

GAZETA LEKARSKA

I. O OSTRYCH ROPNYCH ZAPALENIACH UCHA ŚREDNIEGO, powikłanych ziarninowym rozrostem błony bębenkowej.

(*Myringitis granulosa*).

Przez

K. Modrzejewskiego.

Błona bębenkowa przy ostrych ropnych zapaleniach ucha średniego przyjmuje mniej lub więcej czynny udział, i na niej to, dla lekarza-praktyka, odbijają się, że się tak wyrażę, jak na kliszy fotograficznej, sprawy patologiczne, rozwijające się w uchu średnim. Przy normalnym przebiegu ostrych, ropnych zapaleń ucha średniego błona bębenkowa, jak wiadomo, przedstawia się początkowo mocno zaczerwienioną w górnej swojej części ponad wyrostkiem krótkim młotka i wzdłuż rękojeści młotka, następnie czerwoność rozszerza się na tylny i przedni odcinek błony, która przy silniejszym natężeniu sprawy mocniej obrzmiewa, pęcznieje, kontury jej się zacierają, wydatności młotka i ostrokrąg świetlny znikają.

Jeżeli dochodzi do ropienia, naskórek błony bębenkowej ulega obfitemu złuszczeniu, a jednocześnie w pewnym miejscu błony następuje zapalne stopienie warstw ją składających, t. j. przedziurawienie większe lub mniejsze błony bębenkowej.

Po nastąpieniem przedziurawienia błona bębenkowa może się przedstawiać rozmaicie stosownie do natężenia zapalenia. Jest ona cała lub miejscami tylko ogołocona z naskórka, gładka lub nierówna, wypukłona miejscami, w większości przypadków znika zaczerwienienie błony lub też błona przybiera lekki sinawy odcień. Jeżeli sprawa w uchu średnim dąży do wyrównania, uwidocznia się to i na błonie bębenkowej, której kontury stają się widoczniejsze, obrzmienie mniejsze, rękojeść młotka wyraźniejszą. Błona bębenkowa pokrywa się naskórkiem, wygładza, nabiera blasku i wyrazistości, ostrokrąg świetlny uwidocznia się, przedziurawienie ulega zablźnieniu. Ten jest przebieg normalny wyglądu błony bębenkowej przy prawidłowym przebiegu ostrych, ropnych zapaleń ucha, średniego. Bywają jednak nieprawidłowości w przebiegu tych zapaleń i o jednej z nich chciałbym powiedzieć słów kilka. Zdarzały mi się przypadki, w których po ustąpieniu pierwszych objawów ostrego zapalenia ucha średniego i nastąpieniem przedziurawienia błony bębenkowej, lub też bez przedziurawienia, właściwa warstwa skórna błony, po złuszczeniu się naskórka, ulegała na całej

blonie bębenkowej ziarninowemu rozrostowi. Przy badaniu ucha błona taka wydaje się jakby polip, wychodzący z ucha średniego. Jest ona ciemno-czerwona, łatwo krwawi przy dotknięciu zgłębnikiem i przedstawia się jak dojrziała malina. Przypominam sobie 2 pierwsze przypadki, spostrzegane przed kilku laty, które wzięte były przez lekarzy za polipy i u jednego chorego proponowano nawet operację.

Pierwszy przypadek dotyczy inżyniera S., lat 48 liczącego, który, zajęty przy budowie drogi Iwangrodzko-Dąbrowskiej, uległ ostremu zapaleniu lewego średniego ucha i zgłosił się do mnie po trzech tygodniach choroby z powodu jakoby polipa w uchu. Przy badaniu znalazłem: błonę bębenkową polipowato rozrosłą, łatwo krwawiącą, przedziurawioną w tylną-dolną część. Pacjent na chore ucho zegarka nie słyszy przez powietrze, słyszy przez kości. Mówi cicho nie słyszy przy uchu, głośno w odległości 2-ech metrów. Kamerton C. słyszy lepiej przez kości w chorem uchu. *Rinne* +. Przewód słuchowy zewnętrzny lekko od góry obrzmiały. Wydzielina z ucha obfita, śluzowo-ropna. Wyrostek sutkowy lewy niebolesny i nieobrzmiały. Chory ważniejszych chorób nie przechodził. Stan ogólny dobry. Po dwóch tygodniach leczenia wlewaniem roztworu kwasu borskiego i tuszowaniem mocnym roztworem *Arg. nitrico* rozrosłej błony bębenkowej za pomocą waty, nawiniętej na zgłębnik, stan chorego nie uległ poprawie; owszem wystąpiła bolesność lewego wyrostka sutkowego, zawroty głowy i lekki stan gorączkowy. Zastosowałem przemywanie ucha średniego przez kateter i elastyczną rurkę (*Paukenröhrchen*), do przemywań stosowaną, przy użyciu gorącego 1% roztworu soli kuchennej i kwasu borskiego. Już po kilku przemywaniach stan chorego ucha poprawił się, wydzielina uległa zmniejszeniu i stała się gęstszą, błona bębenkowa stopniowo zmieniała swój wygląd i po kilku tygodniach nastąpiło zbliżenie błony bębenkowej. Pozostało tylko nieznaczne jej zgrubienie, zwłaszcza w tylnym odcinku, i słupienie słuchu na mowę cichą, którą chory słyszał na kilka centymetrów od ucha, oraz z g a r e k, który przy samem uchu był słyszany. Również długi czas, gdyż jeszcze po roku, był ciągły szum w lewym uchu.

