

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1875 do 1 stycznia 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1876 r. rsr. 168 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie (2-gie) z działalności lekarsk. szpitala Ś-go Antoniego za rok 1874. Podał *Mieczysław Gruell*, lekarz tegoż szpitala (Dokończenie).— Kronika zagraniczna. Rozbiór przypadłości zagrażających życiu chorego. Przez Dra *Block'a* (Dokończenie).— Wiadomości bieżące. O zastosowaniu spokoju w leczeniu chorób piersiowych. Użycie czosnku w kokluszu. Koniferyna—glukozyd roślin szyszkowych. Arsen w papierowych obiciach. — Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Bibliot. Umiejęt. Lekars. — Dodatek. Anatomii Chirurgicznej ark. 13 i 14. Choroby tchawicy, oskrzeli, opłucnej ark. 2, 3 i 4. Historyi medycyny ark. 19 i 20. Medycyny sądowej T. II, ark. 62.

Sprawozdanie (2-gie) z działalności lekarskiej szpitala Ś-go Antoniego w Włocławku, za rok 1874.

Podał *Mieczysław Gruell*, lekarz tegoż szpitala.

(Dokończenie).

Zgorzel częściowa żuchwy. Wypitowanie częściowe tej kości. Róża przyranna. Śmierć. T. B. służąca, 28 lat licząca, przysłaną została do szpitala w d. 8 czerwca 1874 r. przez Dra *Stockmann'a* z Ciechocinka. Chora ta od 2 lat cierpiała ból w zębach trzonowych prawej połowy szczęki dolnej, chociaż te nie były zepsute; od 4 miesięcy obrzmiał prawy policzek i utworzył się ropień pod trzonem żuchwy, po pęknięciu którego pozostała przetoka. Na szyi, poniżej kąta żuchwy także wyniosłość czerwona z otworkiem z którego sączy się rzadka ropa. Ruchy żuchwy utrudnione. Przez otworki, o których mowa, zgłębnik dochodzi do kości na znacznej przestrzeni obnażonej. Gdy na zaproponowaną operację chora się zgodziła, wykonałem takową d. 12 czerwca. Po zachloroformowaniu chorej, poprowadzono jedno cięcie od środka podbródka, po dolnym brzegu żuchwy, przez otwór przetokowy, prawie do podstawy ucha i nieco ku przo-

dowi, a drugie cięcie, prostopadłe do pierwszego pośrodku brody, nie dochodzące jednak do samego brzegu wargi, tylko do miejsca, gdzie błona śluzowa z wargi przechodzi na dziąsło. Po odsłonięciu kości, znaleziono w pobliżu linii pośrodkowej martwak 1½ cala długi, całą grubość kości obejmujący, sięgający aż do gałęzi wstępującej żuchwy. Oprowadziwszy piłkę łańcuszkową Jeffray'a dokoła żuchwy, powyżej i poniżej martwaka kości przepiłowano. Brak wynosił 2½ cala. Krwotok był dość znaczny. Po zatamowaniu go, ranę połączoną 13 szwami szpilkowymi. Po operacji znaczny upadek sił, który usunięto podaniem wina. Na trzeci dzień stan gorączkowy T. 39,5°C. W 3 doby po operacji wyjęto 8 szwów, następnego dnia trzy, a następnego resztę. Połączenie bezpośrednio dobrze się udało. Z ust wyciekał płyn cuchnący, lecz już 5-go dnia przy użyciu do przestrzykiwań nadmanganianu potażu, był prawie zupełnie bezwonny. Tegoż dnia gorączka znacznie się wzmogła i pojawiła się róża dokoła rany, która w ciągu następnych dni zajęła twarz, przeszła na plecy i piersi. Na 7-my dzień po operacji, gdy róża sięgała dołka podsercowego, dostała chora silnego klucia w piersiach i bólesci w brzuchu; oddech stał się nadzwyczaj częsty, powierzchowny, a następnego dnia umarła.

6. **Zapalenia stawów**, reprezentowane były przez 2 wypadki: jeden—ostrego zapalenia błony maziowej stawu kolanowego; drugi—chronicznego zapalenia stawu biodrowego (0,2% ogólnej liczby chorych). Pierwszy chory wyzdrowiał, drugi wyszedł bez polepszenia, niechęć się poddać proponowanej operacji wypiłowania główki kości udowej.

7. **Zapalenia (nie specyficzne) części płciowych** spostrzegane były u 3,4 na 100 (u 7 mężczyzn i 14 kobiet). Żaden chory z tego działu nie umarł. Jedna z kobiet dotknięta przetoką pęcherzową nabytą po ciężkim porodzie kleszczowym, operowaną była w ten sposób, że przy użyciu wziernika Sims'a otwór przetoki, wielkości pióra gęsiego, obraniony został właściwym nożykiem, poczem nałożono 5 szwów zakręcanych z drutu żelaznego. Rezultatem tego było zmniejszenie się przetoki; zawsze jednak mocz kroplami się przesączał. Ponowne okrwawienie pozostałego otworku i nałożenie jednego szwu również pozostało bez skutku, tak że trzeba było się ograniczyć na kauteryzacji. Chora niecierpliwa opuściła szpital z zaledwie dostrzegalnym, lecz przesączałym mocz otworkiem.

B. **Nowotwory**. W liczbie 5 wypadków (0,8 na 100 chorych) było: jeden wypadek rozlanego chrzęstniaka pierwszego członka palca wskazującego lewej ręki; u 36-letniego mężczyzny, od 3 miesięcy trwający; jeden wypadek tłuszcza wielkości jabłka, na szyi, poniżej kąta żuchwy u 29-letniej kobiety od 8 lat trwający, i 3 wypadki nowotworów złośliwych. Dwa pierwsze wypadki nie były przedmiotem leczenia. Z trzech wypadków ostatnich, jeden raz rak rozwinięty był w odbytnicy u 30-letniego starozakonnego; lecz z powodu daleko sięgającej infiltracji kiszki i okolicy odbytu, nie mógł być operowany. Pozostałe dwa wypadki zasługują na krótki opis.

Nowotwór złośliwy guzowaty uda (prawdopodobnie mięsaka). Trzykrotne odnawianie się po wyluszczeniu. F. K., włościanin, 33 lat liczący, przybył do szpitala w połowie grudnia 1873 r. Na przedniej powierzchni uda i nieco ku wewnątrz, w połowie długości tegoż znajduje się guz twardy, ruchomy, wielkości głowy noworodka, o szerokiej, wśród mięśni tkwiącej podstawie. Skóra na wierzchołku guza owrzodziła, wydziela ciecz cuchnącą; po bokach normalnej barwy, przesuwalna. Guz jest mało bolesny. Powyżej owrzodzenia podłużna, biało-sinawa blizna. Gruczoły limfatyczne w pachwinie nie są wcale ani stwardniałe ani powiększone. Nowotwór rozwijać się począł poraz pierwszy przed 14 miesiącami, z małego, podskórnego guziczka. Przed 7 miesiącami był wyluszczony nożem przez Dra Tabaczynskiego z Racieńcina. Rana zagoiła się w ciągu kilku tygodni, lecz już w 6 tygodni po zagojeniu nowotwór zaczął się odtwarzać z blizny i doszedł do stanu wyż opisanego. Natychmiast przystąpiłem do wyluszczenia, które po zrobieniu dwóch cięć łukowatych otaczających owrzodzenie, udało się dosyć łatwo przy pomocy noża i palców. Mięsień krawiecki pokrywał nieco brzeg zewnętrzny podstawy guza tkwiącej głęboko wśród mięśni ksobnych i czworogłowego uda. Tętnica udowa przechodziła tuż pod nim. Rana bardzo obszerna, zaczęła wkrótce pięknie granulować, tak że w 38 dni po operacyi chory wyszedł ze szpitala będąc na dogojeniu. Rzeczywiście, w ciągu kilku tygodni nastąpiło zupełne zabliźnienie, i tym razem chory 1½ roku był wolny od swego cierpienia; dopiero w sierpniu r. b. nowotwór znowu zaczął się odnawiać z dolnej części blizny; w ciągu 3 tygodni doszedł do objętości główki noworodka, poczem cała skóra go pokrywająca uległa zgorzeli. W takim stanie chory przybył znowu do szpitala, gdzie mu guz poraz trzeci wyluszczyłem z pomiędzy mięśni, które po części wchodziły w skład jego powłoki. Rana bardzo obszerna, bo zajmująca prawie połowę przedniej powierzchni uda, w ciągu 44 dni do połowy się zagoiła, i w tym stanie chory wyszedł. Sądzę, że i ta operacya, chociaż wszystko chore zostało usuniętem, nie zabezpieczy chorego od nowych powrotów.

