

GAZETA LEKARSKA.

Ś. P.

Prof. HENRYK ŁUCZKIEWICZ,

zmarł w Warszawie d. 6 Kwietnia 1891 r.

Znów przychodzi nam zaznaczyć z żalem stratę sędziwego lekarza i profesora, który w 65 roku życia rozstał się z tym światem.

Ś. p. HENRYK ŁUCZKIEWICZ, urodzony 1826 r. w Galicyi, wykształcenie lekarskie pobierał w Wiedniu, Pradze i Krakowie, gdzie uzyskał dyplom D-ra Medycyny w r. 1852, zaś D-ra Chirurgii w r. 1855. W tym właśnie okresie czasu był adjunktem kliniki terapeutycznej DIETL'a. Przeniósłszy się do Królestwa w 1860 wykładał w Akademii medyko-chirurgicznej, jako docent prywatny, patologiję i terapię szczegółową. Od r. u 1862 prowadził wykład historii medycyny i propedeutyki lekarskiej, jako adjunkt; w tym stopniu przeszedł do Szkoły Głównej, gdzie od r. 1864 w charakterze profesora nadzwyczajnego objął katedrę patologii ogólnej, na której pozostawał przez czas pewien i w Uniwersytecie.

Zmarły pozostawił po sobie w piśmiennictwie lekarskiem artykuły rozmaitej treści, drukowane przeważnie w Tygodniku lekarskim, w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego i w Gazecie Lekarskiej. Z większych dzieł wymienimy: Choroby serca, część Chorób układu nerwowego, Propedeutykę lekarską, wydane w Bibliotece Umiejętności lekarskich i t. d.. Dużo czasu poświęcał popularyzowaniu medycyny w prasie nielekarskiej, oraz przekładom, jako znany lingwista [między innymi CELS'a „O lecznictwie ksiąg ośmioro“; HIPOKRATESA Aforyzmy, HAESER'a Historyja medycyny i t. d.]. Posiadał dar słowa, a przytem gruntowną znajomość języka polskiego, tak, że wszystkie Jego utwory literackie służyć mogą za wzór stylu.

W r. 1862 ś. p. Prof. ŁUCZKIEWICZ redagował Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego, zaś od r. 1866 rozpoczął wydawnictwo Gazety Lekarskiej przy udziale kilkunastu profesorów Szkoły Głównej, prowadząc je do r. 1869, a następnie po śmierci Prof. GIRSZTOWTA od r. 1877 do końca 1880. W ostatnich czasach prowadził dział lekarski w wydawanej obecnie wielkiej Encyklopedyi ilustrowanej, oraz przyjmował czynny udział w Re-

dakcyi Zdrowia i wydawnictwach tego pisma. Należał w swoim czasie do czynnych organizatorów Wystawy higienicznej.

Jako człowiek odznaczał się zmarły prawością charakteru, koleżeń-
stwem wśród lekarzy i zostawił w szerokich kołach szczerą żal po sobie.

Cześć Jego pamięci!

I. KWAS KARBOŁOWY

W LECZENIU CZARNEJ KROSTY

(*pustulae malignae*).

[Z PRAKTYKI SZPITALNEJ].

Podał

W. Grabowski,

lekarz powiatu w Władysławowie.

Jakkolwiek czarna krosta nie należy do zbyt częstych postaci chorobowych, jednakże lekarzowi, mieszkającemu szczególnie na prowincyi, może się zdarzyć mieć do czynienia z całym szeregiem podobnych chorych, w razie zjawienia się epizoocy w danej miejscowości. Czarna krosta, powstając jako cierpienie skóry, czysto miejscowe, w krótkim czasie sprowadza ogólne zakażenie ustroju, staje się, jak ogólnie wiadomo, chorobą ciężką i groźną dla życia, przyczem zejścia śmiertelne bywają w pewnej mierze zależnemi od miejsca usadowienia się pierwotnego ogniska na skórze.

Tak D-r NAZAROW, badając epidemię czarnej krosty w powiecie Nowo-Ładożskim w 1884 roku, podaje następujące cyfry zejść śmiertelnych ¹⁾:

Odsetka ogólna 17,7%.

Przy umiejscowieniu:

Na głowie i twarzy 26,3%.

Na tułowiu 22,7%.

Na szyi 18,5%.

Na kończynach górnych 13,8%.

Na kończynach dolnych 5,1%.

A więc najniebezpieczniwszem jest zjawienie się krosty na skórze głowy i twarzy, dalej w porządku następują po sobie: tułów, szyja, kończyny górne i dolne.

Leczenie nasze wobec tej choroby ma takż sam szczupły arsenał środków pewnych, jak w każdej innej, zależnej od wtargnięcia drobnoustrojów; panuje też tu ogromna różnorodność zalecanych leków i sposobów postępowania. Najwięcej przyjętem jednakże jest głębokie nacinanie pierwotnego ogniska, z następczem

¹⁾ Wracez — 1886 roku.

przyżeganiem nacięć środkami chemicznymi, lub wprost żegadłem, i podawanie w dalszym przebiegu chininy i wina do wewnątrz.

Jakkolwiek myśl zasadnicza tego zabiegu leczniczego — zniszczenie pierwotnego gniazda choroby — ma za sobą wiele danych, napozór zupełnie racjonalnego postępowania, jednakże praktyka nie potwierdza tego i notuje w dalszym ciągu zejścia śmiertelne. W istocie, sposób ten niezawsze, przedewszystkiem daje się zastosować: przy usadowieniu się mianowicie krosty na powiekach wszelkie głębokie nacięcia i przyżegania mogą pociągnąć za sobą zniszczenie oka. Zresztą, tylko zupełne wycięcie ogniska chorobowego może dać nam zupełną gwarancję, żeśmy je doszczętnie zniszczyli, a wycinanie takie [lub wypalanie] możliwem jest tylko w 1-ym, najdalej 2-gim dniu choroby, to jest wtedy, kiedy chory jeszcze się do lekarza nie zjawia. Później, gdy już mamy do czynienia z silnie rozwiniętymi obrzękami, nie sądzę, by ktośkolwiek, nacinając głęboko tkanki w miejscu samego rzekomo ogniska, i zalewając je następczo kwasem azotnym dymiącym, lub kwasem karbolowym *per se*, był pewnym, że ognisko owo doszczętnie zniszczył. Zniszczył prątki karbunkułowe w miejscu nacięć i jak daleko sięga strup przyżegnionych tkanek, lecz w sąsiedztwie też same prątki swobodnie mogą się rozwijać i mnożyć. Nareszcie, czarna krosta sama daje czasami obszerne i niewygodne blizny; nacięciami i przyżeganiem możemy je tylko zwiększyć, nigdy zmniejszyć.

Te i tym podobne względy i niewygodny powyższego postępowania, złe wyniki i jednocześnie spostrzeżenie przypadków samowyleczenia, skłoniły niektórych do mniej energicznej interwencji i szukania innego środka.

W 1881 roku zjawiała się praca ŻARNOWSKIEGO we „Wraczu“, gorąco zalecająca używanie w opisywanej chorobie wstrzykiwań kwasu karbolowego w 3%—5% roztworze. Jednocześnie w tej kwestyi pisał D-r NIEDŹWIECKI ¹⁾.

W 1884 roku ŻARNOWSKIJ powtórnie pisze we „Wraczu“ i ogółem podaje 72 przypadków, leczonych wstrzykiwaniami, bez żadnego zejścia śmiertelnego. Tak zachęcające wyniki skłoniły mię do zastosowania tej metody u moich chorych w szpitalu w Augustowie w latach 1889 i 1890; historyje choroby w krótkości poniżej podaję. Stosowałem stale 5% roztwór karbolu, wstrzykując raz dziennie 1—3 szpryce PRAVAZ'a, głęboko, ale zawsze pod skórę, po $\frac{1}{2}$ szpryki na jedno wstrzyknięcie, promienisto wokoło krosty i pod nią. Samą krostę raz jeden pędzlowałem kwasem karbolowym *per se*, w dalszym ciągu kładłem okład rozgrzewający z 5% roztworu tegoż leku. Do wewnątrz podawałem małe dawki wina.