W drugim przypadku, leczonym w Wiedniu, gdzie jakiś lekarz *minorum gentium* proponował choremu operację, spostrzegałem również po ostrem, ropnem zapaleniu ucha średniego znaczny rozrost błony bębenkowej.

Chory, lat 42 liczący, urzędnik, zachorował na lewe ucho w roku 1887 w miesiącu Listopadzie. Po dłuższym leczeniu w Wiedniu zgłosił się do mnie w Styczniu 1888 r. Przed kilku laty chory przebył syfilis i leczył się przez czas dłuższy, tak, że obecnie oprócz skłonności do zapaleń gardła, nie ma żadnych objawów przymiotowych. Ucho lewe wydziela bardzo obficie śluz - ropny wysięk. Błona bębenkowa rozpulchniona wystaje do przewodu słuchowego zewnętrznego, krwawi przy dotknięciu zgłębnikiem; przedziurawienie przednio-dolne. Słuch: mowę cichą słyszy chory przy uchu, zegarek bardzo słabo przy uchu, kamerton C. lepiej słyszy w chorem uchu. *Rinne* +. Leczenie trwało około 3-ech miesięcy i różne stosowane środki nie pomagały; dopiero zastosowanie gorących przemywań przez kateter roztworu 1% kwasu borskiego doprowadziło do wyleczenia i zbliżenia błony bębenkowej. Słuch uległ znacznej poprawie. Mowę cichą chory słyszał w odległości 6 metr., z g a r e k około metra od ucha.

Trzeci przypadek spostrzegałem w końcu roku zeszłego u dziewczynki, 7 lat liczącej, która przebyła ostre, kataralne zapalenie ucha średniego lewego z dosyć gwałtownymi objawami początkowymi. Objawy te po kilku dniach przycichły, lecz błona bębenkowa zaczęła się nanowo rozrastać.

Dziewczynka skrofuliczna przebyła przed paru miesiącami błonicowe zapalenie gardzieli. Migdałki podniebienne powiększone, również i rozrost tkanki adenoidalnej na stropie gardzieli. Z ucha wydziela się bardzo mała ilość surowiczego płynu. Przy badaniu ucha uderza, już przy

nieznacznem wsunięciu wziernika usznego w przewód słuchowy zewnętrzny, rozrost błony bębenkowej w postaci wystającego, nierównego guzika, jakby posiekanego, co się daje zgłębnikiem wykazać. Guzik ten krwawi nieco przy dotknięciu, jest mało bolesny i nieruchomy. Słuch: z e g a r k a chora nie słyszy przy uchu; mowę głośną pół metra od ucha; kamertonem nie można dokładnie zbadać. Chorą leczyłem przez dwa miesiące i pomimo zastosowania na zmienioną błonę bębenkową: *liq. ferri sesquichloreți, arg. nitrici*, częściowych nacięć błony, aby pobudzić zmienione tkanki do wessania, nie otrzymywałem pożądanego rezultatu. W połowie Grudnia roku zeszłego zaleciłem 5% wlewania roztworu borno-spirytusowe do zajętego ucha, i odtąd chorej przez czas dłuższy nie widziałem. Dowiedziałem się tylko od matki w kilka tygodni potem, że chora zupełnie się na ucho nie skarży, że wycieku nie ma i że słuch wrócił do stanu prawidłowego. Dopiero w dniu 26 Kwietnia b. r. miałem sposobność zbadać chore ucho i przekonałem się, że błona bębenkowa była mocno wciągnięta. zmętniała i miejscami przedstawiała nierówności w postaci ograniczonych zgrubień. Słuch był na to ucho nieco osłabiony. Z e g a r e k chora słyszała przy uchu, mowę cichą 1 metr od ucha.