Nowotwór ten, jakkolwiek nie był badany mikroskopijnie, z wielkiem prawdopodobieństwem był mięsakiem (*sarcoma*), nie rakiem; miał bowiem dość ściśle określone granice, mało był bolesny i nie wpływał na zmianę pobliskich gruczołów limfatycznych. Że zaś i mięsaki odznaczają się wielką skłonnością do powrotów, przekonywa między innymi wypadek opisany przed kilkoma laty przez prof. Kosińskiego (Klinika, T. I, N. 5), gdzie mięsaka ramienia w ciągu lat 16 tu sześciokrotnie się powracał na tém samym miejscu, a może później jeszcze więcej razy.

Złośliwe owrzodzenie na okolicy żuchwowej (prawdopodobnie natury rakowcowej). Wyzdrowienie po wyżarciu ciastem żrącym, poprzedzone różą twarzy. B. J., starszek 80-letni, dość dobrze odżywiony wstąpił do szpitala d. 24 maja. Pod prawą gałęzią żuchwy ma on miękką, owalną wyniosłość, 1 cal długą, pokrytą ścieńczalą skórą, czerwono-siną barwy. Na środku téj wyniosłości znajdował

się mały otworek, z którego wyciekał płyn surowiczo-posoczysty. Zgłębnikiem wyśledzono podminowanie skóry, rozcięto więc wyniosłość w podłuż na całej długości. Tym sposobem powstała powierzchnia zaczęła posoczeć i rozpadać się w brudne strzępy; brzegi wywinęły się, a dokoła wytworzyło się stwardnienie coraz bardziej się rozszerzające, słowem powstał obraz owrzodzenia rakowcowego. Podstawa owrzodzenia była nieruchomo zrosnięta z okostną szczęką dolną.

Pragnąc doświadczyć skuteczności środka niedawno przedtem rekomendowanego przez B u r o w'a ojca (Aeusserliche Anwendung des chlorsauren Kali bei offenem Carcinom. Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 11, 1873), przez 8 dni posypywałem codziennie całe owrzodzenie proszkiem chloranu potażu, lecz bezskutecznie. Rozpad ciągle postępował a stwardnienie zajmowało przestrzeń wielkości rubla srebrnego. 8 czerwca na całe owrzodzenie zastosowałem ciasto żrące z chlorku cynku (*pasta Canquoinii*). W 6 dni potem strup odszedł, a że jeszcze w jednym miejscu dno było wygórowane, przykauteryzowałem to miejsce laseczką chlorku cynku. 19 czerwca od brzegów rany rozwinęła się róża i szybko zajęła twarz, przyczem dreszcze i silna gorączka (40,6°C.). W 8 dni po pojawieniu się róży, temperatura pierwszy raz spadła na 27°C. W ciągu tego czasu owrzodzenie oczyściło się i szybko goić zaczęło, tak że 15 lipcy, gdy chory na usilne żądanie szpital opuścił, niedogojone owrzodzenie zajmował 1 ctm. kwadratowy powierzchni.

Wypadek ten nie przedstawiałby nic osobliwego, gdyby nie szczególna forma pod jaką nowotwór początkowo wystąpił. Wyniosłość sinawa, miękka fluktuująca pod szczęką wyglądała zupełnie tak, jak niewielkie ropnie podszczękowe u osób skrofulicznych; dopiero po rozcięciu wrzód przybrał charakter raka nabłonkowego.

C. P r z e p u k l i n y. Tu się odnoszących wypadków spostrzegaliśmy 3 (mniej niż 0,5% ogólnej liczby chorych); w tej liczbie było 2 przepukliny pachwinowe u mężczyzn i 1 przepuklina; udowa u kobiety. Wszyscy chorzy przybyli z przepuklinami, z tych dwoje poddanych było herniotomii, jeden zaś mężczyzna umarł bez operacji. Z dwojga operowanych: kobieta wyzdrowiała, mężczyzna umarł. Śmiertelność przeto 2,7 na 100 zmarłych w ogóle. O każdym z tych wypadków słów kilka:

P r z e p u k l i n a p a c h w i n o w a p r a w a z a c i ś n i ę t a. Ś m i e r é. W. O., włościanin, lat 50, miał oddawna dwustronną przepuklinę pachwinową odprowadzalną wielkości pięści. Przed 4 dniami wystąpiło zaparcie stolca, wymioty, wzdęcie brzucha i bólesci w nim. Przepuklinę z lewej strony odprowadził sobie chory zupełnie, z prawej zaś również wpechnął do jamy brzusznej; lecz gdy przypadłości nie ustępowały, przybył do szpitala. Przedstawił się tu w stanie wielkiego upadku sił, z małym, nikiem tętnem. W prawej pachwinie nie było widać żadnego guza, tylko prawe jądro powiększone, przedłużało się jakby w zgrubiały lecz miękki powrózek nasienny. Brzuch mocno wzdęty i bolesny. W przekonaniu, że mamy do czynienia z zaciśnięciem wewnętrznym, zaleciliśmy lewatywy, kalomel, środki podniecające. W kilka

godzin po przybyciu do szpitala chory umarł. Przy badaniu pośmiertnem pokazało się, że w kanale pachwinowym prawym tkwiła niewielka pętla kiszki cienkiej, nieco uciśniętej lecz nie zgangrenowanej. Chory umarł z upadku sił (*collapsus*).