Oto moje spostrzeżenia:

Spostrzeżenie I. Orbik Jan, lat 30 liczący, przybył 21 Lipca 1889 roku. 5-ty dzień choroby. Krosta, wielkości 10 groszy miedzianych, pośrodku prawego przedramienia, na przedniej powierzchni. Całe przedramię fioletowo czerwone, silnie obrzękłe, twarde. Powyżej stawu łokciowego obrzęk mniej twardy, fioletowo purpurowy, zajmuje całe ramię, bark i stopniowo ginie w okolicy łopatki, obojczyka i na prawym boku klatki piersiowej. Ogólne osłabienie, chory chwieje się, stojąc. Uczucie ściskania w okolicy serca (*anxietas praecor-*

¹⁾ Cytowany przez kol. CZARKOWSKIEGO. Gaz. Lek. 1890 roku.

dialis). Ciepłota ciała rano 38,5° C., wieczorem 39,5° C., tętno 120 prędkie, skaczące. Wstrzyknięto 2 szprycki.

22. VII. Ciepłota rano 38,7° C., wieczorem 39° C.. Tętno 108. Chory spał spokojnie od czasu zachorowania pierwszą noc; czuje się ogólnie lepiej, *anxietas praecordialis* nie ma. Obrzęki więcej sine, trochę miększe, nie rozszerzyły się. Nad stawem napiętkowym pęcherzyki z naskórka, wypełnione ciemno-fioletowym, surowiczo-krwawym płynem. Wstrzyknięto 2 szprycki.

23. VII. Ciepłota rano 37,5° C., wieczorem 37,8° C.. Tętno 88. Czuje się zupełnie dobrze. Krosta zasycha i zapada; obrzęk na barku i ramieniu opadł. Wstrzyknięto 2 szprycki.

24. VII. Ciepłota rano 37° C., wieczorem 37° C.. Tętno 80. Czuje się doskonale. Obrzęki znikają, ramię prawidłowej objętości, przedramię jeszcze obrzękłe, lecz znacznie mniej. Wstrzyknięto 2 szprycki.

25. VII. Ciepłota i tętno prawidłowe. Naokoło zaschłego i zapadłego strupa po kroście początek ropienia. Na miejscu pęcherzyków przyschłych — małe wybroczyny. Wstrzyknięto 1 szprykę.

26. VII. — 29. VII. Powolne oddzielanie się strupa.

30. VII. Wyszedł na własne żądanie, ze strupem nawpół oddzielnym i prawidłową ziarniną.

Spostrzeżenie II. Stankiewicz Franciszka, 30 lat licząca, wstąpiła 21 Lipca 1889 roku. 5-ty dzień choroby. U zewnętrznego końca brwi lewej krosta, wielkości kopiejki. Twardy obrzęk górnej powieki; miękki, fioletowo czerwonawy dolnej powieki, części czoła, połowy twarzy, i górnej części szyi. Czuje się nieźle, trochę tylko osłabiona i narzeka na brak apetytu. Ciepłota 37,2° C., tętno 80 prawidłowe. Wstrzyknięto 1 szprykę.

22. VII. Ciepłota i tętno prawidłowe. Łaknienie lepsze, obrzęki mniejsze; otwiera lewe oko. Krosta zaschła i zapada się w postaci czarnego strupa.

23. VII. Obrzęki znikają. Początek *lin. demarcationis*.

24. VII. Obrzęk zwiększył się; oka otworzyć znowu nie może. Wstrzyknięto 1 szprykę.

25. VII. Obrzęki *in statu quo ante*. Wstrzyknięto 1 szprykę.

26. VII. — 28. VII. Obrzęki giną, powolne odpadanie strupa, pod nim zdrowa ziarnina.

29. VII. Wyszła na własne żądanie.

Spostrzeżenie III. Stankiewicz Józef [pasierb poprzedniej], 10 lat, wstąpił 21 Lipca 1889 roku. 8-y dzień choroby. Krosta zajmuje całą lewą górną i część dolnej powieki, obrzęk twardy na całej lewej połowie twarzy, przechodzi na prawą, gdzie jest już miękkim, koloru sinawo-czerwonego. Wdół — obrzęk sięga górnej lewej połowy klatki piersiowej. Ciepłota ciała 36,2° C., wieczorem 36,4° C.. Tętno 120, drobne, nikłe. Silne osłabienie ogólne. Wstrzyknięto 1½ szprycki. Wino.

22. VII. Ciepłota 36,5° C., wieczorem 37° C.. Tętno 96, pełniejsze. Obrzęki na twarzy mniejsze. Wstrzyknięto 1 szprykę.

23. VII. Ciepłota i tętno prawidłowe. Krosta zaschła i zapadła. Twardość obrzęku na lewej połowie twarzy mniejsza. Otwiera prawe oko, poprzednio wskutek obrzęku zamknięte. Wstrzyknięto 1 szprykę.

24. VII. Początek *lin. demarcationis*. *Status idem*. Wstrzyknięto 1 szprykę.

24. VII. — 3. VIII. Powolne oddzielanie się strupa i znikanie obrzęków.

4. VIII. Wyszedł z nawpół oddzielnym strupem i zdrowym, lewym okiem.

Spostrzeżenie IV. Orbik Eranciszek, 66 lat liczący, wstąpił 22 Lipca 9-ty dzień choroby. Krosta na wewnętrznym brzegu pierwszego członka wskaziciela lewego, z początkiem *lin. demarcationis*. Pomimo to silny, fioletowo-czarny,

twardy obrzęk całej dłoni i tylnej powierzchni ręki do stawu napięstkowego, z mnóstwem wybroczyn podskórnych i pęcherzyków z surowiczo-krwawą zawartością. Powyżej — obrzęk miękki, sięga aż do górnej połowy ramienia. Czuje się niezłe, chociaż się skarży na osłabienie. Ciepłota rano 36,2° C., wieczorem 36,2° C.. Tętno 80, dobre. Wstrzyknięto 3 szpryki. Wino.

24. VII. — 27. VII. Obrzęki wolno giną. Stan ogólny zadawalający. Ciepłota ciała 37,5° C.. Codziennie wstrzykiwano 1—2 szpryki.

28. VII. — 13. VIII. Obrzęków nie ma. Obfite ropienie z pod strupa. Chory wypisał się na własne żądanie. Po miesiącu zgłosił się po radę wskutek obumarcia I członka wskaziciela, na operację proponowaną nie zgodził się.

Spostrzeżenie V. Hartkop Augustyn, 48 lat liczący. Wstąpił 30 Lipca-4-ty dzień choroby. W pobliżu lewego kąta ust krosta, wielkości kopiejki, na karku druga, wielkości 2-ch kopiejek. Wokoło niezbyt silne obrzęki, zajmujące cały policzek i kark. Ogólne osłabienie, niepokój w okolicy serca (*anxietas praecordialis*). Podczas badania omdlenie. Ciepłota 38,8° C., tętno 120, niezbyt silne. Wstrzyknięto 2 szpryki.

31. VII. Ciepłota rano 38° C., wieczorem 37,5° C., tętno 76. Czuje się znacznie lepiej, *anxietas praecordialis* nie ma. Miejscowo *status idem*. Wstrzyknięto 2 szpryki [po jednej pod każdą krostę].

1. VIII. Ciepłota rano 37° C., wieczorem 37° C.. Tętno 76. Obrzęki giną. Krosty zaschły i zapadły. *Euphoria completa*. Wstrzyknięto 2 szpryki.

2. VIII. — 8. VIII. Obrzęki znikły zupełnie. Wyszedł z wyraźną linią odgraniczającą.

Spostrzeżenie VI. Grad Romuald, 48 lat liczący. Wstąpił 17 Sierpnia 1889 r.. 5-ty dzień choroby. Duża krosta na dolnej lewej powiece. Twardy obrzęk obu powiek i górnej części lewego policzka, granatowy, z mnóstwem drobnych pęcherzyków, wypełnionych surowiczo-krwawą zawartością. Miękki sino-purpurowy obrzęk prawie całej twarzy, części głowy, całej szyi wokoło, górnej części klatki piersiowej do linii brodawek i górnej części pleców. Głos basowy, chrapliwy [obrzęk głosni]. Silne osłabienie, młodości, *anxietas praecordialis*. Ciepłota wieczorem 40° C., tętno 124, słabe. Wstrzyknięto 2 szpryki. Wino.

18. VIII. Ciepłota rano 39,2° C., wieczorem 39,7° C., tętno 114, *status idem*. Wstrzyknięto 2 szpryki. Wino.

19. VIII. Ciepłota 38,3° — 39,8° C., tętno 90, silniejsze. Obrzęki na piersi i szyi mniejsze, głos czystszy, *anxietas praecordialis* nie ma; czuje się lepiej, skarży się tylko na ból tępy w kończynach. Wstrzyknięto 2½ szpryki. Wino.

20. VIII. Ciepłota rano 38,6° C., wieczorem 39,7° C.. Tętno 92. Obrzęki znacznie mniejsze. Krosta zasycha i zapada. Nad ranem silne krwawienie z nosa. Wstrzyknięto 3 szpryki. Wino.

