e g o, w dniu 5 Czerwca, wykazały stan następujący:

Opony mózgowe i mózg z wyjątkiem nieznacznego stopnia sprawy atero-  
matycznej w naczyniach nie przedstawiały nic szczególnego.

Lewe płuco przyrośnięte na całej przestrzeni za pomocą silnych i grubych zrostów. Samo płuco cokolwiek zmniejszone; na dotyk nie trzeszczy, posiada konsystencją skórzastą, w głębi można wyczuć mnóstwo wyniosłości. Na bladej i bezpowietrznej powierzchni rozkroju, widać mnóstwo guzów okrągławych, koloru blado-żółtego, dość miękkich na dotyk, rozmaitej wielkości, mniej więcej od laskowego do włoskiego orzecha. Niektóre z guzów są wypełnione płynem ropiastym, inne zaś znajdują się początkowych okresach zwyrodnienia serowatego. Nowotwór zajął literalnie całe prawie płuco aż do oplucnej, pozostawiając bardzo nieznaczną ilość tkanki nie zajętej tą sprawą pomiędzy rozrzuconemi guzami i w wierzchołku. Gruczoły oskrzelowe wcale nie istnieją i na ich miejscu znajdujemy duży guz, wielkością równający się główce noworodka, co do swego wyglądu zupełnie odpowiadający guzom, o których dopiero co mówiliśmy. Sprawa nowotworowa zajęła i część lewego oskrzela zwyrodniając jego ściany i zupełnie wypełniając światło; zresztą błona śluzowa oskrzela lewego była czerwona i pokryta nieznaczną ilością śluzu. Prawe płuco powiększone w stanie rozedmy; przy obmacywaniu nie wyczuwamy żadnych zgęszczeń, powierzchnia rozkroju błon wilgotna; błona śluzowa oskrzela prawego w stanie przewlekłego nieżyty; Tylne i lewa ściana tchawicy tuż po nad rozdziałem usiana mnóstwem guzików nowotworu, takowe nawet zwięzają cokolwiek jej światło.

Serce ma położenie bardziej nachylone, podstawa cokolwiek zsunięta ku dołowi i na prawo. Wymiar podłużny 11,5 ctm., poprzeczny 10,5 ctm., grubość 7 ctm., Oba listki osierdzia zrosnięte za pomocą niezbyt mocnych błon wrzekomych. Komórka lewa cokolwiek powiększona; mięsień nie przedstawia nic szczególnego. Szerokość lewego ujścia żylnego równa się 9,5 ctm.; brzegi zastawki dwudzielnej cokolwiek zgrubiałe i nierówne. Prawa komórka 1,5 raza większa i zawiera trochę ciemno-czerwonych skrzepów krwi; szerokość prawego otworu żylnego wynosi 11 ctm.. Lewy przedsionek mniejszy niż zazwyczaj, co zależy od sprawy nowotworowej, która dosięgła aż do serca, zwyrodniając górną i zewnętrzną ścianę przedsionka lewego; guz, wielkości jaja kurzego, wrasta do jamy przedsionka zmniejszając jej objętość. Prawy przedsionek dwa razy większy niż zwykle. Aorta, której szerokość = 8 ctm., odsunięta na prawo i ku górze i łukiem swym przebiega tuż ponad główną masą nowotworu, który do tego stopnia wywiera na nią ucisk, że na przecięciu światła aorty ma zupełnie wygląd szczeliny. Tętnica płucna mocno odsunięta przez nowotwór ku górze i na prawo, światło tętnicy płucnej = 8,5 ctm., ściany lewej gałęzi zwyrodnione i światło zupełnie prawie zrosnięte.

Wątroba i śledziona nie przedstawiają nic szczególnego. Obie nerki trochę większe niż zwykle; torebka odchodzi bardzo łatwo; istota korowa zgrubiała, żółto-czerwona, wyraźnie odgranicza się od istoty rdzeniowej czerwonej. Błona śluzowa żołądka blada, kiszec cienkich i grubych zaczerwieniona, pokryta śluzem. Gruczoły limfatyczne całego ciała nie przedstawiają, prócz opisanych zmian, nic szczególnego.

Badanie mikroskopowe głównej masy nowotworu, zajmującej miejsce gruczołów limfatycznych oskrzelowych, jakoteż guzów wtórnych, w płucu lewym, oskrzelach i w lewej gałęzi tętnicy płucnej, wykazało, że składał się on przeważnie z wielkiej ilości komórek okrągłych, oraz tu i owdzie rozrzuconych pasem łącznotkankowych; w wielu miejscach komórki okrągłe uległy stłuszczeniu i rozpadowi. (*Lympho-sarcoma*).

Nowotwór ten rozwinął się początkowo z gruczołów oskrzelowych, zwyrodniał je zupełnie, a następnie dał początek wtórnym guzom nowotworowym, które zajęły całe prawie lewe płuco, część lewego oskrzela, część ściany tchawicy i przeszły na lewy przedsionek i lewą gałąź tętnicy płucnej, zupełnie zatkawszy światło takowej.

O czasie, w którym rozwinął się nowotwór, trudno powiedzieć coś stanowczego; pierwotny guz powstał zapewne wskutek ciągłego powiększania gruczołów się zależnego od przewlekłego nieżyty, gdyż chory nasz kaszlał od lat dwunastu; guz ten musiał się rozwijać powoli; co zaś się tyczy wtórnych ognisk, to te zapewne rozwinęły się dość szybko w ostatnich zaledwo czasach, o ile przynajmniej wnosić można z anamnezy.

Jak zwykle prawie w przypadkach nowotworów płucnych rozpoznanie było postawione mylnie, gdyż podejrzewałem obecność przewlekłego zapalenia opłucnej po stronie lewej, wszystkie zresztą objawy badania fizykalnego i dane zaczerpnięte z anamnezy zdawały się przemawiać za tem przypuszczeniem. Opowiadanie chorego o przebytych gościcu stawowym i po części rezultat, otrzymany przy opukiwaniu tępości bezwzględnej serca, tłómaczyły mi poniekąd szmery słyszalne w sercu na miejscu zastawki aortycznej i zastawki dwudzielnej, lecz wahałem się ze stanowczem postawieniem rozpoznania zmian w zastawkach i zumiejscowieniem tychże zmian; dopiero sekcyja pomogła do bliższego określenia przyczyny tych szmerów i sędzę, że nie omylę się przyjmując za główną przyczynę ich powstawania ucisk, wywierany na aortę, a po części i tętnicę płucną, przez główną masę nowotworu.

---

## II. Przyczynek do kazuistyki i leczenia przewlekłego wiądu rdzenia kręgowego (*Tabes dorsalis*).

Podał D-r med. **Alfred Sokołowski**  
ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 12).

Nareszcie poświęcimy jeszcze parę słów najnowszej pracy, już na wstępie wspomnianego Fourniera. Autor ten ogłosił w roku zeszłym oddzielną



monografię p. t.: *De l'atavie locomotrice d'origine syphilitique*, w której. zestawivszy swoją najnowszą statystykę (103 przypadki), znalazł aż w 91% przypadków w anamnezie przymiot. Z tego względu autor ten uważa się tu zupełnie za usprawiedliwionego do skreślenia oddzielnej postaci chorobowej wiądu, którą nazywa wiądem przymiotowym. Otóż obraz ten chorobowy, chociaż skreślony w niezwykle pociągający sposób, chociaż autor z właściwym sobie talentem kreśli osobne właściwości tejże choroby, to wyznaczyć jednakże należy, że obrazy kliniczne przedstawione przez autora w niczem się nie różnią od postaci zwykłego wiądu. Toż samo należy powiedzieć o przebiegu i odmianach choroby; zresztą nie tu miejsce zajmować się obszernym rozbiorem tego dzieła, tem bardziej, że rozebraniem ono już zostało szczegółowo przez kompetentniejszego odemnie w tej materii, kolegę G a j k i e w i c z a w N-rze 33 Gazety Lekarskiej z roku zeszłego.

Po tej zdaje się niezbytecznej wycieczce wracam do mojej statystyki; otóż na 23 wyżej rozebranych przypadków mieliśmy u 9 chorych w anamnezie dowody przebytego przymiotu, a zatem w 40% wszystkich przypadków. Rozbierając jednakże przypadki te bardziej szczegółowo, okaże się, że tylko u czterech chorych, t. j. tylko u 18% mieliśmy do czynienia z nieulegającą wątpliwości rzeczywistą chorobą przymiotową, t. j. z objawami następczemi, wysypką, zajęciem gardła i t. p.; u pozostałych pięciu cierpienie ograniczało się tylko do samego wrzodu na członku bez najmniejszych objawów następczych. Jeden przypadek wreszcie pozostaje wątpliwym; chory wprawdzie utrzymywał, że przed 14-stu laty przebywał przymiot i przechodził leczenie swoiste, jednakże z opowiadania jego trudno było przejść do wniosku, czy były objawy następcze, czy też nie. Przytem chory ten był następnie zupełnie zdrow, przynajmniej nie pokazały się żadne objawy przymiotu; był żonatym, miał kilkoro zupełnie zdrowych dzieci. Pierwsze objawy wiądu wystąpiły w 11 lat po zarażeniu się; przypadek ten dla mnie jest jednakże wątpliwym i nie podciągam go pod rubrykę rzeczywistego przymiotu.

U 4 chorych, którzy niewątpliwie przebywali przymiot, rzecz przedstawiała się w następujący sposób:

1-szy chory. Przed 20 laty przebywał przymiot; leczenie rtęcią; objawy wiądu od lat 6-ciu, czyli w 14 lat po zarażeniu.