Przepuklina pachwinowa prawa zaciśnięta. Herniotomia. Śmierć. K. K., czeladnik piekarski, lat 33, miał od dzieciństwa przepuklinę pachwinową wielkości pięści mężczyzny, po prawej stronie. Paska nigdy nie nosił. Przepuklina wprowadzała się zawsze z łatwością. Na 4 dni przed przybyciem do szpitala (30 czerwca 1874 r.) przepuklina odprowadzić się nie dała. Od tego dnia chory nie miał stolca, a mocne bóleści w brzuchu skłoniły go do wstąpienia do szpitala. Chory wątły, wychudły, niedokrwiony, twarz blada, z wyrazem cierpienia; temperatura niska. Brzuch mocno wzdęty, daje przy opukiwaniu odłos tępy. W prawej mosznie przepuklina wielkości dużej pięści mężczyź; odgłos w niej tępy; bolesność niewielka. Chory często wymiotuje i narzeka na rznięcie koło pępka. Zrobiono kąpiel ciepłą, dano 3 łyżki oleju rycinowego, kilka lewatyw, i spróbowano odprowadzenia wszelkiemi sposobami, lecz to się nie udało. Zachloroformowano więc chorego, a gdy i teraz próba odprowadzenia się nie udała, przystąpiłem do herniotomii. Po przecięciu worka przepuklinowego, wypłynęło zeń z 1½ kwaterki surowiczo-krwistego przesieku wół przezroczystego. Zaciśnięcie miało miejsce w otworze zewnętrznym; tworzył je ostry wiąz, który ku górze nacięto, poczem kiszki z łatwością się odprowadzić dały. Po ściągnięciu rany plasterami lepkiemi i opatrzeniu jój, podano choremu 10 gran kalomelu, po którym miał w nocy i następnego dnia rano kilka obfitych wypróżnień. Pomimo to bóleści nie ustępowały, upadek sił był coraz większy i chory w 24 godzin po operacyi umarł. Otworzywszy jamę brzuszną znaleziono kiszki rozdęte. Zaciśniona część kiszki cienkiej około pół łokcia długa sąsiadująca z kiszka ślepa. W miejscu zaciśnięcia strup 2 linii szeroki całą kishkę otaczający. Kiszki które były wypadłe, ciemno-szare, prawdopodobnie mało żywotliwe. Przepuszczalność ich przywrócona. Śmierć nastąpiła z upadku sił, towarzyszącego poczynającą się zgorzeli wypadniętej, a następnie odprowadzonej pętlicy kiszki.

Przepuklina udowa prawa świeża, zaciśnięta. Herniotomia. Wyzdrowienie po przebyciu róży przyrannój. M. K., służąca, 38 lat licząca, niezbyt dobrze odżywiana, przepukliny nigdy nie miała. Na 6 dni przed przybyciem do szpitala, bez widocznej przyczyny zaczęła doznawać bóleści w brzuchu i dostrzegła guzik w prawej pachwinie. Od tego dnia stolec był wstrzymany; nawet użyty przez chorą olej rycinowy nie zdołał go poruszyć. Później wystąpiły wymioty i upadek sił. Przy badaniu znaleziono: w prawej pachwinie poniżej więzu Pouparta guzik wielkości małego kurzego jaja, równoległy do składki pachwinowej. Skóra na nim zaczerwieniona, mało ruchome; przy nacisku silny ból. Dno nieruchome. Gdy próby odprowadzenia nie odniosły skutku, po zachloroformowaniu chorą przystąpiłem do herniotomii. Po przecięciu skóry i powięzi powierzchownej napotkano pod tą ostatnią ropień. Wyflukawszy około pół uncyi ro-

py, znaleziono poczerńiały worek przepuklinowy, a w nim pętlę kiszkową wielkości orzecha tureckiego, zeczerniałą, niekurezliwą. Zaciśnięcie było silne. Nacięto więc pierścień udowy na 2" ku wewnątrz, w zamiarze wyciągnięcia pętli na zewnątrz i dokładniejszego jęj obejrzenia; tymczasem takowa wsunęła się do jamy brzusznej. Opatrzywszy ranę, podano choręj pełną dawkę kalomelu i kilka lewatyw. Sprowadziło to 2 obfite wypróżnienia, które od tąd bądź przy pomocy oleju rycinowego codziennie przychodziły. Rana oczyściła się i goić poczęła. W 12 dni po operacyi, gdy już pięknie granulowała, rozwinęła się róża dokoła rany. Róża ta, przy ciągłej gorączce szerzyła się na brzuch i plecy; w ciągu dni 20 obeszła całe ciało prócz twarzy i głowy. Od tąd dopiero gorączka ustąpiła ale chora nadzwyczaj osłabła. Rana już się była zagoiła. Przy pożywnęj, łagodnej dyecie siły stopniowo wracały i chora w 41 dni po operacyi zdrową wypisana została ze szpitala.

Wypadek ten przekonywa, że nawet bardzo spóźniona operacya (w danym razie 7-my dzień od chwili zaciśnięcia) może doprowadzić do celu. W tym razie odsłonięta pętla kiszek tak mało zdawała się być zdolną do odzyskania żywotności, iż gdyby nie mimowolne jęj wsunięcie się do jamy brzusznej, być może, że zdecydowałbym się utworzyć odbył sztuczny; tymczasem rezultat przeszedł wszelkie oczekiwanie, i gdyby nie fatalne powikłanie z różą chora znacznie prędzej byłaby odzyskała zdrowie. Ponieważ zaciśnięta pętla, prawdopodobnie stanowiła tylko część obwodu kiszki; być może, że przyrosła swym obwodem do pętlic sąsiednich, a następnie oddzieliwszy się, wydalona zostało na zewnątrz z kałem.

D. Choroby traumatycznego pochodzenia.

1. Oparzenia i odziębienia, stanowiły niespełna 0,5% wszystkich chorób; oparzenia wszystkie były 2 go stopnia; odziębien wcale nie spostrzegałem. Żaden z oparzonych nie umarł.

2. Stłuczenia spotykaliśmy u niespełna 2% chorych. Były to po większej części posiniaczenia skutkiem pobicia, żadnego nie przedstawiające interesu.

3. Rany. Wszystkich ran w ogóle było wypadków 13 (u 2 na 100 chorych), z tych 12 powierzchownych u 1 drażąca do klatki piersiowej, zadana ostro okutym kijem w grzbiet. Ten ostatni wypadek zakończył się śmiercią z następstw zapalenia płuc i opłucnej. Z 12 ran niedrażących było 2 postrzałowe (twarz, udo), 1 z ukąszenia przez psa w łydkę i 10 dartych lub stłuczonych (na kończynach górnych 15, na dolnych 1, na tułowiu 1, na głowie 3). Na wzmiankę zasługuje jedna z ran postrzałowych, zadana nabojem śrutowym z odległości paru kroków w twarz, z tego względu interesująca, że nabój ugodziwszy całą masą w prawy policzek, poniżej kości licowej, przy przednim brzegu żwacza, zrzucił ranę wejścia okrągłą wielkości trzygroszniaka, i przeszedłszy po tylnej powierzchni żwacza, między gałęzią wstępującą żuchwy a zewnętrzną powierzchnią kości górnoszczękowej, którą zestrzyhował, utkwiał pod skórą na karku, poniżej ucha i nieco za niem, nie obraziwszy przebiegających na jego drodze tętnic szyjowych zewnętrznej i we-

wewnętrznej. Ranionym był 13-letni chłopczyk, wypadkowo. Przez rozcięcie skóry na karku wydobyłem kilkanaście ziarn śrutu; reszta, jakoteż przybitka pakułowa później z ropą odeszła. Chory wyzdrowiał, po przebyciu róży twarzowej; pozostała tylko w bliźnie mała przetoka ślinowa, na której usunięcie w drodze operacyjnej malec nie chciał się zgodzić.

4. Z ł a m a n i a k o ś c i. Wszystkich w ogóle złamań w ciągu roku leczyliśmy 23 wypadki (u 3,7 na 100 chorych). W téj liczbie było: złamań kości czaszki i twarzy 1, złamań prostych 7 (kości ramieniowej 1, kości goleni 2, kości udowej, 2, obojczyka 2); złamań powikłanych i zmiążdżeń 15, a mianowicie: złamanie kości ramieniowej i obu kości udowych 1, złamanie kości przedramienia i ramienia ze zmiążdżeniem 1, złamanie uda 1, złamanie obu kości goleni 1, zmiążdżeń końców stawowych stawu stopowego 2, zmiążdżenie stopy 1, zmiążdżenie ręki 1, złamanie kości śródstopowych 1, wreszcie zmiążdżeń palców lub ich członków 6. Obrażenia te dały powód do wykonania 3 odjęć członków, 2 wyluszczeń ze stawów i 3 wypiłowań kości. Śmiertelność ze złamań kości wynosiła 6,8% śmiertelności ogólnej. Przyczyną złamań prostych było we wszystkich 7 wypadkach albo upadnięcie chorego z mniejszej lub większej wysokości, albo też uderzenie obcem ciężkim ciałem; przyczyną złamań powikłanych były w 10 wypadkach maszyny rolnicze, w 4 przygniecenia ciężarami, a w 1 spadnięcie ze stołu. Najcięższe złamania i zmiążdżenia były spowodowane przez maszyny rolnicze.