21. VIII. Ciepłota rano 37,5° C., wieczorem 39,5° C.. Tętno 84. Popłepszenie ogólne. Wstrzyknięto 2 szpryki. Wino.

22. VIII. Ciepłota rano 37,5° C., wieczorem 37,5° C., tętno 75. Na miejscu krosty, na obu powiekach, obszerny, suchy, zapadły strup. Obrzęki na klatce piersiowej, plecach, szyi i policzkach opadły; głos zupełnie czysty. Wstrzyknięto 2 szpryki.

23. VIII. Ciepłota rano 37,2° C., wieczorem 37° C., tętno 70. *Euphoria completa*. Wstrzyknięto 2 szpryki.

24. VIII. Ciepłota i tętno prawidłowe. Obrzęków nie ma. Początek *lin. demarcationis*. Wstrzyknięto 1 szprykę.

25. VII. — 12. IX. Strup odpada. Wyszedł z dobrze ziarninującą niezbyt wielką powierzchnią na obu powiekach lewych, u zewnętrznego kąta zdrowego oka.

Spostrzeżenie VII. Danielczyk Mateusz, 61 lat liczący. Wstąpił 18 Sierpnia. 6-ty dzień choroby. Krosta na zewnętrznej stronie prawego przedramienia, wielkości 5 kopiejek. Obrzęk twardy wokoło na znacznej przestrzeni, miękki zaś zajmuje ramię, bark, część klatki piersiowej z przodu i z tyłu. Czuje silne osłabienie, i silny niepokój w okolicy serca. Ciepłota 39,6° C. Tętno 120, prędkie. Wstrzyknięto 2 szpryki.

19. VIII. Ciepłota rano 39,2° C., wieczorem 39,3° C.. Tętno 112. Chory spokojniejszy. *Status idem*. Wstrzyknięto 2½ szpryki.

20. VIII. Ciepłota rano 38,8° C., wieczorem 38,3° C.. Tętno 105. Czuje się dobrze. Obrzęk na barku mniejszy. Wstrzyknięto 2½ szpryki.

21. VIII. Ciepłota rano 38° C., wieczorem 38° C.. Tętno 92. Ogólna poprawa. Krosta przysycha. Wstrzyknięto 2 szpryki.

22. VIII. Ciepłota rano 37° C., wieczorem 37,3° C.. Tętno 87. Obrzęki o połowę mniejsze. Czuje się zupełnie dobrze. Wstrzyknięto 2 szpryki.

23. VIII. Ciepłota rano 37° C., wieczorem 37° C.. Krosta zapadła i zaschła. Obrzęki prawie zupełnie zginęły. *Euphoria completa*. Wstrzyknięto 2 szpryki.

24. VIII. — 12. IX. Rozwija się *lin. demarcationis*, z silnem ropieniem i wytworzeniem ropnia pod stawem łokciowym. Opuścił szpital z obszerną powierzchnią pokrytą zdrową ziarniną.

Spostrzeżenie VIII. Pomiński Hirsz, 31 lat liczący. Wstąpił 26 Października 1889 r.. 4-ty dzień choroby. Z tyłu lewego barku, ponad pachą, krosta, wielkości 3-ch kopiejek. Wokoło obrzęki, sięgające do łokcia z jednej, do ucha z drugiej strony. Osłabienie, niepokój (*anx. praecordialis*). Ciepłota 39,5° C. Tętno 100. Wstrzyknięto 2 szpryki.

27. X. Ciepłota rano 38° C., wieczorem 38° C.. *Anx. praecordialis* nie ma. Zresztą — bez zmiany. Wstrzyknięto 2 szpryki.

28. X. Ciepłota rano 37° C., wieczorem 37,6° C.. Obrzęki mniejsze i mniej czerwone. Krosta zapada. Wstrzyknięto 2 szpryki.

29. X. Ciepłota rano 37,5° C., wieczorem 37,6° C.. Tętno 80. *Status idem*. Wstrzyknięto 1½ szpryki.

30. X. — 2. XI. Obrzęki zupełnie zginęły. Krosta zaschła. Chory wyszedł z początkiem *lin. demarcationis* i dalej leczył się ambulatoryjnie.

Spostrzeżenie IX. Kościuch Franciszek, 45 lat liczący. Wstąpił 22 Maja 1890 roku. 4-ty dzień choroby. Na kości policzkowej lewej krosta, wielkości 2-ch kopiejek. Twardy obrzęk zajmuje cały lewy policzek, obie powieki lewego oka i część czoła. Dalej, na szyi, obrzęk miękki, pupurowo-siny. Osłabienie ogólne. Nieznaczna *anxietas praecordialis*. Ciepłota 38,5° C. Tętno 90. Wstrzyknięto 1½ szpryki.

23. V. Ciepłota rano 38,6° C., wieczorem 39° C.. Tętno 80. *Status idem*. We krwi, wziętej z nakłucia w pobliżu krosty, znaleziono prątki karbunkułowe pod drobnowidzem. Wstrzyknięto 2 szpryki.

24. V. Ciepłota rano 38° C., wieczorem 40,5° C.. Tętno 102. Obrzęk trochę większy. Krosta w środku przyschła. Wstrzyknięto 2 szpryki.

25. V. Ciepłota rano 39° C., wieczorem 38° C.. Tętno 96. Śkarży się na ból u lewego ucha, gdzie daje się wyczuć zwiększony gruczoł. Wstrzyknięto 3 szpryki.

26. V. Ciepłota rano 37,2° C., wieczorem 37,5° C.. Tętno 75. Czuje się dobrze. Obrzęki mniejsze. Wstrzyknięto 3 szpryki.

27. V. Ciepłota prawidłowa. Obrzęki giną. Chory czuje się doskonale. Krosta zupełnie zaschła. Wstrzyknięto 2 szpryki.

28. V. — 31. V. Początek *lin. demarcationis*. Obrzęków nie ma. Chory wypisał się na własne żądanie.

Spostrzeżenie X. Klejman Majer, 21 lat liczący. Wstąpił 8 Sierpnia 1890 r. 4-ty dzień choroby. Krosta pod lewym kątem ust, wielkości 2-ch kopiejek. Obrzęk zajmuje cały policzek do powieki dolnej lewej, przechodzi na szyję i górną część klatki piersiowej. Niepokój, osłabienie ogólne, *anxietas praecordialis*. Ciepłota rano 39° C., wieczorem 38,6° C.. Tętno 100. Wstrzyknięto 2 szpryki.

9. VIII. Ciepłota rano 37,4° C., wieczorem 39,7° C.. Tętno 80. Chory czuje się lepiej, nie ma *anxietatis praecordialis*. Miejscowo krosta takąż sama, obrzęki trochę większe. Wstrzyknięto 2 szpryki.

10. VIII. Ciepłota rano 39,2° C., wieczorem 40,2° C.. Tętno 100. Pomimo podwyższenia ciepłoty, chory czuje się dobrze. Miejscowo — *status idem*. Wstrzyknięto 3 szpryki.

11. VIII. Ciepłota rano 38° C., wieczorem 39,5° C.. Tętno 96. Obrzęki opadły nieznacznie. Wstrzyknięto 3 szpryki.

12. VIII. Ciepłota rano 37° C., wieczorem 37,6° C.. Tętno 80. *Euphoria*. Krosta przysycha. Obrzęki na klatce piersiowej i szyi znikły, na twarzy mniejsze. Wstrzyknięto 2 szpryki.

13. VIII. Ciepłota rano 37° C., wieczorem 37,2° C.. Obrzęk pozostał tylko wokół krosty. Wstrzyknięto 2 szpryki.

14. VIII. — 15. VIII. Początek *lin. demarcationis*. Chory wyszedł ze szpitala i leczył się dalej ambulatoryjnie.

Zestawiając powyższych 10 przypadków, widzimy, iż ilość zrobionych wstrzykiwań wahała się od 3-ch [II] do 8 [VI], przyczem ciepłota, podwyższona, lub też zniziona poprzednio, powracała do stanu prawidłowego najprędzej w 2-gim [IV i V], najpóźniej w 6-tym [VI] dniu leczenia. Wszędzie zaś następowała prawie natychmiastowa poprawa stanu ogólnego — chory czuł się lepiej — i bardzo szybko ginął przykry objaw t. zw. *anxietas praecordialis*.