2-gi chory. Przed 18 laty przebywał przymiot; leczenie wcieraniami; objawy wiądu od lat 5-ciu, czyli w 13 lat po zarażeniu; chory zaznacza w anamnezie *abusus in Venere*.

3-ci chory. Przed 10 laty przebywał przymiot; leczenie wcieraniami; objawy wiądu od lat 6-ciu, czyli w 4 lata po zarażeniu.

4-ty chory. Przed 13 laty przebywał przymiot; leczenie wcieraniami; objawy wiądu (*amaurosis tabetica*) od 6 lat, czyli w 6 lat po zarażeniu.

Tym więc sposobem widzimy, że w naszych przypadkach procent w mowie będącej choroby wynosi zaledwie 18%, jeśli zaś zważymy na to, że jeden z tych chorych zaznaczał nam najwyraźniej w anamnezie znaczne nadużycia *in Venere*, to procent ten jeszcze się zmniejszy i będzie mniej więcej zgodnym z cyframi

podawanemi przez D-ra B a n k s'a z Dublina, który zaledwie u 10% swoich tableteków zdołał wynaleźć w anamnezie przymiot.

Nasza więc, acz może zbyt szczupła, statystyka wykazuje niezwykle różnorodne momenty przyczynowe, najwyraźniej jednakże w niej występują nadużycia płciowe, dalej dziedziczność, wpływ moralny pognebiający, przestרח, a wreszcie w 4-ech przypadkach przyczyna była zupełnie niewiadomą; dodać tu również winieniem, com już wyżej powiedział, że ogromna większość moich chorych (bo 17 na 23) posiadała zajęcie w wysokim stopniu usposabiające do przeziębienia, jako to: urzędnicy kolejowi, urzędnik pocztowy, gospodarze wiejscy i t. p., chociaż więc ludzie ci o zaziębieniu, jako o momencie przyczynowym, nie wspominali, jednakże nie należy i tej okoliczności spuszczać z oka.

Na zakończenie kwestyi łączności przymiotu z wiałdem, ośmielę się pod tym względem wypowiedzieć jeszcze następującą uwagę: wiadomo powszechnie, jak często w anamnezie u suchotników znajdujemy wzmiankę o przebytych przymiocie; wiadomo również, że ostatniemi laty byli autorowie, którzy tej sprawie nadali doniosłość pierwszorzędną; starano się niemal u każdego suchotnika wynajdywać na gwałt przymiot, a następnie leczyć swoiście. Kwestyję tę rozbiierałem szczegółowo w roku zeszłym, w odczycie wygłoszonym w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim (drukowanym w Gaz. Lek. Nr. 11—15); na podstawie swoich spostrzeżeń klinicznych i nekroskopijnych przyszedłem do wniosku, że oprócz rzadkich, niemal wyjątkowych przypadków, gdzie istotnie sprawę płucną można uważać za będącą w ścisłym związku z przymiotem, w większości przypadków mamy do czynienia ze zwykłą postacią suchot płucnych, powstałych z jakiegokolwiek innego momentu przyczynowego, jako to: zaziębienia i t. p., ale uwarunkowanych upadkiem ogólnego odżywiania, wywołanem sprawą przymiotową i związanem z nią leczeniem dysplastycznym. Otóż, czy coś podobnego nie dzieje się i przy wiałdzie? i tu przymiot podkopuje stan ogólnego odżywiania; jeśli do tego przyłączy się inny moment przyczynowy, działający przedewszystkiem na rdzeń, jak np. nadużycia płciowe, samogwałt i t. p., kto wie, czy tą drogą właśnie nie rozwinię się przewlekły wiałd rdzenia, który, czy to wywołany przez przymiot, czy też przez inną przyczynę, zawsze daje nam ten sam obraz kliniczny, oraz też same zmiany anatomopatologiczne.

Wyniki lecznicze (o czem zresztą niżej) również zdaje się przemawiają za tym poglądem; tak jak w suchotach, z wyjątkiem owych rzadkich przypadków, leczenie wcieraniami żadnej nie przynosi korzyści, tak samo w wiałdzie, środki wzmacniające, elektryczność i t. p., działają korzystnie, podobnie jak w suchotach cały ogół środków dyjetetyczno-hygienicznych.

Przechodzimy obecnie do trzeciego rozbioru innych ważniejszych objawów, spostrzeganych u naszych chorych i tak:

5) Z a b u r z e n i a w z r o k o w e. Jak wiadomo, zaburzenie wzroku należy do bardzo częstych powikłań wiałdu rdzenia kregowego. W naszych przypadkach mieliśmy u 6-ciu chorych, t. j. przeszło w 25%, do czynienia z tem powikłaniem. U trzech chorych istniało tylko od pewnego czasu osłabienie widoczne siły wzroku, u trzech innych mieliśmy do czynienia z mniej lub więcej



wyraźnym zanikiem nerwu wzrokowego, charakteryzującym się częściową lub zupełną ślepotą. U jednego chorego istniała prawie zupełna *amaurosis* obustronna, u dwóch innych daleko posunięta w jednym oku, a poczynająca się w drugim. Pod względem praktycznym zasługują na uwagę szczególniejszą te przypadki, gdzie zaburzenie wzrokowe występuje jako pierwotny objaw choroby; pod tym względem, sędzę, że nie będzie zbyt cennym przytoczenie choć w paru słowach następującej obserwacji. Chory, lat 42 liczący, przed 10-ciu laty będąc zupełnie zdrowym, zaczął doznawać stopniowego osłabienia wzroku, które to objawy przypisywał nadmiernemu wysiłkowi wzrokowemu przy długim pisaniu wieczorami. W ciągu lat 6-ciu był to jedyny objaw, jaki dokuczał choremu, a dopiero w 7-mym roku wystąpiły bóle w kończynach dolnych, a w 8-mym, czy w 9-ym choroby lekkie osłabienie kończyn dolnych przy chodzeniu. Przy badaniu chorego znalazłem tylko nieznaczny bezład przy zamknięciu oczu, oraz zupełne zniesienie odruchów kolanowych, obok zaniku nerwu wzrokowego w obu oczach, przeważnie w lewym. Chory chodzi doskonale, a jedynym przedmiotem skargi i powodem leczenia było stopniowo postępujące osłabienie wzroku. W drugim przypadku również osłabienie wzroku było pierwotnym objawem, który na 3 lata poprzedził klójące bóle w kończynach dolnych, tak, że u chorego, oprócz amaurozy, było tylko zniesienie zupełne odruchów kolanowych, cbody był zupełnie prawidłowym. Ani ze strony pęcherza, ani кишки prostej żadnych zaburzeń nie było.

Przypadki tej ostatniej kategorii zasługują na szczególniejszą uwagę pod względem praktycznym, wczesne bowiem rozpoznanie istoty cierpienia ocznego, a wskutek tego zalecenie odpowiedniego leczenia jest w stanie, jeśli nie wyleczyć zupełnie, to przynajmniej nie raz na bardzo długie lata wstrzymać rozwój fatalnej choroby. Rzecz prosta, że w takich razach tylko gruntowne badanie oftalmoskopem, dokonane biegłą ręką, jest w stanie wyświecić istotę cierpienia.

6). B ó l e. Jednym z najstalszych objawów wiaǳu rdzenia kręgowego są, jak to powszechnie wiadomo, bóle latające w różnych częściach ciała, a szczególnie w kończynach dolnych.

Bóle te zazwyczaj posiadają charakter bólów klójących, swidrujących; rzadko bardzo występują pod postacią tak zwanego darcia w nogach. Natężenie bywa również rozmaite: od lekkiego klócia aż do ataków niezwykle silnych. U naszych 23 chorych nie brakło ich ani w jednym przypadku. Co się dotyczy ich umiejscowienia i natężenia, to przedstawiały się one w następujący sposób:

u 12 chorych istniały bóle przeważnie w kończynach dolnych, umiarkowanego natężenia;

u 5 chorych istniały bóle przeważnie w kończynach dolnych, silnego natężenia;

u 2 chorych, bóle te silne przyjmowały charakter właściwy tak zwanej rwy kulszowej (*ischias*);

u 2 chorych istniały bóle latające, umiarkowanego natężenia, w kończynach górnych i dolnych;

u 1 chorego bóle występowały w kończynach górnych pod postacią darcia; wreszcie u

1 chorego bóle były umiejscowione w międzyżebżu lewem, przedstawiając charakter nerwobólu międzyżebrowego.

Bóle wyżej wzmiankowane mają wielką doniosłość pod względem praktycznym, są one bowiem, jak to już wzmiankowałem, nieraz pierwotnym i jedynym objawem choroby; bóle te bardzo często bywają brane za ból pospolity gościcowej natury; ma to szczególnie właśnie miejsce w tych przypadkach, gdzie bóle są umiarkowane, latające w kończynach dolnych i górnych, a bardziej, jeszcze jeśli występują pod postacią darcia. Z tego też względu u chorych, skarżących się na te bóle, należy niezwykle dokładnie rozpytywać o ich charakter i umiejscowienie i nigdy nie zaniedbywać zbadania odruchów kolanowych, widziałem bowiem chorych, którzy przez całe lata leczyli się bezskutecznie u różnych wód słonych i siarczanych jedynie z powodu gościca, a dopiero badanie odruchów kolanowych wykryło prawdziwą istotę cierpienia. Pod tę samą kategorię podpadają bóle, występujące pod postacią t. zw. rwy krzyżowej (*ischias*); i tutaj jedynie zbadanie odruchów kolanowych jest nam w stanie określić prawdziwą istotę cierpienia. Do rzadziej występujących rodzajów bólu, należy zaliczyć tak zwany ból nerwowy żołądka (*crises gastriques*, Charcot), który spostrzegłem w jednym przypadku. Ból ten, występował pod postacią niezwykle silnego napadu bólu, umiejscowionego przeważnie w dolku podżołądkowym (*in epigastrio*), trwał od kilku godzin do dni kilku, ustępował raptownie jak i nagle się pojawiał, w niczem nie naruszając następnie czynności trawienia; chory, po ustąpieniu tego bólu, w czasie którego nie tylko nie jeść, ale niemal i oddechać nie mógł, raptem poczuwał silne łaknienie, a w kilka godzin zupełnie zapominał o przebytych ciężkich chwilach.