Z opatrunków unieruchamiających przy złamaniach najczęściej używałem gipsowego, wycinając w nim w razie potrzeby okna, lub też robiąc przerwy, przy pomocy wąskich sztabek z blachy żelaznej. Gdzie jednak nie chodziło o jaknajszybsze wyschnięcie opatrunku, np. przy małym zбочeniu odłamów, przy opatrunkach na kończynach górnych i t. p., tam posługiwałem się bardzo często opatrunkiem ze szkła wodnego. Opatrunek ten pierwszy raz wprowadzony do chirurgii w r. 1857 przez Schranth'a, mało jest u nas w użyciu, a przecież zasługuje na rozpowszechnienie, z powodu swój lekkości, prostoty w przygotowaniu i wykonaniu oraz trwałości. Zwyczajny bandaż płócienny rozwinięty, zanurza się w naczyniu zawierającym szkło wodne, a gdy nasiąknie; zwija się rolkę obcierając między palcami nadmiar szkła. Członek mający być opatrzonym bandażuje się najprzód suchym bandażem lub owija cienką warstwą waty, poczem nakłada się bandaż napojony szkłem wodnym, bacząc aby każdy zwój następny pokrywał poprzedzający w $\frac{2}{3}$ a nawet $\frac{3}{4}$ częściach. Warstw powinno być 3—4. Po wygładzeniu ostatniej warstwy, członek musi być zostawiony odkrytym, aby opatrunek mógł wyschnąć. W 6 do 8 godzin jest już twardy jak kamień. Zdejmuje się przez rozmoczenie w ciepłej wodzie, poczem ten sam bandaż może być dalej używany, gdy tymczasem bandaże muślinowe użyte do opatrunku gipsowego marnują się bezpowrotnie, a często przy zdejmowaniu rozcinają się także i bandaże płócienne podopatrunkowe, co zwłaszcza w szpitalach, znacznie cenę opatrunku gipsowego podnosi.

Przy leczeniu złamań powikłanych, postępowaliśmy o ile możności w duchu chirurgii zachowawczej, co przy obrażeniach palców przynosiło prawie

zawsze nader świetne rezultaty, lecz przy obrażeniach kości rurowych, nieraz na smutne narażało zawody.

Z kazuistyki złamań przytoczymy następujące wypadki:

Złamanie powikłane kości twarzy i czaszki. Ropień mózgowy i zapalenie opony miękkiej ropiaste. Śmierć w 26 dni po obrażeniu. J. M., wyrobnik, 45 lat, w d. 30 maja uderzony został spadającą z dachu belką w podstawę nosa, czoło i oba oczy i powalony na ziemię. Na drugi dzień przywieziony do szpitala przedstawił się w następującym stanie: Powieki obu oczów ciemnosine, nieco cbrzękłe. Prawe oko do połowy otwarte, nieruchome: pod łącznicą wylew krwi. Na granicy między gładyszką a podstawą nosa rana podłużna, około 1 cala długa a 2" szeroka. W dniu téj rany szczelina, przez złamanie kości nosa sięga do jamy nosowój. Szczelinę tę pośrodku rozgradza odszczep kości czołowej, ponad którym znajduje się otwór prowadzący do szeroko otwartej zatoki czołowej. Kości nosowe połamane i zapadnięte. Z zewnętrznego brzegu oczodołu prawego odłamany podskórnie trójkątny kawałek kości o bokach około 1 cala długości mających. Górny brzeg oczodołu lewego tuż przy kości nosowój odłamany na przestrzeni 2". Cała szczeka górna ujęta za górne sieczne zęby pozwala się poruszać, przyczem widać że złamanie ma miejsce w miejscu połączenia kości licowój z wyrostkiem licowym kości skroniowój po jednej i po drugiej stronie. Chrzęstna część zosa zwrócona nieco na lewo, Skóra na twarzy, czole i czaszce nie uszkodzona.

Chory niezupełnie ale jednak przytomny, chociaż z trudnością lecz odpowiada na pytania. Stan bezgorączkowy, tętno 80, temp. 37°C. Przy okładach lodowych chory odzyskiwał coraz więcej przytomność. odpowiadał dobrze na pytania, skarżył się na ból głowy. Gorączka zwolna się powiększając, dopiero 7 maja doszła wieczorem do 40°,4C. W tym czasie przez nos i ranę na podstawie czoła wyciekał płyn posoczejący. Brzegi rany nosowój oczyszczać się poczęły. 30 maja przy silnej gorączce rozwinęło się rozlane zapalenie rogówki prawego oka, które po 3 dniach skończyło się jej rozmiękczeniem i wypłynięciem cieczy szklistej. Później znowu kilka dni trwał stan bezgorączkowy, przy zupełnej przytomności umysłu. Żadnych drgawek ani objawów poralitycznych. Od 5 czerwca bywały wciąż poruszenia gorączkowe intermittujące, już to rano, już wieczorem. Z nosa i rany na czole wyciekała żółta, gęsta ropa. Od 10-go, przy mierniej gorączce chory zaczął spadać z sił, jednak ani majaczeń, ani drgawek nie było. 13 czerwca bezprzytomność, śpiączka, tętno bardzo małe, nieregularne, a następnego dnia o godzinie 8 rano, w 26 dni po skaleczeniu śmierć.

Badanie pośmiertne wykazało: Błona śluzowa zatoki czołowej i jam nosowych pokryta cieczą ropiastą. Pod skórą na lewej skroni podciek krwisty. Opona twarda, sucha, nastrzyknięta krwią, od miękkiej oddziela się z łatwością. Opona miękka nieco pomętniała; w rowkach międzywojowych na wypukłości mózgu i na podstawie wysięk włóknikowo-ropiasty, żółty. W zrazie czołowym prawej półkuli mózgu ropień wielkości kurzego jaja, wypełniony cuch.

nącym ropiastym płynem, po którego wypłukaniu ściany przedstawiają się strzępiaste, rozmiękczone. Jama ropnia, przez szczelinę, obok wyłamane grzebienia koguciego się znajdującą, komunikowała z jamą nosową, a tem samem powietrze atmosferyczne miało do niej przystęp. W górnej ścianie oczodołu prawego, pod ropniem, przed przednim wyrostkiem siodła tureckiego pęknięcie kości pół cala długie. Jak ściany ropnia, tak i wzgórki prążkowane i czworacze w stanie rozmiękczenia. W komórce bocznej prawej płyn ropiasty. Lewa półkula mózgu obrzękła, konsystencyi twardszej niż prawa. W jamie bocznej tej półkuli płyn surowiczy nie ropiasty. Dokoła prawego nerwu w oczodole ciecz ropiasta.

Wypadek ten jest nowym przyczynkiem wykazującym, jak stosunkowo znaczne zniszczenia w mózgowiu, nieodpowiednio słabe wywołują niekiedy objawy. W danym wypadku, oprócz wielkiej apaty i senności nie było przez cały czas właściwych przypadłości mózgowych, chociaż zniszczenie substancji mózgu było dość znaczne, a i zapalenie opony miękkiej rozległą przestrzeń zajmowało.