Jakkolwiek przypadek II zaliczyć należy do lekkich, przypadki zaś III i IV do znajdujących się w okresie początkowym samowyleczenia, *sit venia verbo*, jednak nie brak było przypadków ciężkich [VI, VII, IX, X], z objawami groźnymi [VI — przy podobnych objawach straciłem chorego w 8 dniu leczenia nacięciami i przyżeganiem w 1886 roku].

Najlepiej za powyższą metodą przemawiają cyfry.

ŻARNOWSKIJ	podał	.	.	.	.	72 przypadki ¹⁾ .
NIEDŹWIECKI	"	.	.	.	.	1 przypadek ²⁾ .
SZEFFER	"	.	.	.	.	3 przypadki ³⁾ .
STRIZOWER	"	.	.	.	.	8 przypadków ⁴⁾ .
ŁOMINSKIJ	"	.	.	.	.	4 przypadki ⁵⁾ .
CZARKOWSKI	"	.	.	.	.	1 przypadek ⁶⁾ .

Doliczając moich 10 przypadków, otrzymamy sumę 99 przypadków z odsetką zejść śmiertelnych = 0%.

1) Wracz — 1881 i 1884 rok.

2) Gazeta Lekarska 1881 rok.

3) Wracz — 1885 rok.

4) Wracz — 1885 rok.

5) Wracz — 1888 rok.

6) Gazeta Lekarska. 1890 r.



Cytowany STRIZOWER idzie tak daleko w swoim artykule, iż twierdzi, że „kwas karbolowy w leczeniu czarnej krosty jest takimże lekiem swoistym, jak chinina w zakażeniu zimniczem“.

Działanie leku w danej chorobie można sobie objaśnić podobnie, jak to czyni HEUBNER ¹⁾ względem tegoż samego rozczyну kwasu karbolowego, wstrzykiwanego w mięszs migdałków przy dyfterycie szkarlatynowym, z tą różnicą, że zamiast *streptococcus pyogenes*, mamy do czynienia z *bacillus anthracis*. Wstrzyknięty 5% rozczyń przechodzi do przestrzeni tkankowych, dróg limfatycznych i gruczołów, w tak znacznem jeszcze stężeniu, że jeżeli nie niszczy, to wstrzymuje rozwój i mnożenie się prątków, czyniąc limfę — jako płyn odżywczy — nieodpowiednim dla nich. Objasnienie to nabiera większej wagi, gdy zważymy, że, podług doświadczeń KOCH'a, wystarcza dodanie 1,0 kwasu karbolowego na 850,0 żelatynowej odżywki dla powstrzymania rozwoju zarodników karbunkułowych.

Tak więc we wstrzykiwaniach karbolowych, działających nietylko miejscowo, lecz i na dalszą przestrzeń od ogniska pierwotnego, mamy mniej więcej pewną broń w walce z czarną krostą, broń, którą gorąco uwadze szanownych kolegów polecam.

Z ODDZIAŁU D-RA T. DUNINA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

II. PRZYPADEK

GASTRITIDIS PHLEGMONOSAE DIFFUSAE

W PRZEBIEGU RAKA ŻOŁĄDKA.

Podał

S. M i n t z.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 13].

Nazwą *gastritis phlegmonosa* określamy ropne zapalenie ścian żołądka, przeważnie jego warstwy podśluzowej. Odróżniamy dwie postacie tej choroby stosownie do tego, czy naciek ropny jest rozlanym (*gastritis phlegmonosa diffusa*), czy też ograniczonym (*abscessus ventriculi*). RAYNAUD ^{*}) w roku 1861 zebrał w literaturze 21 przypadków ropnego zapalenia żołądka; liczba ta jednak obejmuje przypadki mieszane, t. j. rozlanego zapalenia i ropni. Również przypadki zebrane przez SÉBILLON'a [△]) odnoszą się do obu form. Natomiast prace LOEWENSTEIN'a [▽]) i REINKING'a [○]) streszczają wyłącznie przypadki zapalenia rozlanego.

¹⁾ Dyfteryt szkarlatynowy i jego leczenie, Odczyt kliniczny. 1889.

^{*}) De l'infiltration purulente de l'estomac. Gaz. hébd. 1861.

[△]) De la gastrite phlegmoneuse. Thèse de Paris. 1885.

[▽]) Über gastritis phlegmonosa. Inaugural-Dissertation. Kiel. 1874.

[○]) Beitrag zur Kenntniss der flegmonösen Gastritis. Kiel. 1890.



Ja również zebrałem w literaturze 40 przypadków *gastritidis phlegmonosae diffusae*, które niżej w streszczeniu podaję. Razem z naszym, powyżej opisanym, wszystkich przypadków będzie 42.

Przegląd dotychczas ogłoszonych przypadków.

Nr.	Płeć, zajęcie, wiek.	Najważniejsze objawy chorobowe.	Przyczyny.	Wyniki badania zwłok.	Czas trwania choroby.
1)	Dorożkarz 28 l.	Bóle w brzuchu, częste wymioty, silny upadek sił, nieprzytomność.	Przeziębienie.	Ścianki żołądka 6 razy grubsze, niż normalnie. Ropa zebrana pomiędzy błoną śluzową i surowiczą. Z błony mięsnej nie pozostało ani śladu.	2 dni.
2)	Robotnik 60 letni.	Żółtaczką, bóle w okolicy żołądka. Okolica żołądka twarda i wzdęta. Uporczywe zaparcie stolca, odbijania, wymioty masami żółciowemi.		Ropne zapalenie otrzewnej. Żołądek mały, ścianki jego, skutkiem nagromadzenia się ropy, 6 razy grubsze, niż zwykle.	14 dni.
3)	Żołnierz 24 l.	Ból głowy i uczucie rozbicia. Po kilku dniach chory sam poszedł do szpitala. Bóle w okolicy żołądka, brak łaknienia, skłonność do wymiotów, umiarkowana gorączka. Nagła śmierć w 2 godziny po przyjęciu.	Nadużycie napojów wyskokowych.	Obustronne zapalenie płucnej. Zapalenie otrzewnej. Żołądek zawiera kilka uncyj płynu śluzowego. Ścianki żołądka równomiernie zgrubiałe, od 6 do 8 mm., szczególnie dno, wpust i odźwiernik. Na błonie śluzowej małe otwory; warstwa podśluzowa wypchniona ropą, podsurowicza i surowicza zgrubiałe i zmętniałe.	Kilka dni.
4)	54-letni.	Dreszcze, gorączka, ból w okolicy żołądka, serca i lewej strony klatki piersiowej. Brak łaknienia, nudności, wymioty masami żółciowemi. Kaszel i duszność. Niepokój i nieprzytomność. Upadek sił.			4 1/2 dnia.
5)	Dorożkarz 47 l.	Chory od 4 dni ma kaszel, ból głowy, ból w piersiach i żołądka. Nazajutrz wymioty masami żółciowemi, bóle w okolicy nadbrzuszej. W wieczorem zimny pot, częste małe tętno. W nocy chory rzucił się przez okno z 2-go piętra i znalazł śmierć na miejscu.		Wysięk surowiczy w jamie otrzewnej. Ścianki żołądka zgrubiałe wskutek nacieku ropnego.	6 dni.

- 1) HEYFELDER. SCHMIDT's Jahrbücher. 1837 Bd. 16. p. 192.
- 2) HERZOG. KASPAR's Wochenschrift. 1839. p. 813. Patrz REINKING. l. c. s. 11.
- 3) WALLMAN. SCHMIDT's Jahrbücher. 1858. Bd. 98.
- 4) KLAUS. Beitrag zur Kenntniss der Magenkrankheiten. Inaug.-Diss. Erlaugen. 1857.
- 5) MAZET. Bulletins de la Societé anat. 1861 Patrz: AUVRAY. Étude sur la gastrite phlegm.