7). Zaburzenia w czuciu skórnem. Jak wiadomo, w przebiegu wiądu występuje bardzo często zmniejszenie lub nawet zupełne zniesienie czucia skórnego, zdarza się to jednakże niezawsze, są bowiem przypadki, gdzie czucie skóry zostaje mniej lub więcej zachowanym, co u naszych chorych miało miejsce przeszło w połowie przypadków.

8). Zachowanie się odruchu kolanowego (*Kniephänomen*, *phenomène de la rotule* — objaw Westphal'a). Jak to wiadomo od bardzo niedawna mamy, zawdzięczając Westphal'owi, niezmiernie ważny objaw rozpoznawczy dla wiądu rdzenia kręgowego, to jest zachowanie się odruchu kolanowego. Autor ten bowiem wykazał, że w przebiegu wiądu rdzenia kręgowego, nawet w okresach zupełnie wczesnych, zmniejsza się lub nawet niknie zupełnie odruch kolanowy, występujący przy uderzaniu młotkiem opukowym w okolice przyczepu więzów rzepkowego (*patella*). W samej rzeczy, liczne prace późniejsze różnych autorów wykazały, że z wyjątkiem niezmiernie rzadkich przypadków objaw ten jest jednym z najstalszych i najwcześniejszych objawów choroby w mowie będącej. W naszych przypadkach mieliśmy w zupełności potwierdzenie owych licznych spostrzeżeń: i tak, napowyzszych 23 chorych mieliśmy:

u 16	objaw kolanowy	zupełnie	zniesiony
„ 6	„	„	znacznie osłabiony chociaż zachowany
„ 1	„	„	zachowany.



Co się tyczy tego ostatniego przypadku, to winienem zaraz dodać, że przypadek ten dotyczył chorego z niezupełnie czystą postacią wiądu; wedle wszelkiego prawdopodobieństwa mieliśmy jednocześnie do czynienia z zajęciem pęczków bocznych, obok zajęcia pęczków tylnych rdzenia. Tym więc sposobem mieliśmy prawie we wszystkich przypadkach naszych zniesienie lub osłabienie znaczne odruchu kolanowego. Objaw ten nawet znajdowaliśmy tam, gdzie inne objawy wiądu były bardzo niewyraźne i jedynie na podstawie jego mogliśmy stanowcze zrobić rozpoznanie. Prof E r b w swoim znanym powszechnie klasycznym wykładzie chorób rdzenia, rozbierając szczegółowo ten objaw, mówi, że byłoby w wysokim stopniu ważną rzeczą określić ściśle, w jakim okresie choroby odruch kolanowy znika, czy występuje on przed lub po wystąpieniu zaburzenia w chodzeniu (*ataxia*), czy też występuje w początkowym okresie choroby i tym sposobem umożliwić bardzo wczesne rozpoznanie cierpienia (E r b. *Krankheiten des Rückenmarks. Zweite Auflage* str. 584). Otóż w spostrzeżeniach moich miałem właśnie do czynienia z dwoma przypadkami niezwykle wczesnego okresu choroby i dla tego też przypadki te pokrótce podaję, poddając je szczegółowemu rozbirowi pod względem zadań E r b a.

S p o s t r z e ż e n i e I. Panna S., lat 22 mająca, przysłana była w roku 1882 do Zakładu leczniczego w Nałęczowie z powodu objawów, jakie przyjmowano za właściwe, tak zwanej *irritatio spinalis*. U chorej znaleźliśmy stan następujący: matka chorej dotknięta jest daleko posuniętym więdem rdzenia kręgowego, chora doznawała od lat kilku objawów blednicy, jednocześnie występowała nadczułość, a nawet ból w różnych punktach kolumny kręowej. Od kilku miesięcy zaczęły występować bóle dosyć silne w kończynach dolnych, przeważnie w kończynie dolnej lewej; ból ten głównie umiejscawiał się na przebiegu nerwów, przeważnie pnia, wzdłuż gałęzi nerwu kulszowego; bóle te występowały peryjodycznie, trwając to dłużej to krócej; nieraz całymi dniami nie występowały. Prawie jednocześnie z bólami wystąpiło bez żadnej widocznej przyczyny lekkie utrudnienie w oddawaniu moczu, częste parcie na mocz, połączone z trudnością w oddawaniu takowego. Przy badaniu znaleziono stan ogólny niezły, siły dobre; chora jest w stanie bez zmęczenia chodzić godzinami. Lekka wrażliwość kolumny kręowej, szczególnie w okolicy lędźwiowej. Czucie skóry prawidłowe. Bezładu nawet przy zamknięciu oczu wcale nie ma. Odruchy kolanowe zupełnie zniesione. W tym więc przypadku mieliśmy bardzo wczesnie, bo zaledwie od kilku miesięcy powstałą chorobę; za więdem przemawiały: 1) dziedziczność, 2) bóle kłójące, występujące od kilku miesięcy, 3) zaburzenie w oddawaniu moczu. 4) zniesienie odruchów kolanowych.

Widzimy więc, że w tym przypadku już po kilku miesiącach od czasu wystąpienia choroby odruchy kolanowe były w zupełności zniesione. A objaw ten ostatni w tym przypadku był tak wielkiej doniosłości, że li tylko na jego podstawie byliśmy w stanie rozpoznać więd w tak wczesnym okresie.

(Dok. nast.)

### III. KILKA UWAG

#### NAD PRZEBIEGIEM TYFUSU BRZUSZNEGO I WYSYPKOWEGO

w klinice terapeutycznej Szpitala S-go Ducha za czas od r. 1872—1882.

Podał

**Henryk Pacanowski** asystent kliniki.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 12).

#### Przewód pokarmowy.

1). Zapalenie gardzieli (*angina faucium*) obserwowano 8 razy, zawsze podczas trwania gorączki, zatem takowe pozostawało w ścisłym związku z tyfusem: 2 razy 6 dnia, 2 razy 9 dnia, raz 10 dnia, raz 13-go, raz 19-go i raz 38-go dnia choroby.

2). Zapalenie gruczołu przyusznego (*parotitis*) w czterech przypadkach: 3 razy w czasie gorączki, raz w okresie zdrowienia.

№ 31. K., służąca, lat 18, dobrze odżywiana, przybyła 6 dnia choroby z oznakami powiększonej śledziony, bólem w nadbrzuszu i okolicy pępkowej oraz zaparciem stolca. Zapalenie gruczołu pojawiło się 8 dnia choroby przy ciepłocie 39,3° C., trwało 7 dni i znikło jednocześnie z obniżeniem ciepłoty do 38° C.. Gorączka trwała razem 15 dni.

№ 32. S. 15-letni, terminator szewcki, przybył 3 dnia po wystąpieniu dreszczy i bólów w kończynach. Odżywianie dobre, ból w podbrzuszu prawem, wzdęcie, kruczenie, biegunka; śledziona u góry na ósmym żebrze; białkomocz. 7 dnia chory począł majaczyć, stał się sennym, co trwało przez cały czas istnienia gorączki, to jest do 21 dnia choroby. 14 dnia, przy oznakach dość gwałtownego zaburzenia ze strony ośrodków nerwowych, wystąpił ból i obrzmienie gruczołu przyusznego, jednakże bez następczego zropienia. Ciepłota 39,5° C..

Trzecia chora (O. № 1) dostała zapalenia gruczołu przyusznego 11 dnia choroby, przy ciepłocie 40° C.; po 5 dniach wykonano nacięcie. Około 22 dnia odkryto połączenie między ślinianką a średnim uchem, oraz przedziurawienie błony bębenkowej.

3). Wymioty miały swe źródło w kilku przyczynach. Powstawały one bądź samoistnie, bądź pod wpływem niektórych przepisywanych chorym środków, np. po chininie i kwasie salicylowym, wreszcie jako następstwo przekroczeń dyjetetycznych, o czym już powyżej była mowa.

4). Ból brzucha był spostrzeganym w 95 przypadkach (70%), najczęściej między 4—16 dniem tyfusu. Brakło go w 15 przypadkach między 4—16 dniem. Zasluguje na uwagę jeden chory, który umarł skutkiem przedziurawienia wrzodu jelitowego, a przez cały czas choroby wcale się na ból brzucha nie skarżył (K. № 35).

5). Biegunka zanotowaną była tylko w 68 przypadkach (51%) między 3—21 dniem choroby, lecz najczęściej od 5—9 dnia.

6). Zaparcie stolca obserwowano w 25 przypadkach, między 3—21 dniem choroby. W jednym przypadku, przy zaparciu, trwającym do 13 dnia ciągle, po jednorazowym zadaniu olejku rycinowego nastąpiła biegunka, utrzymująca się przez 12 dni.