W czwartym przypadku u p. W., lat 50 liczącego, wystąpiło śluzo-ropne zapalenie lewego ucha średniego, po operacji usunięcia polipów z jam nosowych. Chory był już dawniej kilkakrotnie przezemnie operowany z powodu licznych polipów w jamach nosowych. Jamy noso-gardzielowe były skutkiem tego kataralnie zmienione, ich błona śluzowa obrzmiała, rozpułchniona i pokryta obfitą, dosyć lepką, śluzo - ropną wydzieliną. Chory przechodził dawniej w lewym uchu ropne zapalenie, które się jednak zakończyło zupełnem zabliznieniem przedziurawionej błony. Pozostało tylko zgrubienie błony i stopienie słuchu na lewe ucho.

Po ostatniej operacji w jamie nosowej, dokonanej w miesiącu Październiku r. z., wystąpiło w tydzień, przy niewielkich bólach w lewym uchu, śluzo-ropne zapalenie lewej jamy bębenkowej z przedziurawieniem błony w górno - tylnym, a następnie w dolno-tylnym odcinku błony. W kilka dni potem cała błona zaczęła bujać i przedstawiała się w postaci czerwono-strzępiastego tworu, łatwo krwawiącego przy dotykaniu zgłębnikiem. Wydzielina z ucha była obfita, rzadka, śluzo-ropna, bardzo mocno od czasu do czasu krwią zabarwiona.

Słuch: z e g a r k a chory nie słyszy przy uchu, słyszy przez kości czaszkowe. Mowy cichej niesłyszy przy uchu; mowę głośną 1 metr od ucha. K. słyszy lepiej w uchu lewem. *Rinne* +.

U chorego tego stosowałem przypalania zmienionej błony *liq. ferri sesquichloreți*. Większa część błony wróciła do stanu prawidłowego. W jednym tylko miejscu, t. j. w górno-tylnym odcinku błony, bujanie warstwy skórnej było tak znaczne, że wytworzył się mały polip, który musiałem usunąć pętlicą zimną. Chory znajduje się dotąd w mojem leczeniu [w końcu Kwietnia b. r.].

Oprócz tych rozlanych przerostów błony bębenkowej przy ostrych, ropnych zapaleniach ucha średniego, spotykałem dosyć często ograniczone, ziarninowe rozrosty błony bębenkowej. Te jednak nie odznaczają się niczem szczególnem i dosyć łatwo ulegają wyrównaniu.

Powikłanie to ostrych, ropnych zapaleń ucha średniego ziarninowym rozrostem błony bębenkowej zdarza się niezbyt często; ze względu jednak na pewne cechy odrębne od zapaleń zwykłych, ze względu na przebieg, rokowanie i leczenie, zasługuje na bliższą uwagę.

Wyróżnia się ono głównie, oprócz danych, uzyskanych przez bezpośrednie badanie ucha okiem i zgłębnikiem, wysiękiem najczęściej obfitym, śluzo-ropnym, dosyć często krwią zabarwionym, oraz swoją uporczywością trwania, gdyż przy najlepszym przebiegu kończy się zaledwie po kilku miesiącach. Rozpoznanie opierać będziemy na danych anamnestycznych i na badaniu zajętego ucha. Ważnem jest rozpoznanie różniczkowe od polipów usznych. Badanie zgłębnikiem daje nam pod tym względem dosyć pewne wskazówki. Przy polipach można wykryć zgłębnikiem punkt wyjścia polipa, odsunąć go z jednej lub drugiej strony, i badanie to nie jest zwykle zbyt bolesne dla chorego. Przy ziarninowym

rozroście błony bębenkowej guzik jest nieruchomy, szczególnie zwykle przylega do ścianek przewodu zewnętrznego, a dotykanie zmienionej błony zgłębnikiem wywołuje najczęściej dosyć silny ból u chorego.

Niezawsze jednak jednorazowe badanie jest wystarczającym i dlatego należy niekiedy nie spieszyć się z rozpoznaniem i postawić dyagnozę po powtór-
nem zbadaniu ucha.