Nr.	Płeć, za- jęcie, wiek.	Najważniejsze objawy choro- bowe.	Przycz- ny.	Wyniki badania zwłok.	Czas trwania choroby.
6)	Tragarz 40 l.	Brzuch wzdęty, bolesny. Ból przy ucisku nie zwiększa się. Rozwolnienie. Wymioty przed dwoma dniami. Bredzenie, nieprzytomność. Źrenice rozszerzone, na światło nie oddziałują. Drgawki.	Naduży- cie napo- jów alko- holowych.	Błony mózgowe nastrzyknięte, w komórkach mózgowych 2 — 3 łyżek surowiczego płynu. Ropne zapalenie otrzewnej. Grubość ścian żołądka wynosi od 1/2 do 1 ctm. Żołądek zawiera gaz i mętny śluz. Błona śluzowa miejscami nastrzyknięta, w 2 miejscach owrzodzenia. Naciek ropny tkanki podśluzowej.	3 dni.
7)	Dorożkarz 44 l.	Nudności, wymioty masami żółciowymi, bóle w brzuchu. Rozwolnienie naprzemian z zaparciem stolca. Małe przyspieszone tętno, bredzenie, upadek sił, śmierć.	Złe odży- wianie.	Wszystkie narządy brzuszne pokryte ropą. Grubość ścianek żołądka wynosi 1 ctm.. Na wielkiej krzywiznie guz wielkości kasztana, pochodzący, zdaniem AUVRAY, od miejscowego rozrostu tkanki podśluzowej.	14—15 dni.
8—9)		Objawów za życia musiało nie być, skoro na sekcji tylko przypadkowo poprzecinano ścianki żołądka.		Błona śluzowa na całej przestrzeni podniesiona przez warstwę ropy zebranej w tkance podśluzowej.	
10)	Żołnierz.	Wymioty, gwałtowne bóle w okolicy żołądka. Gorączka, bredzenie.		Ścianki żołądkowe na całej przestrzeni nacieczone ropą.	Kilka dni.
11)	Idyjoła 22 l.	Objawy zapalenia opłucnej.		Ścianki żołądkowe zgrubiałe, szczególnie w okolicy odźwierznika. Na błonie śluzowej w kilku miejscach wybroczyny krwawe. Naciek ropny pod tkanką śluzową.	Dłuższy czas.
12)	Kobieta.	Żadnych objawów ze strony żołądka.	Ropnica połogowa.	Okres 2-gi zapalenia włóknikowego płuc. Ropne zapalenie otrzewnej i osierdzia. Tkanka podśluzowa żołądka równomiernie ropą nacieczona.	
13)				Pod błoną śluzową naciek ropny. Błona śluzowa blada, zgrubiała.	
14)	Robotnik w fabryce asfaltu 29 l.	Pierwszego dnia częste wymioty, w następnych odbijania i bóle w okolicy żołądka. Rano 4-go dnia choroby chory wstał z łóżka i poszedł do bawary, gdzie się napił ciepłego piwa. Tego dnia nadzwyczajna bladłość i nieprzytomność. Odwieziono go do szpitala, gdzie nagle zmarł.		W jamie brzusznej płyn surowiczo-ropny. Żołądek zawiera mętny płyn. Błona śluzowa zgrubiała, tkanka podśluzowa nacieczona ropą.	4 dni.

- 6) CORNIL. Bulletins de la Société anat. 1861. Patrz AUVRAY, l. c. p. 20.
 7) LOSÈGNE. Bulletins de la Soc. anat. 1861. Patrz AUVRAY, l. c. p. 27.
 8—9) Protokoły sekcyjne ANDRAL'a i CRUVEILHIER'a. Patrz REINKING. l. c. p. 12.
 10) BAMBERGER. HENOCH's Klinik d. Unterleibskrankheiten. II. p. 196.
 11) MASCARAL. Bulletins de la Société anat. XV. p. 173. Patrz REINKING. l. c. p. 13,
 12) MAUNOURY. Ibid. XVII. p. 175. Patrz. REINKING ibid.
 13) CAUMONT. Ibid. XXXIII, p. 273. Patrz: REINKING ibid.
 14) THÜNGEL. VIRCHOW's Archiv. 1865.

Nr.	Płeć, za- jęcie, wiek.	Najważniejsze objawy choro- bowe.	Przy- czyny.	Wyniki badania zwłok.	Czas trwania choroby.
15)	Robotnik 26 l.	Nagle wystąpiły gwałtowne bóle w okolicy nadbrzuszej, nudności, najsampierw pokarmowe, później żółciowe, dreszcze, gorączka zimny pot. Bóle w okolicy nadbrzuszej przy najmniejszym ucisku zwiększają się. Po 2 dniach objawy postaci algidnej [zimnej] cholery: sinica, oddech zimny, tętno nitkowate, zatrzymanie moczu, silne pragnienie. W nocy śmierć.	Otrucie[?]	Wysięk surowiczo-ropny w jamie otrzewnej Ścianki żołądka są zgrubiałe. Ropa znajduje się między warstwą śluzową i surowiczą na całej przestrzeni od wpustu do odźwiernika. Warstwa mięsna i podśluzowa zniszczona. Na błonie śluzowej wielkiej krzywizny kilka wybroczyn krwawych.	10 dni.
16)	Mężczy- zna l. 25.	Obrzęk twarzy, brak łaknienia, wymioty, czkawka.	Zmątwienie. Nadużycie napojów al- koholowych.	Kilka łyżek krwawego płynu w jamie osierdzia. Naciek ropny pomiędzy warstwą śluzową i surowiczą. Błona surowicza nie zajęta.	
17)	Służąca 24 l.	Nienastanne wymioty. Bóle w brzuchu, przez ucisk nie zwiększające się. Po kilku dniach objawy znikły, lecz na 5-ty dzień objawy powyższe wystąpiły gwałtowniej niż poprzednio. Uczucie pełności, brzuch wzdęty. Nagła śmierć. Chora dawniej 2 razy przecho- dziła żółtaczkę wskutek kamieni żółciowych.	Żarło- ctwo.	Świeże zapalenie otrzewnej. Prze- dziurawienie pęcherza żółciowego do jamy otrzewnej. Ścianki żo- łądka równomiernie zgrubiałe. Naciek ropny w warstwie podśluzowej. Błona śluzowa nastrzyknię- ta i zgrubiała.	15 dni z kil- ko- dnio- wą prze- rwą
18)	Lekarz	Bóle w brzuchu, wymioty żółcią, częste i małe tętno. <i>Status typhosus</i> , objawy zapalenia otrzewnej, bredzenie, śmierć.	Długie o- pieranie się o brzeg stołu pod- czas rys- owania[?]	Świeże zapalenie otrzewnej. Ścia- ny żołądka zgrubiałe, mianowicie w części odźwiernikowej. Wysięk włóknisto-ropny między błoną śluzową i mięsną. Błona śluzowa miejscami nastrzyknięta.	4 dni.
19)	Kowal 37 l.	Dreszcz gorączka, ból w okolicy nadbrzuszej i okolicy nerek. Wymioty. W moczu krew i cylindry krwawe i hyalinowe. Ciepłota w ostatnich dniach prawidłowa. W ostatnich dwóch dniach śluzo- krwawe stolce i wydymanie.	Przezię- bienie.	Obrzęk mózgu i płuc. Ostre zapa- lenie nerek i otrzewnej z wysię- kiem ropnym. Wysięk dyfteryty- czny w kiszce zgiętej. Ścianki żo- łądka zgrubiałe wskutek nacieku ropnego błony podśluzowej. Na błonie śluzowej 4 otwory od 3 do 5 mm. średnicy.	18 dni.
20)	Robotnik 36 l.	Gwałtowny dreszcz, nudności, wy- mioty, ból w okolicy nadbrzuszej. Brzuch wzdęty. Gorączka [38°]. Wymioty później ustały. Upadek sił.	Uderze- nie w oko- licę żołąd- ka.	Zapalenie osierdzia i opłucnej. W jamie brzusznej około 1/2 litra ropiastego płynu. Ścianki żołądka zgrubiałe, grubość na dnie żołądka wynosi 1 ctm., w części od- źwiernikowej 1 1/2 ctm. i zależy od	11 dni.

15) GUYOT. Patrz AUVRAY, l. c. p. 34.

16) MOREL. Bulletins de la Soc. anat. 1865. Patrz: AUVRAY, l. c. p. 38.

17) STEWART. Jahresbericht von VIRCHOW und HIRSCH. 1868. II. p. 125.

18) LOOMIS. Jahresbericht von VIRCHOW u. HIRSCH. 1871. II. p. 156.

19) MALMSTEN i KEY. Ibid. 1872. II, p. 149.

20) BELFRAGE i HEDENIUS. SCHMIDT's Jahrbücher, 1872. Bd. 154.