7). Stolce krwawe zauważono w czterech przypadkach.

№ 33. U., lat 12, służąca, wątła, przebywała ospę. Obecna choroba rozpoczęła się kilkoma mocnymi, codziennymi dreszczami i zaparciem stolca. Przyšla do kliniki 10 dnia choroby. Ból w okolicy biodrowej prawej, wzdęcie brzucha, śledziona powiększona, zaparcie. Po lawatywie nastąpiło krwawe wypróżnienie. Począwszy od 11 aż do 14 dnia choroby codziennie po kilka krwawych stolców. Ciepłota zostawała ciągle na wysokości  $40^{\circ}$ — $40,8^{\circ}$  C. 19 dnia znów po kilkodniowej przerwie krwawy stolec; przytem oznaki zapaści, skurcze ścięgniste, omdlenie. Po 4 dniach śmierć przy  $40,6^{\circ}$  C.. Oględziny pośmiertne wykazały bardzo rozległe wrzody w jelitach, nawet grubych.

O pozostałych chorych mówiłem powyżej (D. Nr. 27 i J. Nr. 7). U ostatniego zaś chorego były tylko nieznaczne ślady krwi w stolcach 10 dnia choroby bez dalszych szkodliwych następstw. U chorego J. stolec krwawy nastąpił po użyciu jednej drachmy chloranu potasu.

Tak więc krwawienie z kiszek spostrzegano u osobników młodych, przeważnie wątłych, pomiędzy 10—19 dniem choroby, Pomimo dość obfitej ilości krwi nie było owych znacznych obniżeń gorączki, o jakich zwykliśmy w takich razach słyszeć; u chorej Nr. 33 różnica wynosiła zaledwo kilka dziesiątych stopnia ( $0,2^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$  C.); u chorej zaś D. po krwotoku (19-go dnia) ciepłota podniosła się z porannej  $40^{\circ}$  C. o cały stopień wieczorem. Śmiertelnie zakończył się jeden przypadek.

8) Zapalenie otrzewnej (*peritonitis*) u jednego tylko chorego po przekroczeniu dyjetetycznem (S. Nr. 6).

9) Przedziurawienie jelita (*perforatio ilei*) u dwóch chorych; obadwaj zmarli.

N 34. F., 23 letnia mamka, bardzo tusta, zachorowała 10 Stycznia 1876 r.; codziennie przez kilka dni powtarzały się typowe dreszcze, które po chininie ustąpiły. Przybyła do kliniki w 20 dni później. Na tułowiu petocie. Silny ból brzucha, kruczenie, biegunka; tępość śledziony od 8 żebra; ślady białka w moczu. Dano chorej olejku rycinowego. Ciepłota sięgała wyżej  $41,5^{\circ}$  C.. Od chwili przybycia aż do śmierci (przez 10 dni) stosowano ciągle kąpiele zimne, po kilka razy dziennie. Znaleziono przy sekcji dużo wrzodów w okrężnicy, idących aż do błony mięśniowej. *In ileo* przedziurawienie jednego wrzodu.

W danym przypadku warunki ze strony chorej były bardzo niepomyślne: najprzód gorączka była bardzo wysoka, powtórne zbytnia obfitość pokładu tłuszczowego przeszkadzała znacznemu obniżeniu ciepłoty, która bardzo szybko powracała do poprzedniej wysokości: dla tego kąpiele nie mogły działać skutecznie.

№ 35. K., introligator, lat 24, zachorował 14 Marca 1881 r.. Do kliniki wstąpił 8 dnia choroby przy ciepłocie  $38,3^{\circ}$  C. rano.  $40,2^{\circ}$  C. wieczorem. Obfitość tkanki tłuszczowej podskórnej; śledziona u góry na VII żebrze; wzdęcie brzucha; stolce twarde. Nazajutrz po lawatywie z olejku rycinowego stolce rzadkie, wraz z moczem chory oddaje je mimowolnie pod siebie. Wzdęcie brzucha ogromne, lecz zupełny brak bólu. Wymioty po wypiciu mleka, czkawka. Od 13 dnia choroby do śmierci (17 dnia) wymioty po przyjęciu jakiegokolwiek płynu (wino, kawa czarna); ciągle brak bólu brzucha, wzdęcie, czkawka, tętno nitkowate, przytomność zupełna, ciepłota zawsze  $39^{\circ}$  —  $40^{\circ}$  C., raz tylko (13 dnia) była wieczorem  $41^{\circ}$  C.. Sekcyjja wykazała przedziurawienie *in ileo*; otrzewna nieco zmętniała, lecz wszędzie gładka, bez wysięku; w jamie jej nieco mas kałowych.

Otóż w tym przypadku mamy również osobnika otyłego, jak w poprzednim. Zasługuje jeszcze na uwagę zupełny brak bólu brzucha przez cały czas choroby, pomimo ogromnego wzdęcia i czkawki, które są przecie oznakami zadrażnienia otrzewnej. Należało tu przypuścić pewnego rodzaju indywidualne usposobienie do przedziurawienia, gdyż wszystkie pozostałe wrzody były płaskie i ledwo sięgały do tkanki podśluzowej.

10) Powiększenie śledziony (*tumor lienis*) było w 104 przypadkach (80%); z tych powstało ono już na 3 dzień choroby 2 razy; najpóźniej zauważono je 29 dnia, gdy gorączka przybrała typ przepuszczający. Najczęściej napotymano powiększenie śledziony między 5—12 dniem choroby. Brak powiększenia takowej widziano 5 razy (od 7—20 dnia choroby); w jednym przypadku pozostawała ona w granicach normalnych przez cały czas trwania tyfusu.

### Układ nerwowy,

1) Majaczenie było objawem bardzo częstym; występowało między 4—21 dniem choroby, najczęściej w początku drugiego okresu (około 8 dnia). Raz zauważono majaczenie już w drugim dniu choroby (przy ciepłocie 38,8° C. do 39,2° C.). Również raz 26 dnia choroby (37,8° C. rano — 38,6° C. wieczorem).

2) Oblęd (*delirium*), jako wyższy stopień poprzedniego, gdy chorzy nie tylko majaczą, lecz usiłują uciekać, przytrafił się w pięciu przypadkach. Musiano chorych takich chwycić na korytarzu, a jeden o mało że nie wybiegł na ulicę. W jednym przypadku mieliśmy oczywisty dowód zależności oblędu od wysokiej ciepłoty, ponieważ takowy pojawił się 18 dnia choroby przy ciepłocie 42° C. i minął jednocześnie z obniżeniem się ciepłoty. Natomiast inny chory przy takiejże ciepłocie 42° C. zachował przytomność zupełną, lecz był to tyfus poronny.

3. Zupełna nieprzytomność, przez czas dłuższy trwająca, spstrzegana była 8 razy; z tych u jednego chorego trwała 26 dni; w obu razach począwszy od 7 dnia choroby. Wreszcie raz wystąpiła 15 dnia i trwała tydzień.

Z powyższych 8 chorych zmarły dwie kobiety (jedna skutkiem zapalenia płuc). Ciepłota dosięgała u nich 41,5°—42° C.; obie umarły w połowie trzeciego tygodnia choroby.

4) Objawy istotnego obłąkania obserwowane były u 3 chorych, z których jeden zmarł. Z pomiędzy nich u jednego wystąpiły przypadłości obłąkania w końcowym okresie gorączki tyfusowej, drugi i trzeci przybyli z takowemi w początku choroby.

N. 36. B., 22 letni stolarz nieźle odżywiany, zachorował 5 X. 1880 po zjeźdzeniu flaków. Przedtem oprócz odry i zimnicy żadnych chorób nie przebywał; zawsze umysłowo zdrów. Do kliniki wstąpił 5 dnia choroby przy ciepłocie 40,6° C. wieczorem. Znaleziono różyczkę, ból *in regione ileo-coecali*, biegunkę i powiększoną śledzionę. Po zadaniu salicylanu sodu ciepłota 7 dnia spadła z 40,6° C. wieczorem na 39° C. rano (8 dnia choroby); odtąd pozostawała w takich granicach, dochodząc wieczorami do 40,2° C. aż do 12 dnia. Wówczas ciepłota wynosiła 38,3° C., tętno 88. Według opowiadania sąsiadów chory przepędził noc bezsenne; nazajutrz nie poznawał otaczających; ciepłota wynosiła 38,2° C., natomiast tętno podniosło się do 120. Przez następne 5 dni chory rzucał się gwałtownie,



był naprzemian wesołym i sentymentalnym, spisywał ustawicznie dzieje swej młodości, miłość sielankową. Stosowano bromek potasu z wodanem chloralu wewnątrznie, oraz kąpiele 22° R.. 17 dnia choroby uspokoił się nieco, lecz wciąż mającżył; ciepłota normalna. Nareszcie 27 dnia choroby próbował uciec bosą na ulicę i z tego powodu musiano przewieźć chorego do szpitala Ś-go Jana Bożego.