Zgruchotanie kości stopy. Wyłuszczenie stopy metodą Chopart'a. Wyzdrowienie. M. R., dziewczyna 14-letnia, pracując koło sieczkarni, wypadkowo pochwycona została za stopę kołem zębatem tej maszyny, co spowodowało następane obrażenia: Skóra pokrywająca grzbiet stopy porwana w szmaty aż na 2 palce ponad przegub stopowy; kości stopowe i przedni szereg kości stępu pogruchotane. Miękkie części na podszwie, skóra tamże, pięta i kości stępu tylne (kość piętowa i skokowa) całe. Korzystając z tego, wykonano wyłuszczenie stopy, z pozostawieniem kości skokowej i piętowej przy zastosowaniu postępowania bezkrwistego Esmarch'a. Płat wycięty z części miękkich podszwy przytwierdzono dwoma szwami do resztek skóry przegubu stopowego. Pomimo to powyżej tego przegubu pozostało miejsce około 2 cali kwadratowych niepokryte skórą. Na cały pieńek aż po za połowę goleni nałożono opatrunek watowy Guérin'a. Reakcja gorączkowa była bardzo mała. Opatrunek pozostawiono dni 14. Po jego zdjęciu pokazało się, że płat przyrósł powierzchnią bardzo dokładnie. Cała rana pięknemi żywymi pokryta była granulacjami, tylko mocno bujającymi; trzeba je było następnie przyżegać aby się zrównały. Zagojenie rany dokoła brzegów płata odbyło się prędko, ale miejsce pozbawione skóry ponad przegubem stopowym, przeszło w uporczywe owrzodzenie, które dopiero w 3 miesiące po operacji zupełnie zostało zagojone. Chociaż mięśnie łydkowe pociągały nieco piętę w tył, chora przy pomocy kuli chodziła swobodnie na nodze operowanej, nie uskarżając się na żadne niedogodności.

Opis ten może służyć za przyczynek do owych wypadków, w których amputacja Chopart'a dostarczyła pieńek użyteczny przy chodzeniu. W obec obudzonej ostatnimi czasy różnicy zdań między chirurgami co do wyższości jedna nad drugą operacji Choparta, operacji osteoplastycznej Pirogowa i amputacji nadkostkowej periosteoplastycznej Syme'a, jak największy materiał kazuistyczny byłby wielce pożądanym.

5. Zwichnienia stawów. W ciągu całego roku był tylko 1 wypadek zastarzałego zwichnienia stawu ramieniowego (u 0,1 na 100 chorych), którego nastawienie nie w zupełności się udało.

Na zakończenie działu chorób traumatycznego pochodzenia, przytoczę roczną statystykę obrażeń spowodowanych przez maszyny rolnicze. Było ich ogółem 12 (o 4 mniej niż w roku zeszłym).

Wyszczególnienie.	Ilość.	Po których.	
		Wy- zdro- wiało.	Umar- ło.
1) Obrażeń części miękkich	2	2	—
2) Złamań kości	1	1	—
3) Obrażeń sprowadzających utratę jednego lub kilku palców	2	2	—
4) Obrażeń sprowadzających utratę ręki w stawie lub powyżej.	2	1	1
5) Obrażeń sprowadz. utratę stopy lub goleni	3	2	1
6) „ sprowadzających utratę nogi wyżej kolana	1	1	—
7) Obrażeń ciężkich szybko śmiertelnych.	1	—	1
Razem	12	9	3

Zatem z 12 skaleczonych 3 umarło, 4 odniosło ciężkie a 2 lżejsze kalectwo.

Z 12 uległych obrażeniom było: w wieku od lat 10 do 18 osób 10; starszych nad lat 18—2.

E. Choroby oczu spostrzegaliśmy u 2,9 na 100 chorych. Większość stanowiły tu choroby powiek i łącznicy. Choroby uszu u 0,5 na 100.

III. Choroby weneryczne.

Chorzy tego działu wstępują do szpitala po większej części przymusowo: z mężczyzn są to przeważnie żołnierze, z kobiet, niemal wyłącznie prostytutki. W roku 1874 stosunek chorób wenerycznych miejscowych (rzeżączka, szankier) do ogólnego zarażenia syfilitycznego był jak 10:9. Przymiot rzadko kiedy przedstawiał się pod formą pierwotnego wrzodu stwardniałego, najczęściej były to postacie wtórorzędne, a z tych najczęściej łepieże, bądź płaskie, bądź wyniosłe.

Z kazuistyki tych chorób na wzmiankę zasługuje:

Ziarniniak syfilityczny (*gumma*), podłącznicowy: ziarniniaki na innych miejscach ciała. Wyzdrowienie przy leczeniu wcieraniami szarej maści.

J. W., służąca wiejska, 26 lat licząca, wstąpiła do szpitala 12 lipca 1874 r. z chorobą oka lewego. Powieki tego oka zamknięte; po rozchyleniu ich widać w wewnętrznym kącie oka owrzodzenie na łącznicy, około pół cala kwadratowego średnicy mające, z dnem słoninowatym, osadzonem na stwardnieniu wielkości orzecha laskowego, nie zrosniętem z powieką lecz z gałką oczną. Chora podaje, iż stwardnienie to istniało już od 3 miesięcy, a owrzodzenie powstało przed miesiącem. Łącznica tego oka mocno zaczerwieniona i obrzmiała. Ruch gałki ocznej ku dołowi i ku wewnątrz ograniczony. Chora zapytywana, czy nie przechodziła kiedykolwiek jakiej choroby wenerycznej wypiera się tego stanowczo; i rzeczywiście, na częściach płciowych ani świeżych owrzodzeń, ani też żadnych blizn po dawniejszych owrzodzeniach nie było: na ciele również żadnych przymiotowin nie napotkano. Przyznaję, iż w pierwszej chwili, wykluczając dyfterytyczne zapalenie łącznicy (z powodu ograniczoności) i szankier łącznicowy (z powodu stosunkowo małej reakcyi zapalnej w reszcie tworów oczodołu) skłonniejszy byłem do przyjęcia nowotworu złośliwego wychodzącego z twardówki oka. Przed stanowczem orzeczeniem zostawiłem chorą na obserwacyi, a tymczasem codziennie mocno przyżegałem owrzodzenie laseczką saletrzanu srebra. Przy takim postępowaniu wrzód oczyścił się, lecz stwardnienie pod nim rosło szybko, wypuklając fałdę przechodnią dolną i rozchylając powieki. Gałka oczna, chociaż ściśle ze stwardnieniem połączona, nie przedstawiała żadnych nieprawidłowości; rogówka przezroczysta; wzrok dobry. Już chciałem przystąpić do wyłuszczenia guzika nożem, od czego mnie tylko wstrzymywała obawa, aby połączenie jego z gałką oczną (dobrze funkcyonującą) nie było tak silne, iżby i ją wraz z guzikiem wyłuszczyć trzeba było, gdy 22 siernia, w 41 dni po przybyciu chorą do szpitala zwróciła ona uwagę na świeżo powstałe ograniczone obrzmienie mostkowego końca obojczyka, guzik twardy podskórny na łydce i jeszcze parę mniejszych na ciele. Guziki te nie mogące być czém inném jak ziarniniakami syfilitycznymi skłoniły mnie do zastosowania systematycznych wcierać szaruchy, po 1 drachmie na dobę. Od 10 wcierania guz w oczodole zaczął się raptownie zmniejszać, a po 18 nie było go już ani śladu. Owrzodzenie wkrótce się też zagoiło i oko wróciło do prawidłowego stanu. Chora po wzięciu 30 wcierań i przebyciu kilku dni na obserwacyi, bez śladu objawów przymiotowych wypisaną została ze szpitala.