Nr.	Płeć, za- jęcie, wiek.	Najważniejsze objawy choro- bowe.	Przy- czyny.	Wyniki badania zwłok.	Czas trwania choroby.
21)	Służąca 17 l.	Dreszcze, gorączka, ból głowy, wymioty, uporczywe zaparcie stolca. Brzuch wzdęty i bolesny.		nacieku ropnego błony podśluzowej. Na błonie śluzowej kilka owrzodzeń. Błona śluzowa przekrwiona. Na ściankach żołądka uwydatniają się naczynia chłonne wypełnione ropą. Żołądek zawiera sporą ilość brunatnego płynu. Błona śluzowa miejscami nastrzyknięta, zaś w części odźwiernikowej ma wygląd nierówny (<i>état mameloné</i>). W okolicy małej krzywizny naciek ropny. Zapalenie ropne otrzewnej i prawej opłucnej. Zapalenie krtani.	13 dni.
22)	Chłopiec 11 l.	Po nekrotomii róża przyrana. Brak łaknienia, częste wymioty. Brzuch umiarkowanie wzdęty i bolesny. Zaparcie stolca. Nieprzytomność, silny upadek sił.	<i>Pyæmia.</i>	Ropne zapalenie otrzewnej. Żołądek mały. Grubość ścian w części odźwiernikowej wynosi 1,3 cm. i pochodzi od nacieku ropnego warstwy podśluzowej. Błona śluzowa zgrubiała, błada i nierówna. Warstwa mięsna również zgrubiała. Obrzęk płuc. Powiększenie i zmnętnienie wątroby. Pod drobnowidzem koki.	4 dni.
23)	Chłop 33 l.	Po nekrotomii zakażenie ropne (<i>pyæmia</i>), śmierć w 8 dni po operacji. W ostatnich dniach ból w brzuchu, brak łaknienia, częste wymioty.	<i>Pyæmia.</i>	Ropne zapalenie otrzewnej. Przewlekłe zapalenie nerek. Ścianki żołądka zgrubiałe. Błona śluzowa błada i nierówna. Naciek ropny warstwy podśluzowej.	2 dni.
24)	Murarz 34 l.	Brak łaknienia, kaszel, głos ochrypły; po 4 dniach ściskanie w żołądku, wymioty, dreszcze, gorączka [40°], bredzenie. Przed 2 laty obłąd opilecy.	Nadużycie napojów alkoholowych.	Żołądek umiarkowanie wzdęty, błona śluzowa zgrubiała, warstwa podśluzowa w części odźwiernikowej nacieczona ropą.	13 dni.
25)	Meżczyzna 51 l.	Brak łaknienia, nudności, wymioty. Nadzwyczajne bóle w okolicy żołądka. Nagła śmierć.		Żołądek wzdęty gazami, ścianki zgrubiałe, mianowicie w części odźwiernikowej grubość dochodzi do cała. Naciek ropny warstwy podśluzowej, w mniejszym stopniu warstwy mięsnej. Nabłonek gruczołów zachowany, naokoło tych ostatnich dużo ciałek ropnych.	5 dni.

21) KRAUSE. Über submucöse phlegmonöseitrige Magenentzündung. Inaugur. Diss. 1872.

22) LÖWENSTEIN. Über phlegmonöse gastritis. Inaugural-Diss. Kiel. 1874.

23) Ibid.

24) RAKOWAK. Ein Fall von Gastritis submucosa. Wiener med. Presse. 1873. Nr. 25.

25) HILTON FAGGE. Jahresberichte von VIRCHOW u. HIRSCH. 1876. II. p. 225.

Nr.	Płeć, za- jęcie, wiek.	Najważniejsze objawy choro- bowe.	Przy- czyny.	Wyniki badania zwłok.	Czas trwania choroby.
26)	Żołnierz 19 lat.	Okolica żołądka bolesna. Ściskanie w żołądku, odbijania, wymioty żółciowe, ból głowy, dreszcz, gorączka, silny upadek sił.	Błąd dyjetetyczny.	Grubość ścianek żołądka w okolicy wpustu i wielkiej krzywizny wynosi 1—1½ ctm.. Naciek ropny błony podśluzowej. <i>État mameloné</i> błony śluzowej. Ropne zapalenie dolnej części przełyku.	6 dni.
27)	Kapral 24 l.	Brak łaknienia, nudności. Brzuch wzdęty, bolesny. Wymioty. Zaparcie stolca. Okolica żołądka bardzo bolesna. Silny upadek sił.	Błąd w dyjecie.	Ropne zapalenie otrzewnej. Żołądek zawiera płyn. Warstwa mięsna i podśluzowa nacieczona ropą. Błona śluzowa pokryta skrzepami.	9 dni.
28)				Krótką wzmianka o ropnym zapaleniu żołądka z przewlekłym zapaleniem nerek.	
29)	Mężczyzna 53 l.	Dreszcze, wysoka gorączka, częste tętno. Brak łaknienia. Wymioty, ból w okolicy żołądka, umiarkowane rozwolnienie. Upadek sił, bredzenie, śpiączka, śmierć.	Nadużycie napojów wyskokowych.	Zgrubiła błona śluzowa przedstawia na powierzchni małe otwory. Grubość ścianek żołądka dochodzi do 1½ ctm.. W kilku miejscach warstwy podśluzowej małe ogniska ropy. Błona śluzowa żołądka i kiszek znajduje się w stanie przewlekłego zapalenia; ślad zapalenia otrzewnej.	9 dni.
30)	Stolarz 29 l.	Gwałtowne bóle w okolicy żołądka i nieustanne wymioty. Ból w okolicy nadbrzuszej zwiększa się przez ucisk. W przeddzień śmierci wymioty ustają. Silny upadek sił.		Żołądek zawiera dużo brunatnoczerwonego płynu. Błona śluzowa ma barwę czarnofoletową. Grubość ścianek dochodzi do 1 ctm.. Naciek surowiczoro-ropny warstwy podśluzowej.	2 dni.
31)	Stelmach 29 l.	Wymioty, ból, brak łaknienia, polepszenie po przepłukaniu żołądka, później znowu pogorszenie. Śmierć. Powyższe objawy nastąpiły podczas rekonwalescencji po tyfusie.		Warstwa podśluzowa żołądka skutkiem nacieku ropnego zgrubiła do 1 cala. Błona mięsna również cokolwiek nacieczona. Brak zapalenia otrzewnej.	14 dni.
32)	Robotnik 52 l.	Gwałtowny dreszcz, silne wymioty, wielkie bóle w brzuchu, wysoka gorączka, częste tętno. Upadek sił.	Nadużycie napojów wyskokowych.	Wysięk w jamie brzusznej. Otrzewna w wysokim stopniu nastrzyknięta. Ściązki żołądka zgrubiłe, miękkie i przedstawiają chełbotanie. Naciek ropny, przeważnie w okolicy dna i odźwiernika. Błona śluzowa biała, miejscami nastrzyknięta.	7 dni.

26) CHWOSTEK. Wiener med. Presse. 1877.

27) Ibid.

28) FLINT. 1878. Patrz: REINKING, l. c. str. 16.

29) DEININGER. Archiv f. kl. Med. Bd. XXIII, p. 624. 1879.

30) LEWANDOWSKY. Berliner kl. Wochenschrift. 1879. Nr. 38.

31) GAVEL. 1879. Patrz: REINKING, l. c. str. 17.

32) GLAX. Berliner kl. Wochenschrift. 1879. Nr. 38.



Nr.	Płeć, za- jęcie, wiek.	Najważniejsze objawy choro- bowe.	Przy- czynny.	Wyniki badania zwłok.	Czas trwania choroby.
33)	Żołnierz 50 l.	Wysoka gorączka, silne bóle w okolicy nadbrzuszej, nudności, wymioty, uczucie strachu, upadek sił.		Żołądek powiększony. Grubość ścian żołądka wynosi 1½ ctm. Naciek ropny błony podśluzowej. Powiększenie wątroby.	4 dni.
34)	Żołnierz 22 l.	Częste wymioty, gorączka dochodząca do 39,6° C., silne bóle w brzuchu.		Naciek ropny warstwy podśluzowej żołądka i górnej poprzecznej części dwunastnicy.	4 dni.
35)	Mężczy- zna 35 l.	Dreszcze, brak łaknienia, nudności, wymioty żółciowe, bóle w brzuchu, małe tętno, wysoka gorączka, śpiączka, śmierć.		Zapalenie mięszone wątroby, śledziony i nerek. Włóknistopropne zapalenie otrzewnej. Ścianki żołądka, mianowicie w części odźwiernikowej zgrubiałe do 12 mm. wskutek nacieku ropnego warstwy podśluzowej. W bliskości odźwiernika ropień wielkości jajka kurzego.	
36)	Doroż- karz 70 l.	Gorączka, bóle w okolicy żołądka, wymioty przed wstąpieniem do szpitala. Śpiączka. Śmierć.		W małej miednicy niewielka ilość włóknistopropnego płynu. Ścianki żołądka na całej przestrzeni od wpustu do odźwiernika nacieczone ropa. Na małej krzywiznie, o kilka ctm. od wpustu nowotwór rakowy.	6 dni.
37)	Służąca 28 l.	Ciepłota 40°. Gwałtowny dreszcz. Nadzwyczajny ból pod lewym łukiem żebrowym.		Między wpustem i odźwiernikiem znajduje się na małej krzywiznie wrzód peptyczny. Ścianki żołądka zgrubiałe [do 1½ ctm.]. W częściach nienacieczonych kilka owrzodzeń powierzchownych.	
38)	Stolarz 47 l.	Gwałtowny dreszcz, gorączka, nieustanne wymioty.	Złe odży- wianie.	Żołądek powiększony. Wybroczy- ny w części odźwiernikowej. Gru- bość ścianek wynosi 1½ ctm. Na- ciek ropny między warstwą ślu- zową i mięsną. Pod drobno- widz em streptokoki.	1 dz.
39)	Kobieta 66 l.	Po wyjęciu zęba wystąpiły objawy żołądkowe, ból głowy i nerwoból lewego ramienia. Na obrzmiałych dżasiach szczęki dolnej kilka małych owrzodzeń, z których wydziela się ropa. Po 10 dniach nagle wystąpiły ściskania w dołku i wymioty. Gorączka i osłabienie. Śmierć.	Prawdo- podobnie połknięta ropa.	Rozlane zapalenie otrzewnej. Błona śluzowa żołądka cokolwiek przekrwiona, wszystkie jego warstwy zgrubiałe. Naciek ropny warstwy podśluzowej, również mięsnej i podsukowiczej. Naciek przechodzi na górną część dwunastnicy.	4 dni.