N. 37. B., chórzysta opery warszawskiej, lat 20 mający, waty i mało-krwisty, przywiezionym został 26. XI. 1881 do kliniki ze szpitala Jana Bożego. Jeszcze przed czterema laty zakochał się, a doznając przeszkód ze strony rodziny stał się posepnym i małomównym. Od kilku miesięcy począł nalogowo używać napojów wyskokowych, oddawał się samogwałtowi i nadmiernym stosunkom płciowym, do czego przyłączyły się i częste zmazania nocne. Przed dwoma tygodniami pod wpływem halucynacyi chory wybiegł bez czapki na ulicę i ukląkł przed kościołem. Policja, znalazłszy go w tym stanie, odesłała do szpitala obłąkanych, zkaąd po dwóch tygodniach przybył do kliniki. Nie byłem w stanie dowiedzieć się o dniu rozpoczęcia się choroby; sądząc jednakże z przebiegu ciepłoty, która w chwili przywiezienia chorego do kliniki wynosiła 40,8° C., i utrzymywała się na tej wysokości prawie przez 6 dni, przypuszczałem, iż był to koniec drugiego tygodnia choroby. Z innych objawów stwierdzono: śledzionę posuniętą ku górze do VIII żebra, ból w podbrzuszu prawem, biegunkę. Chory jest nadzwyczajnie rozdrażnionym, często wzdycha, składa ręce i modli się, pluje w podawane mu pokarmy. Nazajutrz usiłował wybiedz na korytarz. Brzuch wzdęty, kruczenie, biegunka, nieżyt oskrzelowy. Ciepłota zrana 40° C., wieczorem 40,3° C. D. 30. XI.: stolce i mocz oddaje bezwiednie pod siebie; brzuch bolesny; zapalenie płuc opadowe z prawej strony; nadzwyczaj uporczywy nieżyt drobnoskrzelowy. Ciągłe złudzenia wzroku i słuchu (halucynacje). Ciepłota rano 40,2° C., wieczorem 41° C. Odtąd ciepłota zaczęła stopniowo obniżać się, aż po 6 dniach nagłym spadkiem z 39° C. doszła do 37,1° C. i na tym poziomie już zostawała. Chory wraz z opadaniem gorączki powoli odzyskiwał coraz bardziej świadomość, odpowiadał zrozumiale na pytania, lecz skarżył się jeszcze na trapiące go widziadła sennne. 21. XII. uczuł ból w łydce lewej, oraz w pachwinie lewej, gdzie gruczoly były obrzmiałe; również pokazało się zaczerwienienie na krętarzu wielkim lewym; po tygodniu wszystko to minęło; pozostały tylko jeszcze dłuższy czas zmazania nocne. Chory wypisał się z kliniki 5. I. 1882 w stanie nie pozostawiającym nic do życzenia.

W niniejszym przypadku mamy dwa przypuszczenia, co do początku choroby: albo tyfus wystąpił niezależnie podczas istniejącego już zaburzenia psychicznego, albo też owe zaburzenia były tylko początkowym przejawem tyfusu. Druga możliwość zdaje się prawdopodobniejszą, zwłaszcza iż grunt był tu już dostatecznie przygotowanym; prócz tego, wszystkie objawy mózgowie ustąpiły wraz z ukończeniem się gorączki tyfusowej.

№ 38. M., 20-letni uczeń gimnazyjum, dobrze zbudowany, przywiezionym został do kliniki 6 dnia choroby, która rozpoczęła się 11. VI. 1881 r. lekkimi dreszczami, krwawieniem z nosa i zaparciem stolca; przepisano mu w domu olejek rycinowy i środek wymiotny. Chory zawsze był zdrowym umysłowo. W chwili przybycia był bardzo gwałtownym, rzucał się i oglądał na wszystkie strony, pytał —kto tam? rozmawiał naprzemiany to po polsku, to innemi językami, tytułował siebie generałem, cesarzem i t. p.. Obok tego żółtawe zabarwienie skóry, źrenice rozszerzone, na wargach wyprysk (*herpes labialis*); chory obficie pokryty potem; mocz, oraz płynne wypróżnienia oddaje mimowolnie i nieświadomo; śledziona w granicach prawidłowych. Ciepłota wynosiła 39° C., lecz tętno 160 uderzeń, bardzo drobne. Po dwóch dniach nieco się uspokoił, lecz nieprzy-

tomny. 9 dnia usiłował uciekać; skarżył się na ból głowy; drgawki kloniczne głowy, przykurczenia ścięgnaiste w kończynach. 10 dnia to samo, lecz chory znacznie przytomniejszy; sinica, zimne kończyny; ciepłota 38,8° C. tętno 144, 11 dnia ciepłota 38,5° C., szczękoscisk, drżenie całego ciała; chory znów mający nazywa siebie cesarzem. 12 dnia ciepłota 38,3° C., wieczorem 37,5° C., objawy te same, drgawki kloniczne głowy. 13 dnia ciepłota 37° C., wieczorem 36,6° C., nastąpiła śmierć.

Badanie pośmiertne wykazało silne przekrwienie mózgu i opon, krew płynną, śledzionę nieco powiększoną, przekrwienie z lekkim nacieczeniem gruczołków samotnych w jelitach cienkich.

5. **N i e m o t a** (*aphasia*) przemijająca spostrzegana była w jednym przypadku, przy zachowaniu zupełnej świadomości.

№ 39. H. 10 letni. uczeń gimnazjum. wątły, dostał 5. XII. 1875 r. dreszczy, mdłości, biegunki. Przywieziony 4 dnia choroby do kliniki już mający; na wargach pryszczki, nieżyt oskrzelowy, ból w podbrzuszu lewym oraz powiększenie śledziony. Ciepłota 40° C., 6 dnia, przy ciepłocie wieczornej 41° C. gwałtownie mający; stolce pod siebie. 9 dnia ciepłota z 41,2° C. spadła do 39,5 C. 10 dnia do 38° C.; wystąpiła na tułowiu różyczka, chory stał się przytomniejszym. 14 dnia przy ciepłocie 38° C. rano, 38,3° C. wieczór chory, będąc zupełnie przytomnym, utracił możność mówienia, lecz rozumiał wszystkie zapytania. Po 7 dniach mowę odzyskał i odtąd zdrowienie postępowało jak zwykle.

6. **R w a k u l s z o w a** (*ischias*) w dwóch przypadkach: jeden u chorej J. (№ 30), o czym wyżej, drugi u chorej O. (№ 1).

7. **B ó l e w n o g a c h** zapewne mięśniowe (zwyrodnienie woskowane Zenker'a?) u 3 chorych: jeden, 6 dnia choroby przy ciepłocie 38,4° C.; drugi 22 dnia przy ciepłocie 40,4° C., trzeci 28 dnia przy ciepłocie 41° C..

8. **G ł u c h o t a** w 6 przypadkach, podczas i krótki czas po ustąpieniu gorączki; u jednego chorego natomiast pozostała ciągle.

9. **Z a p a l e n i e u c h a** (*otitis*) w 9 przypadkach: 4 razy w czasie trwania gorączki między 9—31 dniem choroby; 5 razy przy ciepłocie prawidłowej między 14—33 dniem. Sprawa zapalna trwała około 2 tygodni.

### R o k o w a n i e:

W tyfusie mniej niż w innych chorobach gorączkowych opierać możemy rokowanie na ścisłych zasadach, ponieważ w każdym, nawet lekkim przypadku, zarówno jak w każdym niemal okresie choroby, przyłączyć się mogą rozliczne powikłania, zagrażające życiu chorego; niebezpieczeństwo takie trwa nieraz nawet przez czas dłuższy po ukończeniu się choroby. Mimo to jednakże istnieją pewne dane, na których się opierając, jesteśmy w stanie z niejakiem prawdopodobieństwem wnioskować o cięższym lub lżejszym przebiegu choroby. Zanim przejdę do rozpatrzenia owych warunków, przedstawię ogólną cyfrę śmiertelności pomiędzy naszymi chorymi.

Wszystkich przypadków śmierci na 133 chorych klinicznych było 12, czyli 9%. Zestawiając cyfrę tę z podaniami przez różnych autorów, znajdujemy:

u Liebermeister'a (Patologija Ziemssen'a) średnia śmiertelność = 16,17%

„ Z u e l z e r'a <sup>1)</sup> (w szpitalach niemieckich za 1872 — 1874 rok) = 10. 8%

<sup>1)</sup> Real-Encyclopädie. T. I. str. 34.



u Wunderlich'a, (l. c. p. 380) . . . . .	= 25 — 33%
„ Griesinger'a, <sup>1)</sup> . . . . .	= 18 — 22%
„ Tunga'a (w szpitalach Hamburskich 1858 — 1861) . . . . .	= 19%
„ Sonder'a (Betanien-Berlin 1861) . . . . .	= 18%
„ Szpital Wieden w Wiedniu 1861 — 1862 . . . . .	= 18,4%
„ Murchison'a (Fewer-Hosp. London w ciągu 14½ lat) . . . . .	= 18,5%
„ Epidemije we Francyi od 1841 — 1852 roku . . . . .	= 14 — 16%
„ Jaccoud <sup>2)</sup> . . . . .	= 15 — 20%

Przytaczać dalsze cyfry byłoby zbyt bezcelnym. Z powyższego przekonywamy się, iż ogólny procent śmiertelności, w porównaniu z danymi wymienionych autorów, był w klinice bardzo nieznacznym. Jednakże obliczenie takie jest niedostatecznym, gdyż z niego żadnego nie jesteśmy w stanie powziąć wyobrażenia, jakie warunki wpłynęły na niepomysłne zejście w każdym pojedynczym przypadku, wiadomo zaś, o ile różnorodnymi są owe warunki. Celem dokładniejszego scharakteryzowania ich, pozwolę sobie najsamprzód rozpatrzyć po szczególe przyczynę śmierci u 12 naszych chorych.