Podobne jak w powyższym wypadku umiejscowienie ziarniniaków przymiotowych nie musi należeć do zwyczajnych, skoro podręczniki chorób wenerycznych o niem zamilczają. Prawda, że najczęstszem siedliskiem tych nowotworów bywa tkanka łączna; a że takowej w otoczeniu gałki ocznej nie brakuje, więc i rozwój tu ziarniniaków jest możliwym. Moznaby też mniemać, że w danym razie łącznica uległa bezpośredniemu wpływowi zarazku przymiotowego, i że mieliśmy do czynienia z wrzodem przymiotowym pierwotnym stwardniałym; lecz według słów chorą, stwardnienie istniało dwa miesiące wcześniej niż owrzodzenie, co zbija ostatecznie przypuszczenie i przemawia jedynie za ziarniniakiem, który już na powierzchni rozpadać się zaczynał.

IV. C h o r o b y u m y s ł o w e.

Szczupła bardzo liczba chorych (7) nie dostarczyła materiału do żadnych ogólniejszych wywodów. Były to nieomal wyłącznie pierwotne formy obłąkania (*delirium melancholicum, maniacale*), z których większa część ustąpiła przy użyciu środków zmniejszających nawał krwi do mózgu. Dwóch chorych przetranslokowano do szpitala Ś-go Jana Bożego w Warszawie.

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

Rozbiór przypadłości zagrażających życiu chorego.

Przez Dra Block'a

(Dokończenie).

L e c z e n i e. Przedewszystkiem zdejmujemy z chorego wszelką uciskającą odzież, kładziemy go wygodnie i staramy się, żeby w jego pokoju było świeże powietrze. W lekkich prędko przechodzących wypadkach możemy się zachować wyczekująco. Jeżeli zaś napad trwa długo, oddechy i skurcze serca słabną, dajemy choremu do wachania środki aromatyczne, zbryzgujemy skórę zimną wodą, przykładamy gorczyczniki, dajemy lewatywy drażniące (z octu lub soli kuchennej). Jeżeli paroksyzm trwa dni całe wprowadzamy do żołądka pokarmy za pomocą sondy przelykowej. Po przejściu napadu, należy uregulować dyetę chorego i leczyć cierpienie przyczynowe.

N a s ł o Ń c o w a n i e (*Insolatio*) najczęściej się zdarza w okolicach zwrotnikowych, jednakże zdarza się i w naszym klimacie w czasie gorącego lata. Do powstania tego cierpienia niekoniecznym jest bezpośrednie działanie promieni słonecznych na głowę, ponieważ podzwrotnikami bywają wypadki insolacji nawet przy zachmurzonym niebie, w miejscach ciastnych, dusznych i źle wietrzonych, np. w piekarniach; cierpienie to pojawia się również u ludzi śpiących spokojnie. W naszych zaś stronach na wystąpienie choroby wpływają jeszcze pewne przyczyny poboczne, szczególniejszy wysiłki cielesne (dla tego też przy szybkich marszach wojsk w gorących dniach letnich wielu żołnierzy ulega tej chorobie), dalej brak wody, ciężkie potrawy, nadmierne użycie wódki, obfite wydzieliny, bezsenność i inne czynniki osłabiające. Napad zwykle poprzedzają zwiastuny: chorzy uskarżają się na tępy ból głowy, brak apetytu, młotności, przytem występuje pogębienie duchowe, halucynacje wzroku i słuchu; niekiedy tacy ludzie dopuszczają się samobójstwa. Nagle chory pada nieprzytomny, twarz sinieje, a niekiedy blednie, łącznica czerwienieje, źrenice się bardzo zwązają. Skóra przytem jest gorąca i sucha, ciepłota ciała znacznie wyższa, waha się między 40—44 C.; podnosi się aż do śmierci, a nawet i po śmierci obserwowano podwyższenie ciepłoty. Oddechanie słabe i powierzchowne, tętno nadzwyczaj częste i małe. Niekiedy występują drgawki a wtedy rokowanie jest bardzo niepomysłne, zwłaszcza jeżeli przytem ciepłota ciała sięga po za 43°C. Niekiedy bywają także wymioty. Śmierć może nastąpić zaraz po padnięciu chorego na ziemię, albo dopiero w parę godzin; w ogóle śmiertelność w tej chorobie wynosi 51%. W innych wypadkach zaczyna odchodzić mocz, wstrzymany podczas całego napadu; powraca przytomność, ciepłota się zniża, tętno staje się silniejszym i wolniejszym; wtedy można być pewnym wyzdrowienia; jednakże przez pewien czas pozostaje osłabienie pamięci, stan apatyczny i łatwo występuje znużenie. Choroby następcze po insolacji nie są zbyt częste. Tu należą: stany osłabienia ośrodków nerwowych a szczególniejszy mózgu, choroby umysłowe, dalej (*Webber. Sequelae of sunstroke. Boston med. and. surg. Journ. 1871. April 20. VII. p. 257*) ból i zawrót głowy, szum w uszach, duszność, bicie serca i inne przypadłości nerwowe, trwające często całe miesiące i lata i wzmagające się w natężeniu, jeżeli chory podlega wysiłkom cielesnym lub umysłowym, albo też przebywa w gorącym i dusznym pokoju. Niekiedy napad jest tak nieznaczny, że chory

cierpień następczych wcale do niego nie odnosi. O b e r n i e r przyjmuje za pewnik, że przy insolacji istnieją wszystkie warunki dla powstania zapalenia opon mózgowych.

R o z p o z n a n i e nie przedstawia trudności, jeżeli uwzględnimy charakterystyczny obraz choroby i okoliczności, przy których takowa występuje. Jednakże niekiedy po silnych marszach i długich paradach, podczas których żołnierze zmuszeni są stać, zdarzają się wypadki omdlenia z drgawkami lub bez takowych, co należy odróżnić od insolacji. W ostatniem cierpieniu ciepłota ciała jest podwyższona, w pierwszym zaś jest obniżona. Dalej, przy omdleniu tętno jest słabe i wolne, przy insolacji zaś szybkie, nitkowate. Cechy odróżniające insolację od innych podobnych stanów chorobnych, mianowicie wycieńczenia, przekrwienia mózgu i apopleksyi, zestawił P a s s a u e r w następującym porządku (Wien. allgem. milit. ärztl. Zeitung 22—44. 1867).

	<i>Insolatio.</i>	Wycieńczenie.	Przekrwienie mózgu.	Apopleksya.
Anamnestyczne dane.	Zwykle niema zwiastunów podczas marszu. Pragnienie? Ból głowy?	Oslabienie, chód chwiejny. Stopniowe wzmaganie się objawów.	Przed wystąpieniem nieprzytomności bywa okres pobudzenia. Podejrzenie alkoholizmu?	Występuje nagle; chory ma habitum apoplecticum lub wadę serca.
Wygląd chorego i własności skóry.	Twarz blada lub sino-czerwona. Łącznica przekrwiona, gałki oczne zwrócone w górę. Żrenice zwykle zwężone, nie oddziałują na światło, skóra gorąca i sucha.	Twarz blada, żrenice rozszerzone, zwykle nie oddziałują na światło. Ciepłota skóry prawidłowa, obfity pot.	Twarz czerwona, żrenice rozszerzone, nieruchome, skóra prawidłowa lub sucha i nieco cieplejsza niż zwykle.	Twarz czerwona lub sino-czerwona. Żrenice rozmaitej wielkości. Skóra prawidłowa lub chłodniejsza jak zwykle.
Oddech i tętno.	Oddech bardzo szybki, później chrapliwy. Tętno 120 do 160, małe.	Oddech cokolwiek przyspieszony, tętno prawidłowe lub cokolwiek częstsze niż zwykle.	Oddech zwolniony. Tętno wolne i pełne.	Oddech zwolniony. Tętno wolne, silne i pełne.
Inne szczególne objawy.	Widoczne tętnienie tt. szyjowych, a nawet udowej. Często kurcze twarzy i kończyn.	Zupełny spokój. Nigdy niema kurczów. Mocz alkaliczny?	Wymioty.	Wymioty? Niekiedy zjawiska porażenia zwłaszcza połowicznego.