33) PETERSEN. St. Petersburger med. Woch. 1879. 280. Patrz: REINKING l. c.

34) CHWOSTEK. Wiener med. Bl. 27—30 i 32. 1881.

35) TREUBERG. Wracz. 1883. Nr. 23.

36) GLÄSER. Berl. kl. Woch. 1883. Nr. 51.

37) Ibid.

38) SÉBILLON, l. c.

39) LINDEMANN. Münch. med. Woch. 1887. Nr. 25. Jahresberichte von VIRCHOW. 1888. II. 270.

Nr.	Płeć za- jęcie, wiek.	Najważniejsze objawy choro- bowe.	Przy- czyny.	Wyniki badania zwłok.	Czas trwania choroby.
40)	Student 25 l.	Brzuch bolesny i wzdęty. Wymio- ty, uporczywe zaparcie stolca. Silny upadek sił.		Ropne zapalenie otrzewnej. Żołą- dek wzdęty przez gaz, ścianki zgrubiałe. Błona podśluzowa. Pod drobnowidzem dużo stre- ptokoków. W innych war- stwach drobnoustrojów nie było.	7 dni.

Jeżeli do liczby powyżej w streszczeniu podanych przypadków dodamy nieznany mi bliżej przypadek MAIXNER'a [41] i nasz, to otrzymamy ogólną liczbę 42, obejmującą wyłącznie przypadki rozlanego zapalenia ropnego żołądka.

Zmiany anatomiczne są następujące: żołądek, zazwyczaj rozszerzony, zawiera, prócz gazów, śluz, lub mętny brunatny płyn. Ścianki żołądkowe są zgrubiałe, przyczem grubość ich wynosi nieraz przeszło 1 cm.. Z powierzchni rozkroju żołądka wycieka płyn surowiczy ropny, albo też czysta ropa, nieraz jednak, jak w powyższym przypadku HILTON FAGGE [N. 25], dopiero pod drobnowidzem przekonać się można o obecności nacieku ropnego. Sprawa chorobowa zajmuje przeważnie warstwę podśluzową, która niby gąbka bywa nasiąkniętą rzadszą lub gęstsza ropą, zaś w sprawach daleko posuniętych cała ta warstwa może być zniszczoną, tak, że przestrzeń między warstwą gruczołową i mięsną wypełnia ropa. W przypadku HEYFELDER'a [N. 1] pozostały tylko 2 warstwy: gruczołowa i surowicza. Tkanka śluzowa bywa nastrzykniętą, miejscami lub też na całej powierzchni przekrwioną, nieraz znajdując się na niej wybroczyny krwawe lub skrzepy krwi [N. 27]. Pod drobnowidzem spostrzegamy naciek ropny pomiędzy oddzielnymi gruczołami, zaś w komórkach gruczołowych zwyrodnienie ziarniste lub tłuszczowe [N.N. 16, 35 i 42]. Nieraz na powierzchni błony śluzowej widać małe otwory, przez które ropa wycieka, jak przez sito. W wyjątkowych przypadkach znajdują się na błonie śluzowej owrzodzenia peptyczne [NN. 16 i 37], lub rakowate [w naszym przypadku]; raz jedyny spostrzeżono na błonie śluzowej nowotwór rakowy, nie będący w stanie rozpadu [N. 36]. Błona mięsna zwykle niewielkim ulega zmianom. Jeżeli sprawa chorobowa przechodzi także na warstwę mięsną, to włókna mogą ulec zwyrodnieniu tłuszczowemu. Błona surowicza albo wcale nie jest zmieniona [N. 2], albo też jest nastrzykniętą, lub pokryta błonami fałszywymi, które łączą żołądek z przylegającymi doń narządami.

Drobnoustroje chorobotwórcze znaleziono przy ropnym zapaleniu żołądka 4 razy [NN. 22, 38, 40 i 42].

Ze zmian anatomicznych, jednocześnie przy tej sprawie w innych narządach spostrzeganych, na pierwszym planie stoi zapalenie otrzewnej. Nie było go

40) REINKING, l. c.

41) Časop. lék. českých. 1876. Patrz: CHWOSTEK, l. c.

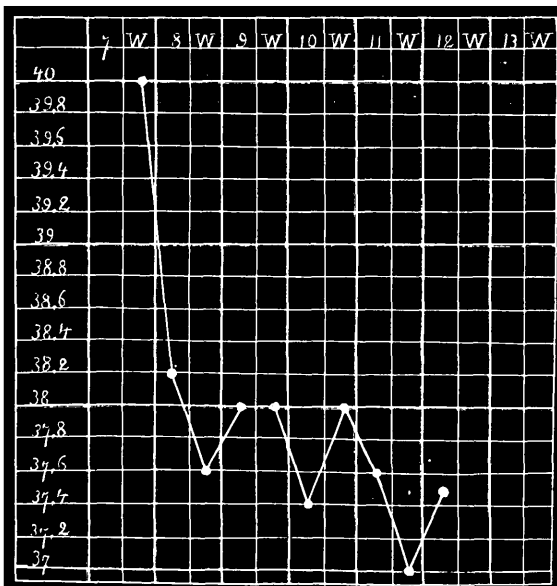
jednak w kilku przypadkach [NN. 31 i 16]. Dalej następują: zapalenie ropne górnej części dwunastnicy [NN. 34 i 39] i dolnej części przełyku [38], wybroczyny krwawe na błonie śluzowej kiszek, przekrwienie miąższowe wątroby, śledziony, płuc i nerek, zapalenie opłucnej i osierdzia i nastrzyknięcie lub przekrwienie błon mózgowych.

Przebieg i objawy. W przebiegu rozlanego zapalenia żołądka odróżniamy 2 okresy: z przyłączeniem się zapalenia otrzewnej kończy się pierwszy i zaczyna drugi. MAIXNER odróżnia 3 okresy: w pierwszym występują objawy, zależne od ropnego zapalenia żołądka, w drugim objawy te zmniejszają się, zaś z nastąpieniem 3-go okresu, mianowicie z wybuchem zapalenia otrzewnej, znów obostrzają.

Do objawów stałych należą: wymioty, bóle i gorączka.

Wymioty mogą trwać przez cały czas choroby, albo też zjawiają się tylko w pierwszych dniach, nieraz zaś wymiotów zupełnie nie bywa dopóty, dopóki nie przyłączy się zapalenie otrzewnej. Rzecz godna uwagi, iż w opisanych dotychczas powikłaniach raka ropnem zapaleniem żołądka [N. 36 i nasz] wymiotów wcale nie było, jakkolwiek przed nastąpieniem powyższego powikłania często występowały. Z innych objawów żołądkowych nadmienić wypada: stały brak łaknienia i nudności. Zwykle sprawie tej towarzyszy rozwolnienie, rzadziej uporczywe zaparcie stolca [NN. 21, 40]. Bóle zazwyczaj bardzo silne umiejscawiają się przeważnie, albo wyłącznie w okolicy nadbrzuszej. Ciepłota w naszym przypadku wahała się pomiędzy 40° i 37° C., w przypadku KRAUSE'go pomiędzy 39,5° i 36,5° C..

Ciepłota w naszym przypadku.