1). G., 14-letnia służąca, dobrze odżywiana, przechodziła w 6-tym roku życia ospę naturalną; ochronna nie była szczepioną. Obecna choroba rozpoczęła się bólem głowy, ogólnym osłabieniem, bólami w stawach i zawrotami; dreszczów nie było. Chora przybyła do kliniki szóstego dnia choroby w stanie przytomnym; skarżyła się na silny ból głowy i biegunkę. Badanie wykazało: ból w okolicy biodrowej prawej, powiększoną śledzionę, oraz ślady białka i krwi w moczu. 11 dnia choroby po jednym mocnym dreszczu wystąpiły objawy opadowego zapalenia płuc (*pneumonia hypostatica*), chora, dotąd będąc przytomną, zaczęła majaczyć, dostała nudności, lecz bez wymiotów, oraz krwawienia z dziąseł. Dopiero w dniu śmierci (17 dnia) odzyskała przytomność. Gorączka wynosiła 11 i 14 dnia choroby 42° C.. Na dwa dni przed śmiercią ciepłota spadła z 41,6° na 38,8° C., krwotoku kiszki nie było. Badanie pośmiertne: Przekrwienie zastoje mózgu; zapalenie opadowe tylnych części prawego płuca; serce wiotkie; ostre obrzmienie śledziony, niezbyt żółładka, wrzody tyfusowe w kiszce cienkiej (*ileum*).

Przyczyną śmierci było więc zapalenie płuc, które prawdopodobnie po części powstało skutkiem ogólnego wyczerpania sił chorej pod wpływem wysokiej gorączki.

2). S, opisany wyżej (Nr. 6). Badanie pośmiertne: W jamie otrzewnej płyn surowiczo-ropny, z krwią pomieszany. Zewnętrzna powierzchnia jelit zaczerwieniona. Sieć większa (*omentum majus*) dolnym swym końcem przyrosła do ścianki brzusznej na przednio-zewnętrznej stronie kiszki ślepej (*caecum*) zrosty te mają w wymiarze podłużnym 3—4 ctm., są mocne, nastryknięte i ropą oblane; sama sieć, trochę naprężona, pokrywa *caecum* i małą część kiszki cienkiej około zastawki Bauhina. *Fossa subcaecalis* bardzo głęboka, obszerna, w niej leżą zwoje kiszki cienkiej. W kiszkach cienkich znajdują się wrzody, 3—4 ctm. średnicy mające, bezbarwne, z ostremi brzegami, płaskie; prócz tego dużo szarych plam po wrzodach zagojonych; warstwa podśluzowa i mięsna jednak nigdzie nie obnażona. Przedziurawienia nie ma. Gruczoły krętkowe naciekle. Z pozostałych narządów, obrzęk i przekrwienie opon mózgowych i nieco

<sup>1)</sup> Wydanie rosyjskie (Choroby gorączkowe). T. I. str. 492.

<sup>2)</sup> Tom IV. str. 370.

plynu surowiczego w komórkach bocznych. Śledziona miękka, obrzmiała. Nerki powiększone, warstwa korowa zgrubiała, żółtawa, piramidy ciemnoczerwone, otoczka ściągająca się łatwo (*nephritis parenchymatosa*). Płuca małowkrwiste. Widzimy, iż pomimo przekroczenia dyjetetycznego nie nastąpiło przedziurawienie jelit, lecz tylko ropne zapalenie otrzewnej, a to w sposób następujący: Zrost sieci większej (*omentum*) z ścianką brzuszną, który istniał oddawna, a więc nie zależał od tyfusu, utrudniał już zresztą upośledzone ruchy robaczkowe; twarde pokarm znacznie rozciągnął ubezwładnione jelito, uciśnięte przez niepodatną sieć, zawartość nie była w stanie przesunąć się, a tym sposobem otrzewna uległa podrażnieniu i następnie zapaleniu. Zatem przyczyną śmierci nie było wyłącznie niezachowanie przez chorego koniecznej diety, ponieważ żaden inny z powyżej przytoczonych przykładów nie zakończył się niepomyślnie, lecz przypadkowe istnienie dawnego zrostu sieci, który uczynił niemożliwym posuwanie się kału i wywołał rodzaj uwięznięcia.

3) U. opisana wyżej (Nr. 33) **B a d a n i e p o ś m i e r t n e:** Wrzody tyfusowe rozległe wzdłuż całej kiszki cienkiej (*jejunum et ileum*) dokoła zastawki *B a u h i n'a*, w wyrostku robaczkowym, kiszce ślepej, okrężnicy całej, aż do *flexura sigmoidea*. W okrężnicy poprzecznej (*colon transversum*) dwa głębokie wrzody, z których jeden przebija warstwę mięśniową i doszedł do samej otrzewnej. Mózg i płuca przekrwione, nerki blade.

W niniejszym przypadku, śmierć nastąpiła skutkiem niezwykle rozległych wrzodów w całym niemal przewodzie jelitowym, obficie krwawiących; jeden z nich groził nawet rychłym przedziurawieniem. Chora była bardzo wątła i małowkrwista.

4) W. opisana wyżej (Nr. 38). **B a d a n i e p o ś m i e r t n e:** Mózg bezkrwisty; rozedma i obrzęk ostry płuc. Ujście aorty zwężone, wynosi tylko 1 ctm. w średnicy; zastawki aorty zgrubiałe; sama ścianka aorty cienka aż do przezroczystości. Wrzody tyfusowe w dolnych częściach *ilei* i w okrężnicy. Przekrwienie jelit i obrzmienie gruczołów samotnych. Gruczoły kiszki szaroczerwone, nacieczone. Śledziona miękka, powiększona; nerki przekrwione. Narządy płciowe w stanie zupełnie nierozwiniętym.

Przytoczony tu opis choroby oraz oględzin pośmiertnych, wykazuje do wdrodnie, iż nie sama sprawa tyfusowa spowodowała zejście śmiertelne, które nastąpiło pod wpływem nagłego bezwładu serca, uwarunkowanego wadą zastawkową, oddawna już istniejącą, to jest niedomykalnością zastawek aorty i zwężeniem aortalnego ujścia. Wada ta była zapewne także przyczyną ogólnego niedorozwoju całego ustroju.

5) W. opisana pod Nr. 2. **B a d a n i e p o ś m i e r t n e:** Na prawym pośladku wrzód odleżynowy. Ogólne wychudnienie całego ciała z zupełnym brakiem pokładu tłuszczowego. Opony mózgowe oraz sama istota mózgowa blade. W obudwu szczytach płucnych jamy (*cavernae*), ropą wypełnione, jakoteż rozsiane twarde, szarżółte ogniska zserowaciałe. Oskrzela rozszerzone (*bronchektasiae*). Śledziona miękka, powiększona; wątroba stłuszczona. Kępki *P a y e r'a* zniszczone, wystające; prócz tego w kiszkiach cienkich wrzody owalne, o równym dnie i brzegach gdziegdzie podminowanych. Wrzody dochodzą nieprzerwanie aż do zagięcia esowatego (*flexura sigmoidea*). W okrężnicy poprzecznej jeden wrzód dosięga prawie błony surowiczej. Gruczoły kiszki powiększone, ciemnoszare. Nerki powiększone, warstwa korowa blada, piramidy nastrzyknięte. Macica przodozgięta.

Tu także przyczyną śmierci nie był tyfus bezpośrednio, lecz suchoty płuc w wysokim stopniu. Owrzodzenia w przewodzie pokarmowym były w części



gruźlicze, w części tyfusowe; niektóre z ostatnich już w okresie zagojenia. Chora umarła 49 dnia choroby.

6). P., 16-letnia służąca, dobrze zbudowana, u której choroba rozpoczęła się dreszczami i zaparciem stolca, przybyła do kliniki 31 dnia choroby z ciepłotą 41,6° C. Znaleziono różyczkę na tułowiu, niezyt oskrzelowy, szmer skurczowy u wierzchołka serca, które bardzo słabo uderzało; śledziona była powiększoną i bolesną, brzuch wzdętym; biegunka i ból w okolicy pępkowej; majaczenie. Choroba trwała 39 dni; były bardzo silne objawy mózgowe, stan ciągle nieprzytomny, zapaść. B a d a n i e p o ś m i e r t n e wykazało: wodogłowie wewnętrzne (*hydrocephalus internus*) w komórkach bocznych, przekrwienie zastojowe w oponach mózgowych, limfomat w szyszce (*Lymphoma pineale*). Gruczolki P a y e r'a naciekle, jak również gruczoly samotne, lecz bez owrzodzeń. Ostre obrzmienie śledziony.

Główne objawy w niniejszym przypadku mieściły się w ośrodkach nerwowych, natomiast w przewodzie jelitowym natężenie sprawy chorobowej było nieznaczne. Wysoka gorączka przez cały trwania choroby również przyczyniła się do niepomysłnego zejścia. (D. c. n.)

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 8. Ropnica połogowa. Zejście pomyślne.