O b r n i e r (Der Hitzschlag, Insulatio, Coup de chaleur, Sun-stroke Bonn, 1867) przyjmuje dwie formy insolacji, mianowicie asteniczną i steniczną. W pierwszej podwyższenie ciepłoty wywołuje wczesnie upadek sił; przytem twarz bywa blada, pot kleisty, skóra niezbyt rozgrzana. W formie stenicznój zaś ciepłota jest znacznie podwyższona i wtedy napad pojawia się nagle przy większej lub mniejszej reakcyi całego organizmu; twarz jest czerwona, łącznica nastrzyknięta, oddech utrudniony, przytem bywają również obłędy i drgawki. Rozumie się, że leczenie będzie inne dla każdej z tych dwóch odmian choroby.

L e c z e n i e. Jeżeli istnieją warunki sprzyjające powstawaniu insolacji, musimy przedsięwziąć odpowiednie środki zapobiegawcze. Unikać więc trzeba wszelkiego rodzaju wysiłków, dalej picia napojów wysokowych, zbyt obfitego lub niedostatecznego pożywienia. O b e r n i e r zaleca następujący sposób leczenia przy insolacji: Jeżeli mamy formę asteniczną, umieszczamy chorego w chłodnym miejscu, rozbieramy go szybko i kładziemy go z wzniesioną cokolwiek górną połową ciała. Następnie stosujemy środki pobudzające: nacieramy i szcietkujemy podeszwy u nóg, kładziemy gorczyczniki na okolicę sercową i łydki, dajemy środki wonne do wachania, wewnątrz zaś wino, Seter (10—20 kropli pro dosi w wodzie słodkiej), moschus (Rp. Moschi 0,3. Ammon.

carb. 1,5, Elaeosacch. Valer 3,0, M. f. pulv. Div. in 5 part. aeq. D. in chart. cer. S. co 2 godz. proszek), Liquor ammonii anisatus (10—15 kropli pro dosi) i t. d. Jeżeli pomimo tego skóra jest chłodna, robimy oblewania zimną wodą i następnie rozcieramy skórę. Jeżeli przy tém leczeniu tętno staje się silniejszym, kładziemy chorego do łóżka i dajemy letnie napoje dla pobudzenia wydzieliny moczni i potu. Leczenie następcze jest objawowem. Przy formie stenicznój *Obernier* poleca ułożyć chorego w pozycji siedzącym, dla ułatwienia oddychania; przytem w położeniu leżącym istniejące już przekrwienie bierne opon mózgowych może się powiększyć. Jeżeli puls jest mały dajemy wewnątrz środki pobudzające, głowę, twarz i piersi obmywamy letnią wodą. Jeżeli jednak oddechanie będzie coraz trudniejsze i wystąpi sinica, robimy niewielki upust krwi nalepij z żyły szyjowej, jeżeli zaś i to nie pomaga, robimy tracheotomię, i przez zrobiony otwór wprowadzamy kateter i urządzamy sztuczne oddechanie. Probujemy również czy się nie uda wzbudzić oddechania drogą odruchową, przez oblewanie zimną wodą. Jeżeli nastąpi polepszenie, kładziemy chorego do łóżka, dajemy wewnątrz dalej środki pobudzające i dużo letnich płynów; słabą kawę, bulion. Później leczenie jest objawowem. Rekonwalescent powinien się przez czas długi wystrzegać wszelkiego rodzaju wysiłków, jako też błędów w dyecie. Musimy tu jeszcze dodać, że wedle zdania indyjskich lekarzy i *Woo d'a* (*Thermic fever or sunstroke. Philadelphia 1872*) upust krwi przy insolacyi należy bezwarunkowo odrzucić; tymczasem bardzo jest skutecznym oblewanie ciała zimną wodą i wycieranie lodem.

Wiadomości bieżące.

— O zastosowaniu spokoju w leczeniu chorób piersiowych (*Roberts. Deutsche Ztschr. f. pr. Med. N. 43*). Oprócz oszczędzania głosu, zmniejszenia wysiłku mięśni i t. d. w wielu wypadkach bardzo jest skutecznem ustalenie klatki piersiowej za pomocą mocnego opatrunku. Przy zapaleniu opłucnej, ten sposób ogranicza zapalenie i sprzyja wessaniu wysięku. Najodpowiedniejszymi są do tego paski plastra lepkiego, mające szerokości 4—5". Pierwszy pasek idzie ukośnie od grzbietu w kierunku żeber, drugi krzyżuje się z pierwszym pod kątem prostym, trzeci znowu przebiega w kierunku żeber i pokrywa do połowy pierwszy pasek i t. d. W ten sposób pokrywamy całą stronę cierpiącą. Prócz tego jeden pasek przeprowadzamy przez bark i jego końce przymocowujemy paskiem poprzecznym. W lżejszych wypadkach taki opatrunek zupełnie wystarcza, a nawet i w początkowych okresach cięższych wypadków wiele przynosi korzyści, ponieważ znacznie zmniejsza bóle i ogranicza ilość wysięku. Jednakże przy znacznym wysięku wartość jego jest wątpliwą, a przy obustronnem zapaleniu opłucnej—żadna. Autor opowiada o pewnej 31-letniej kobiecie, która obok zgęszczenia mięszu w obu wierzchołkach płuc miała znaczny wysięk w jamie opłucnej z prawej strony. Po nałożeniu tego opatrunku wysięk się znacznie zmuiejszył, a po upływie dwóch tygodni znikł zupełnie. Przy odmie piersiowej (*pneumothorax*) skutkiem pęknięcia jamy płucnej opatrunek z plastra lepkiego sprawia natychmiastową ulgę, jeżeli skutkiem zrostów opłucnej wydostała się nieznaczna ilość powietrza, i jeżeli głównym objawem są bóle. Jednakże i w ciężkich wypadkach, kiedy z powodu braku zrostów powietrze wypełnia cały worek opłucnej, opatrunek ten, mianowicie we wcześniejszych okresach okazuje się korzystnym, zwłaszcza jeżeli na paski plastra lepkiego (które tutaj przyklepamy tylko kolisto), nałożymy jeszcze w tenże sam sposób 2 lub 3 warstwy takiejże szerokości bandaży, zmaczanych w mięszaninie gummy arabskiej i gipsu. Opatrunek ten szybko suszymy za pomocą woreczków napełnionych gorącym piaskiem. Tutaj opatrunek usuwa uczucie braku podpory, a przytem ogranicza ruchy oddechowe. Przy silnem rozszerzeniu worka opłucnej przez powietrze, trzeba takowe przed nałożeniem opatrunku wyciągnąć za pomocą aspiratora. Przy zapaleniu płuc ten opatrunek jest mniej skutecznym: jednakże przy zapaleniu dolnego zrazu płuca u pewnego młodego człowieka zastosowany w samym początku choroby, ułatwił oddychanie i natychmiast usunął bóle. Jeszcze mniej jest odpowiednim przy katarze oskrze-