Z innych objawów zasługują na uwagę: nagły początek choroby, bredzenie i wczesny upadek sił. Objawy ogólne zależą częściowo od głównego cierpienia [ropnego zapalenia żołądka], po części od towarzyszącego mu zapalenia otrzewnej. Takimi są: ciężki stan ogólny, częste i małe tętno, niepokój i strach, nieprzytomność. Choroba trwa od 1 do 18 dni.

Przyczyny i powstawanie. *Gastritis phlegmonosa diffusa* bywa chorobą pierwotną, lub następczą. Pierwsza forma, o wiele częstsza niż druga, powstaje wskutek przyczyn nieznanych. Przy-

czynami okolicznościowymi są: przeziębienie [NN. 1, 19], błędy w dyjecie [NN. 26, 27], urazy [NN. 18, 20], szczególnie nadużycie napojów wysokowych [NN. 3, 6, 16, 24, 29, 32]. Postać następcza spostrzegać się daje przy ropnicy poługowej [N. 12] i przy zakażeniu ropnem (*pyaemia*) [N. 22, 23].

Na zasadzie dodatnich wyników badania bakteryjologicznego musimy przyjąć, iż choroba powstaje wskutek dostania się do ustroju [do błony podśluzowej żołądka] chorobotwórczych drobnoustrojów [streptokoków].

Rozpoznawanie tej choroby przedstawia nieprzewyciężone trudności, a to dlatego, że wszystkie objawy można kłaść na karb towarzyszącego zapalenia otrzewnej. Nawet obecność ropy w masach wymiotnych nie ma rozstrzygającego znaczenia Δ). Rozpoznawanie więc tej sprawy chorobowej nigdy nie jest pewnem, co najwyżej może być przypuszczalnem po wykluczeniu innych niżej przytoczonych chorób.

W pierwszym okresie ropne zapalenie żołądka wziąć można za ostry nieżyt (*gastritis acuta*), lub zatrucie. Atoli ani objawy ogólne, ani też miejscowe nie są przy ostrym niezycie tak ciężkie, jak przy ropnem zapaleniu żołądka. Co się tyczy otrucia, to anamneza, badanie mas wymiotnych, oglądanie jamy ustnej, nareszcie objawy charakterystyczne dla niektórych substancyj trujących chronią od pomyłek. Również w pierwszych dniach choroby można myśleć o niezdrożności kiszek, w dalszym jednak przebiegu rzecz się wyjaśnia [wymioty kałowe, czkawka i t. d.]. Cechy różniczkowe od tyfusu brzuszego stanowią: brak wysypki, wczesne przyłączenie się zapalenia otrzewnej, oraz siedlisko tego zapalenia [nie w okolicy dołu biodrowego prawego].

L e c z e n i e jest objawowe.

Wracając do naszego przypadku, zaznaczyć muszę, iż rozpoznanie trafiło na ogromne trudności. Młody wiek chorego, silna niedokrwistość, a nadewszystko długie trwanie choroby [przeszło 2 lata], brak guza, lub objawów zwężenia odźwiernika, dawały tak typowy obraz wrzodu peptycznego, że gdyby nie badanie chemiczne i drobnowidzowe zawartości żołądka, nie wahalibyśmy się nawet w rozpoznaniu; jedynie tylko stałe wyniki, jakie nam dawało badanie zawartości żołądka, oraz powiększające się charłactwo [stały spadek wagi ciała], nakazywała nam być ostrożnymi. Ostatecznie skłoniliśmy się do przypuszczenia, iż mamy do czynienia z wrzodem peptycznym, ze ścian którego rozwinął się rak. Brak wolnego kwasu solnego mógł zależeć od istniejącej jednocześnie w wysokim stopniu niedokrwistości *). My dostaliśmy chorego już w ostatnim okresie rozwoju sprawy chorobowej, wydawało nam się jednak uzasadnionem przypuszczenie, iż w pierwszych okresach badanie zawartości żołądka dałoby inne wyniki. Badanie pośmiertne wykazało obecność raka, czy jednak przedtem istniał wrzód, na to stanowczej odpowiedzi otrzymać nie mogliśmy.

Δ) LEUBE. Specielle Diagn. d. inneren Krankh. 1889, p. 237.

*) ROSENHEIM. Zeitschrift für klin. Med. 1890. H. I. II.

NOTATKI LEKARSKIE.

2. Reumatyzm ostry jednostawowy.

W ciągu ostatnich 6 lat trafiło mi się kilka [5] przypadków gościa ostrego jednostawowego [zapalenie ostre jednego stawu, z gorączką, bez jakiejś przyczyny traumatycznej, opierające się leczeniu miejscowemu, a łatwo ustępujące przy leczeniu ogólnem]. Ogłaszając o nich niniejszą notatkę, mam to na względzie, że przypadki takie mają pewne znaczenie praktyczne. Chory mianowicie i jego otoczenie, mając do czynienia z cierpieniem zapalnym jednego stawu, szukają przyczyny miejscowej — uderzenia, nadwichnięcia. Nie znajdując nawet takiej przyczyny, mówią jeszcze: musiałem chyba uderzyć się w kolano, źle stąpnąć, choć nie pamiętam kiedy. Pogląd ten udziela się nawet i lekarzom. Dwa z pomienionych przypadków leczone były przez 1—2 tygodnie miejscowymi środkami całkiem bezskutecznie; przy użyciu zaś salicylanu sodu w jednym, salolu z antypiryną w drugim razie nastąpiło szybkie wyzdrowienie.

Wszystkie 5 przypadków dotyczyły osób młodych. Zajęty był u jednych staw kolanowy, u innych gołenio-stępowy. Wszystkie to były przypadki łagodne, bez powikłań i powrotów. Przepadalności miejscowe [wysięk do jamy stawu, obrzmienie i zaczerwienienie skóry, ból] były mierne, gorączka lekka, wyzdrowienie po zastosowaniu leczenia ogólnego bardzo szybkie. Jedna tylko chora gorączkowała silnie i długo [3 tygodnie], bóle miała gwałtowne; leczona bezskutecznie salicylanem sodu, wyzdrowiała wkrótce po zastosowaniu antypiryny.

Wiadomo, że w gościcu stawowym ostrym zwykle cierpi większa liczba stawów, zkad pochodzi i nazwa wielostawowego — *polyarthritis*. Niektórzy [CHARCOT, SENATOR] wątpią nawet, czy może cierpieć w tej chorobie wyłącznie jeden staw tylko, bez lekkiego bodaj współudziału innych. Większość przecież piszących wspomina o takich przypadkach. Lekarze francuzcy [BOUILLAUD, GENEST, GRISOLLE, LEBERT, LÉVEQUE, JACCOUD] opisują nawet gościc jednostawowy, jako osobną odmianę — *rhumatisme fixe, monoarthrite rhum.*, podając za cechy jej: brak powikłań, niezmiernie uporczywy przebieg i często pozostające po chorobie ograniczenie ruchów. Przy bliższem rozpatrzeniu okazuje się jednak, że zaliczyli oni do tej odmiany całkiem różne przypadki, a więc: 1) zapalenie stawu wcale nie reumatycznego pochodzenia, ale tryprowe, poszkarlatynowe, nawet gruźlicze, 2) przypadki zwykłego reumatyzmu wielostawowego, po którym pozostało cierpienie w jednym ciężej dotkniętym stawie, wreszcie 3) przypadki, w których rzeczywiście gościc odrazu zajął jeden tylko staw.

Opierając się na swoich spostrzeżeniach, nie mógłbym się zgodzić na ową mniemaną uporczywość gościa jednostawowego. Przeciwnie, postawiłbym raczej pytanie, czy takie przypadki nie są łagodniejszą, bardziej poronną postacią zakażenia reumatycznego.

K. Chelchowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

13. Gottschalk. Tyjol przy chorobach kobiecych.

Stosowanie przez 9 miesięcy tyjolu w ginekologicznej praktyce doprowadziło autora do przekonania, iż tyjol w działaniu swoim podobnym jest do ichtyjolu, ale ma tę ogromną przewagę nad ostatnim, że jest zupełnie bez zapachu, kiedy ichtyjol ma wstrętny nieprzyjemny zapach. Ważnem to jest bardzo, gdyż chore po wyjęciu tamponu ichtyjolowego bardzo często zwracają się ze strachem do lekarza, dowodząc, że zapach nieprzyjemny, pochodzący z wyjętego tamponu, jest wskutek raka macicy. Najpierw autor zastosowywał tyjol za pośrednictwem tamponu [10—20% roztwór tyjolu w glicerynie] przy wysiękach parametralnych