Dnia 30. III. 1882 r. przysłano do kliniki chirurgicznej z Instytutu położniczego E. B., lat 30, 8-go dnia po urodzeniu dziecka. Chora budowy dobrej, z nieźle rozwiniętym układem kostnym i mięśniowym; odchody połogowe obecnie blade, nie zbyt obfite; macicę wyczuć można powyżej spojenia łonowego. Ciepłota podwyższona do 40° C., chora gorączkuje od dni 4-ch, język ma suchy, obłożony. Skarży się na ból gwałtowny w prawem przedramieniu i stawie stopogoleniowym lewym; ból ten wystąpił u niej 4-go dnia po urodzeniu dziecka i nie ustawał do chwili obecnej. Przy badaniu znajdujemy obszerny ropień na przedniej powierzchni prawego przedramienia, a jednocześnie znaczne obrzmienie stawu stopowego lewego, w którym napewno można było rozpoznać obecność ropnego wysięku. Ruchy wykonywane w tym stawie sprawiają chorej dokuczliwe bóle. Badanie organów płciowych nie wykazuje żadnych ważniejszych zmian z wyjątkiem nieznacznego *endometritis*. Po uśpieniu chorej i przy zachowaniu wszystkich przepisów metody przeciwnięlnej, przystąpiliśmy do otwarcia ropnia na przedramieniu. Z jamy ropnia wypłynęła znaczna ilość posokowatego płynu. Następnie otworzyliśmy staw stopowy, prowadząc ciężca boczne przed kostkami ku dołowi; z jamy stawowej wyciekła również ropa posokowata w dość znacznej ilości; oprócz tego łyżeczką V o l k m a n a usunęliśmy z głębi stawu kilka skrzepów włóknikowych. Wprowadziwszy zgłębnik do stawu, przekonaliśmy się o zupełnem zniszczeniu chrząstek stawowych nasad kości piszczelowej i skokowej. Jamę stawową i jamę ropnia przedramienia przepłukaliśmy 5% roztworem kwasu karbolowego, przez staw przeprowadziliśmy sączek, a na ranę nałożyliśmy opatrunek L i s t e r'a. Na drugi dzień po operacji chora czuje się lepiej. Ciepłota wieczorem nie przewyższa 39° C. Do wewnątrz chorej zaleciłem po 5 gr. chininy wieczorem. Po 2-ch tygodniach rana na przedramieniu pokrywa się dobrą ziarniną, ze stawu stopowego wypływa niewielka ilość gęstej ropy; sączek wyjęliśmy. Ciepłota przez te 2 tygodnie nie przechodziła wieczorem 39° C, rano zaś dosięgała do 38,5° C. Przy końcu 4-go tygodnia chora już wcale nie gorączkuje, rana na przedramieniu zaczyna się zablizniać, ropienie w stawie stopowym niewielkie; wykonywanie biernych ruchów w stawie nie wywołuje prawie żadnego bólu. Nagle w 6-tym tygodniu od czasu operacji ciepłota u chorej dosięga 40° C., chora dostała gwałtownych dreszczy, zaczyna się uskarżać na silny ból w okolicy stawu udowego prawego. Przy badaniu znajdujemy obszerny ropień okołostawowy, który znowu otworzyliśmy po uśpieniu chorej i przy zachowaniu metody przeciwnięlnej L i s t e r'a. Z jamy ropnia, łączącego się ze stawem udowym, wypłynęła ogromna ilość posokowatej cieczy; obnażenia jednak krętarza nie znaleźliśmy. Na drugi dzień po otwarciu powyższego ropnia ciepłota opadła do 39° C., trzymała się na tej wysokości przez cały tydzień. Następnie sprawa gojenia w stawie

udowym i stopowym odbywa się przy zupełnym braku gorączki, a przy końcu 3-go miesiąca od daty przybycia chorej do kliniki nastąpiło zupełne zagojenie stawu stopowego i ropnia udowego. Jedyne powikłanie ze strony stawu stopowego po zagojeniu wystąpiło pod postacią *pes varus*. Przykurczenie to udało się usunąć po uspieniu chorej i nałożeniu opatrunku gipsowego. Chora przeleżała jeszcze 3 tygodnie w szpitalu i w połowie Lipca opuściła klinikę zupełnie zdrowa. O ile widzimy z przebiegu choroby i anamnezy, to w danym przypadku mieliśmy do czynienia z ropnem zapaleniem 2-eh stawów i z przerzutowym ropniem przedramienia, które najoczywiściej powstały na gruncie zakaźnym w okresie połogowym i w danym razie przedstawiają nam typowy obraz ropnicy połogowej. Punktem wyjścia tego cierpienia prawdopodobnie było *endometritis puerperalis*, które znaleźliśmy przy badaniu chorej w dniu jej przybycia do kliniki; innej przyczyny trudno się dopatrzeć, gdyż chora urodziła dziecko bez współudziału pomocy lekarskiej, a na częściach płciowych nie dostrzegliśmy śladów żadnego obrażenia. Pomyślnie zejście w danym przypadku, pomimo zajęcia 2-eh stawów i ropnia przerzutowego i pomimo ogólnego wycieńczenia chorej w okresie połogowym, znakomicie potwierdza zdanie Mikulieza, <sup>1)</sup> który ropnicę połogową uważa, jako cierpienie z daleko łagodniejszym przebiegiem, aniżeli ropnicę pochodzenia urazowego. Naturalnie, jak w każdym przypadku, tak i tutaj tem więcej jeszcze należy przypisać pomyślnie zejście w nie małej części stosowaniu metody przeciwnilnej, o ile to było możliwem w klinice szpitalnej, znajdującej się w niezbyt świetnych warunkach higienicznych. Uderzającą jest jeszcze ta okoliczność w danym przypadku, że, pomimo zupełnego zniszczenia chrząstek stawowych kości piszczelowej i skokowej, nastąpiło zupełnie zagojenie stawu bez zarośnięcia (*ankylosis*); ruchy, prawda, były nieco ograniczone, jednakże już w szpitalu nawet, przy ciągłym ćwiczeniu, ruchy te stały się swobodniejszemi.

A. Gabszewicz.

**9. Przewlekły ropień kostny w kości piszczelowej lewej.** (*Abscessus chronicus ossis tibiae sinistrae*).

Mając na uwadze nadzwyczajną rzadkość tej postaci chorobowej, sądzę, że pobieżny nawet szkic obserwowanego przezemnie przypadku nie będzie zbytecznym. Do kliniki chirurgicznej przybył w dniu 24. X. 1882 r. Jan G... lat 34, dobrze zbudowany; układ mięśniowy i kostny niezłe rozwinięty, tkanka tłuszczowa w ilości umiarkowanej. Chory przed laty 15 uległ stłuczeniu lewej nogi, wskutek czego miało miejsce długotrwałe zapalenie kości piszczelowej, połączone z oddzielaniem się martwaków, a zakończone zupełnem zagojeniem. Przez kilka lat ostatnich chory czuł się zupełnie dobrze i przeważnie zajmował się kopaniem rowów. Przed rokiem dopiero zaczął doświadczać bez widocznej przyczyny gwałtownych bólów w lewej goleni. Bóle te miały charakter świdrujący, odbierały mu zupełnie sen, czasami jednak ustawały. Nieco później chory zauważył obrzmienie na przedniej powierzchni tejże goleni, które z wolna powiększało się do ostatnich czasów. Dokuczliwe gwałtowne bóle zmusiły chorego do szukania porady w szpitalu. Przy badaniu na pierwszy rzut oka uderza nas znaczne skrócenie kości goleni lewej w stosunku do prawej, różnica wynosi 5 ctm.. W górnej okolicy lewej goleni, na przedniej i wewnętrznej powierzchni, w pobliżu nasad, widzimy stare blizny, powstałe po oddzieleniu się martwaków. Goleń cała nieco zgrubiała, na jej środku, w miejscu odpowiadajacem grzebieniowi kości piszczelowej, widzimy dość znaczne wypukłe obrzmienie, nadzwyczaj bolesne przy dotykaniu. Na to też obrzmienie chory wskazuje, jako na główne siedlisko bólu, doznawanego już od roku. Ból ten najsilniej się wzmacnia, przy dotykaniu wierzchołka powyższego obrzmienia. Skóra w tem miejscu zaczerwieniona. Ruchy w stawie kolanowym i stopowym zupełnie są prawidłowe. Chory do ostatnich chwil nie przestawał chodzić. Mając na uwadze ograniczone obrzmienie okostnej, ból trwający od roku, a szczególnie charakter tego bólu, rozpoznaliśmy obecność ropnia w kości. W 28. X. prof. E f r e m o w s k i przystąpił do nałożenia trepanu. W odległości 1½ ctm. od powierzchni kości natrafiliśmy na jamę ropnia, z którego wypłynęło przynajmniej pół napastrka ropy żółtej, gęstej; ścianki jamy ropnia były zupełnie gładkie. Zatampowano ranę kulkami waty z jodoformem i ustalono kończynę w blaszanej szynie,

<sup>1)</sup> Mikulicz. Zeitschrift für Heilkunde. Tom 2. 1881 r. Puerperale Pyämie.



Na drugi dzień ból się znacznie zmniejszył, a po kilku dniach zupełnie ustał, nie powtarzając się wcale, aż do wyjścia chorego ze szpitala. Rana goiła się powoli, ale bez żadnych powikłań ze strony tkanki kostnej i w końcu Grudnia zupełnie się zablizniła, a chory opuścił szpital, nie doznając najmniejszego bólu i nie skarżąc się na ograniczenie czynności w cierpiącej poprzednio kośćce. Z opisu powyższego widzimy, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z czystym jedynie ropniem w kości, o czym nas przekonywa przebieg gojenia, odbywający się bez żadnego powikłania ze strony otaczającej tkanki kostnej.