li, tutaj bowiem jest pożądaną obfitsza wydzielina. Bolesność przy kaszlu można zmniejszyć przez nałożenie niezbyt uciskającego opatrunku naokoło brzucha i dolnej części klatki piersiowej. Przy dziedzicznym usposobieniu do suchot płucnych najważniejszą jest rzeczą wzmacnianie ciała w okresie wzrastania; w tym celu zalecamy przebywanie na otwartem powietrzu, ruch, unikanie wszelkich wysiłków, unikanie zajęć, wymagających ciągłego siedzenia w pokoju. Jeżeli cierpienie płuc już się rozwinęło, wtedy również można zalecić ostrożny ruch na świeżem powietrzu, (na czem w części polega korzyść łagodnego klimatu, ponieważ chory może dłużej przebywać na otwartem powietrzu). Jeżeli cierpienie już jest znacznie rozwinięte, albo też jeżeli przytem pokaże się np. krwioplucie (*haemoptoë*), wtedy ruchy powinny być bardzo ograniczone, a nawet powinien być zachowanym zupełny spokój. Im bardziej jest ograniczonym cierpienie, im bardziej się sprawa skłania ku wyzdrowieniu, tém bardziej możemy się spodziewać, że opatrunek przeszkodzi dalszemu rozszerzeniu się sprawy. Tutaj paski plastra lepkiego przeprowadzamy od tyłu ku przodowi przez bark, a końce przymocowujemy z boku klatki piersiowej paskami idącymi poziomo i ukośnie. Jeżeli doły nad i podobojczykowe są bardzo zagłębione, trzeba je przedewszystkiem wysłać watą. Nawet w tych razach, gdzie nie możemy się spodziewać wyzdrowienia, opatrunek ten zmniejsza bóle, ułatwia kaszel i oddechanie, sprawia choremu przyjemne uczucie podpory, nakoniec zapobiega krwiopluciu.

Użycie czosnku (*allium*) w kokluszu. Wiadomo, iż drugi nieżytowy okres krztuśca często trwa długo, po kilka miesięcy i osobliwie u ludu niezamożnego w porę chłodną, bez należytego zachowania się, bywa zgubniejszy od okresu pierwszego, w którym zwykle dzieci zaszczędzają, utrzymują w domach. Z powodów wymienionych i z tego, że koklusz w tym okresie łatwiej się poddaje leczeniu, to ostatnie powinno być czynne. Stosują się tu zwykle środki podniecające ogólnie i działające na płuca—gaz świetlny, wdychanie pary ammonii liquidi i t. p. Wiadomo, że czosnek użyty do wewnątrz, prędko wydziela swój olejek lotny przez płuca, a użyty w stosunkowo znacznej ilości wyraźnie rozbudza czynność błony śluzowej oskrzeli. Wielką i w tém dogodność, że jest to środek dostępny dla każdego, przez wielu lubiony, dla żydów rodzaj przysmaku. Otóż tedy w kokluszu, nawet w zwyczajnym nieżywym kaszlu radzę zażywać czosnek,—dla dzieci najdogodniej w następujący sposób: cienka porcyjka chleba lub bułki pokrywa się tartym czosnkiem i smaruje się z wierzchu masłem i daje się dzieciom, osobliwie zrana na czczo, i kiedy są głodne zjadają to chętnie. Podawać można czosnek kilka razy na dzień. Niewielka liczba chorych odmawia się lub nie znosi czosnku, przy stałem zastosowaniu którego kaszel słabnie i przechodzi, chory wzmacnia się i wyzdrowia. Cebula (*allium cepa*) zapewne podobnie działa, lecz słabiej, nie stosowałem jęj i nie o tém powiedzieć nie możemy.

Koniferyna—glukozyd roślin szyszkowych. W sokach tkanki twórczej (*cambium*) roślin z rodziny szyszkowych (*coniferae*), znajduje się w dość znacznej ilości ciało mające skład $C_{16}H_{22}O_8$, koniferyną nazwane. Przy utlenieniu tej koniferyny w roztworze nadmanganianu potażowego, otrzymuje się ciało (kwas cukrowaniliowy), który przy gotowaniu z rozcieńczonym kwasem siarczanym, oraz przy działaniu nań fermentu (*emulsyny*) rozpada się na cukier gronowy i kwas waniliowy. Rozpad ten odbywa się w następujący sposób:

$$C_{14}H_{18}O_9 + H_2O = C_8H_8O_8 + C_6H_{12}O_6$$

cukrowaniliowy
kwas wani-
kwas

liowy
cukier grono-
liowy

waniliowy posiada zapach wanilii, szczególnie przy ogrzaniu jego kryształów; jest on zapewne metylprotokatechowym kwasem. Z glukozydu więc koniferyny otrzymuje się glukozyd cukrowaniliowy kwas, przy jego utlenieniu.

Arsen w papierowych obiciach. Czerwone farbniki znane pod nazwą laków wiedeńskich, są to w istocie barwinki roślinne związane z kredą, glinką i t. p. Poszukiwaną żywą swą barwę zawdzięczają one jednak przymieszce arsenu. Ten znajduje się w nich jako kwas arsenawy, w ilości 1,96%—2,49%.

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Bibl. Umiejętn. Lek.

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1876 wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ściśle naukowym kierunku. Gazeta i nadal otwiera swe szpalty dla pracowników z prowincyi, będzie jednak przeważnie organem klinik i szpitali, a badania w pracowniach uniwersyteckich dokonywane, o tyle będą uwzględniane, o ile mieć będą bezpośredni związek z praktyczną medycyną. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z d. 1 stycznia 1876 r. zaczyna się tom dwódziesiąty. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnoszeniem do mieszkań rocznie rsr. pięć, półrocznie rsr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesłaniem).

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskich, w półroczu przyszłym 1876 r. wydawaną będzie.

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, b) ciągle śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach, c) rozbiór krytyczny nowych dzieł i czasopism treści lekarskiej i d) opisanie szpitali, zakładów dobroczynnych, oraz Królestwa Polskiego pod względem statystyczno-lekarskim.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskich rozpada się na cztery działy:

Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieł tych w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 stycznia 1876 do 1 lipca 1876 r) wynosi rsr. dziesięć.

Drugi dział Biblioteki Um. Lekarskiej, mający na celu śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej, zawiera krótki, ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

2) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.

„Przegląd“ prac za rok 1874 wychodzić będzie w półroczu przyszłym i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z Dziełami wyżej wyliczonymi, lub z Gazetą Lekarską. Przegląd za rok 1874 obejmie również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1874 wynosi: 1) dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i pierwszego działu Bibl. Um. Lek., t. j. Dzieł rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

Dział trzeci Bibl. Um. Lek. stanowi:

3) Bibliografia i Krytyka Lekarska.

Wychodzi w odstępach czasu nieokreślonych i dla prenumeratorów Gaz. Lekarskiej dodaje się bezpłatnie.

W czwartym dziale Bibl. Umiejętności Lekarskich zawiera się:

4) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej dział ten, jako dodatek, dołącza się również bezpłatnie. Nie prenumerujący Gazety Lek. mogą nabywać w oddzielnych tomach. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i sprzedaje się po rsr. 6.

III. Kalendarz Lekarski na rok 1876 wyszedł z druku. Cena rsr. 1.

„Słownik Lekarski i Katalog dzieł lekarskich“ są pod prasą i pp. prenumeratom i w przyszłym półroczu zeszytami rozsyłane będą.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bezpośrednio w Redakcyi Gazety Lekarskiej, która w razie zatracenia na poczcie pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie. Prenumeratorowie z Galicji, Poznańskiego i w ogóle z za granicy mogą również składać przedpłatę i w pocztamtach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskiwały w całej Europie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnój i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka N 9. Дозволено Цензурою, Варшава 3 (15) Декабря 1875.