Nie będę się wdawał w szczegółowy rozbiór powyższych spraw chorobowych, gdyż już o nich kolega Matlakowski w łamach tego pisma zeszłego roku obszernie wspomniawszy, zwrócić tylko jeszcze raz uwagę na to, że przy rozpoznawaniu powinniśmy najwięcej uwzględniać obecność, długotrwałość i charakter bólu, który jak w przypadkach opisywanych przez autorów, tak i w naszym, był prawie jedyną wskazówką, pozwalającą nam wnioskować o obecności ropnia i odróżnieniu go od innych cierpień tkanki kostnej. Przypadek opisany jest także ciekawym ze względu na swą przyczynę: chory nie podaje żadnej przyczyny swego cierpienia, dodaje tylko, o czym wyżej wspomniałem, że zajmował się przez lat kilka kopaniem rowów w porze wiosennej i jesiennej. Być więc może, że i w danym przypadku częste przemaczanie nóg, na co zwrócił uwagę także kolega Matlakowski w swej pracy, było jednym z czynników usposabiających do powstania ropnia w kości piszczelowej, która wskutek poprzednich spraw chorobowych przedstawiała *locus minoris resistentiae*.

A. Gabszewicz.

## Wiadomości bieżące.

*Kraków.* D-r Obaliński mianowany został nadzwyczajnym profesorem uniwersytetu Jagiellońskiego.

— Odbywa tu posiedzenia komisya wyznaczona dla obrania gruntu pod budowę klinik uniwersyteckich oraz zakładu patologicznego. Do komisji tej prócz D-ra Hoszarda, członka Wydziału krajowego, wchodzi z lekarzy: profesorowie Rydel (dziekan), Madurowicz, Korcezyński, Adamkiewicz, Blumenstok i Mikulicz. (*Przegląd lekarski*).

— Dnia 17 b. m. wykonano w klinice prof. Madurowicza 3 owaryjotomije: jedną wykonał prof. Madurowicz, drugą prof. Mikulicz, trzecią docent Mars.

(*Przegląd lekarski*.)

*Praga.* W d. 10 b. m. obchodzono tu 25-letni jubileusz zawodu profesorskiego, słynnego medyka sądowego prof. Maschki.

*Paryż.* W d. 20 b. m. zmarł tu w 67 roku życia D-r Lasègue prof. kliniki terapeutycznej w szpitalu *de la Pitié*. Zmarły był autorem wielu cennych artykułów z medycyny sądowej i chorób umysłowych. Redagował on z wspólnie z prof. Duplay pismo *Archives gènerales de mèdecine*.

*Tubinga.* Zmarł tu znany laryngo-chirurg prof. Bruns.

### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski*, Nr. 12. Mikulicz: Skoliozometr, przyrząd do mierzenia skrzywienia boczno-kręgosłupa. Pisek. Włókniak po części tłuszczak śluzakowaty więzła przedkręgowego. (Dokończenie). Kohn. Zarośnięcie pochwy macicznej nabyte. Wyleczenie za pomocą operacji. (Dokończenie). Schaitter: Uwagi nad sądowo-lekarskim badaniem plam nasiennych. (Dalszy ciąg). Wicherkiwicz: O keratologii. (Dokończenie).

— *Medycyna*, Nr. 12: Dobrzycki. Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych przy szpitalu w Mieni urządzonej za r. 1881 i 1882. (Dalszy ciąg).

## PIGUŁKI ŻELAZNE D<sup>ra</sup> RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

**PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU** są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryzkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci* i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych *brakiem krwi*.

**PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU** nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcyi. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędną, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon**.

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

## KAPSUŁKI I PIGUŁKI

Z BROMKU KAMFORY

## DOKTORA CLIN

*Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.*

**KAPSUŁKI I PIGUŁKI** Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpitacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie **PIGUŁKI ŻELAZNE D-ra RABUTEAU**.

## KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** z essencyi drzewa sandalowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych*.

Z powodu delikatnej karukowej obłotki **KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niezem żołądkowi“

*(Gazeta Szpitali Paryskich)*

Zażywać 9 do 12 kapsułek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu. Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie **KAPSULEK MATHEY-CAYLUS** markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon**.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.



# PEPTONY PEPSYNOWE

## NA MIĘSIE WOŁOWEM

CHAPOTEAUT, APTEKARZ 1-ej KLASY WYDZIAŁU PARYSKIEGO.

Peptony te zupełnie czyste, nie zawierają jak tylko mięso wołowe strawione, przez co jest ono łatwo przyswajalne, zapomocą pepsyny zawsze w ilości odmierzonej i regularnej, otrzymanej ze żołądków baranich, które jedna część trawi 7 do 800 części fibryny i która nie znajduje się w handlu. Posiadają one silną własność karmiącą i żywią doskonale organizm.

Należy je odróżniać od peptonów, jużto przyrządzanych z podpuszczką barania, jużto z trzustkami wieprzowemi, i zawierających produkt pochodzący jużto ze strawienia błon żołądkowych jużto mięsa.

Są one w trzech formach:

### 1. WINO PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Zawiera ono w kieliszku pepton z 10 grammów mięsa wołowego. Posiada smak bardzo przyjemny i stanowi doskonały pokarm, który chorzy i dzieci przyjmują z przyjemnością. Używa się go z początkiem jedzenia w ilości jednego do dwóch kieliszków.

### 2. KONSERWA PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Produkt ten jest płynny, obojętny, aromatyczny i przechowuje się dobrze. Łyżeczka kawowa przedstawia podwójną jego wagę mięsa wołowego, zażywa się go czysty lub w rosole, w winie, konfiturach, syropie i w formie lawatyw żywiących.

### 3. PROSZEK PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Posiada smak mięsa i daje tę korzyść, że można go zażyć w pierwszej łyżce zupy. Rozpuszcza się w wodzie, rosole i w winie. Każda łyżeczka kawowa obejmuje blisko 4 grammy peptonu, czyli 21 do 22 grammów mięsa wołowego, zupełnie strawionego i przyswajalnego. Słoik zawiera 30 grammów peptonu, przedstawiające 160 do 165 gram. mięsa wołowego, co może wystarczyć do nakarmienia osoby dorosłej.

### GŁÓWNE WSKAZÓWKI.

Niedotlenność krwi. — Trudność trawienia. — Słaba konstytucyjna ciała. — Osłabienie Niemoc żołądkowa i trzewiowa — Rekonwalescencyja. — Karmienie matek, dzieci, starców, chorych na cukrzyce i suchotników.

SKŁADY: 8, rue Vivienne w Paryżu; w aptece Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptece Piotra Mikolascha; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

# GUARANA

Jeden proszek, rozpuszczony w łyżce wody ocukrzanej i zażyty, dostatecznym jest do usmierzania natychmiast najsilniejszego bólu głowy i migreny i do wyleczenia rzucenia żołądka i biegunki. Sprzedaje się w pudełkach, zawierających dwanaście proszków.

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMĄ

**DR. T. HEINRICH**

istniejący,

Zaopatrzony został w wody Vichy, tegorocznego ezerpania, ze źródeł: Grande-Grille, Hôpital, Celestin, Hautrives, Mesdames, Chomel.

Woda Vichy używana jest w cierpieniach organów trawienia, w chorobach wątroby, przy kamieniach żółciowych, w chorobach śledziony, w chorobie cukrowej, przy wydzielaniu piasku i biłka, w cierpieniach pęcherza, w podagrze, reumatyzmie oraz w cierpieniach nerwowych na podstawie artretycznej rozwijających się.

# VICTORIA woda gorzka NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkimi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej jak Pültau i Friedrichshall.

Polecana przez najznakomitsze powagi lekarskie i znanych lekarzy tutejszych, pomiędzy innymi przez Prof. rad. dworu *Ducheka*, rad. dworu *Bambergera*, *Auspitza*, *Lorinsera*, w *Wiedniu*, rz. rad. stanu Prof. *D-ra D. Lambla*, prym. *D-ra Kobyłańskiego*, *D-ra Kyzego*, *D-ra Zaleskiego* w *Warszawie*.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

10—2

Wakuje posada

## DLA LEKARZA

ze stałą pensją, w ludnem miasteczku na Litwie, należącym do hrabiów Zamojskich, posiadającym aptekę. Okolica ludna, w miasteczku dwa razy tygodniowo odbywają się targi, a kilka razy do roku bywa jarmark. Lekarz życzący sobie zająć to miejsce raczy zwrócić się o bliższe szczegóły do aptekarza *Elijasza Ajzenstadt*a, w powiatowem mieście *Oszmianie*, gub. *Wileńskiej*.

2—2

### LA BOURBOULE

WODA MINERALNA nadzwyczaj WZMACNIAJĄCA  
zawierająca

**Chloran Dwuwęglan i Arsenian Sodu**

Od pół szklanki do trzech szklanek dziennie  
odżywia dzieci wątłe i osoby osłabione

skuteczny środek przeciw  
**Bezkrwistości, Skrofulem,  
Diabetis, Gorączce Peryodycznej**

Chorobom skórnym i organów oddechowych  
Sezon kuracyjny  
OD 25 MAJA DO 25 WRZEŚNIA.

## PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.  
Znajduje się we wszystkich aptekach.

## ZAKŁAD LECZNICZY DLA CHORYCH NA ŻOŁĄDEK

w WARSZAWIE,

przy ulicy Kruczej Nr. 13bb.

Przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych, dotkniętych cierpieniami żołądka i kiszek. W ambulatoryjum zakładu niżej podpisany udziela porady przychodzącym chorym od godz. 10—11 rano.

O bliższych warunkach dowiedzieć się można na miejscu, lub w mieszkaniu kierującego zakładem przy ul. Przejazd Nr. 10.

Dr. M. Rejchman.

12—4

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

**D. T. HEINRICH**

istniejący

Zaopatrzone zostały w *Sól Vichy* do kąpiel, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracji do *Vichy*, a także w *Pastyłki*, przygotowane z wód *Vichy*, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłanianie kwasu żołądkowego.

30—1