Jakie mogą być przyczyny tych powikłań? We wszystkich spostrzeganych przezemnie przypadkach, wyjąwszy pierwszego, były nieprawidłowe warunki w jamie nosowej lub noso-gardzielowej [stany kataralne, rozrost tkanki adenoidalnej stropu gardzieli, polipy jamy nosowej]; sądzę więc, że zmiany te w częściach sąsiednich ucha stanowią w większości przypadków przyczynę podtrzymującą nieprawidłowy stan ucha średniego, a zwłaszcza błony bębenkowej.

Niedostateczna wentylacja ucha średniego, skutkiem obrzmienia błony śluzowej trąbki EUSTACHIJUSZA, skutkiem tego przekrwienie bierne w uchu średnim, przyczynia się i podtrzymuje stan patologiczny jamki i błony bębenkowej. Oprócz tego jedną z przyczyn mogą być zbyt długo stosowane ciepłe kąpielizmy na ucho chore, oraz użycie zbyt silnych wkraplań ściągających do ucha, mających na celu ograniczenie ropienia.

Ważnem jest niezmiernie opisane przez nas powikłanie ostrych, ropnych, zapaleń ucha średniego ze względu na rokowanie, tak co do czasu trwania choroby, jak i możliwych następstw dla ucha. Choroba jest upartą i długotrwałą: na to się chory musi przygotować. Choroba może pozostawić pewne niekorzystne zmiany w uchu i spowodować następce stępienie słuchu, o czem trzeba chorego uprzedzić.

W przebiegu tego cierpienia mogą się zdarzyć częściej, niż przy zwykłych zapaleniach, powikłania skutkiem zatrzymania się ropy w uchu średnim, jak to widzieliśmy w pierwszym naszym przypadku.

Co do leczenia, to w każdym przypadku należy indywidualizować i odpowiednio de wskazań stosować: przemywania ucha średniego przez kateter, tuszowania przerosłej błony *arg. nitrico*, *liq. ferri sesquichloreti*, lub lekkie dotknięcia rozpalonym galwanokauterem.

Rozumie się samo przez się, że należy jednocześnie odpowiednio leczyć zajęcie ucha średniego, jak również należy uwzględnić i leczyć zmiany w sąsiednich częściach, t. j.: gardzieli, nosie i t. p., oraz brać pod uwagę stan ogólny chorego. Streszczając, cośmy odnośnie tych powikłanych zapaleń ucha średniego powyżej powiedzieli, widzimy, że cechują się one:

- 1) uporczywością w przebiegu i niekorzystnymi następstwami co do słuchu po wyleczeniu,
- 2) możliwością łatwego zatrzymania się ropy w uchu średnim i następsem skutkiem tego zajęciem wyrostka sutkowego oraz podrażnieniem błędnika,
- 3) trudnością leczenia, gdyż często nie ustępują one przez czas dłuższy przy stosowaniu najrozmaitszych środków i sposobów leczniczych.

II. DWIEŚCIE PRZYPADKÓW TRACHEOTOMII

PRZY KRUPIE I DYFTERYCIE U DZIECI.

Opisał

Ludwik Krause.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 23].

Nie od rzeczy będzie zastanowić się nad tem, jak długo może trwać krup lub dyfteryt krtani bez wywołania duszności, t. j.: ile najwyżej przeżyć może dni między początkiem choroby i tracheotomią. Według SANNÉ'go i ARCHAMBAULT'a, najwyżej może przeżyć 11 dni. Na 393 przypadki tracheotomij SANNÉ wykonał trzy tracheotomije 9-go dnia, trzy 10-go dnia i jedną tylko 11-go dnia. U dzieci przezemnie operowanych nie udało mi się spostrzegać początku choroby, gdyż, jak wyżej zauważyłem, wszystkie przybyły w takim stanie, że tracheotomię musiałem wykonać natychmiast, w wyjątkowych tylko razach — 3-go dnia. Zawsze jednak starałem się dokładnie dowiedzieć, kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i stosownie do tego mogłem oznaczyć, w którym dniu choroby operacja wykonaną została.

Wynik był następujący:

Dzień choroby.	Liczba operacyj.	Umarło.	Procent śmierteln.
1	16	6	37,5
2	28	18	64,2
3	53	28	52,8
4	35	17	48,5
5	21	14	66,6
6	14	4	28,5
7	2	1	50,0
8	25	12	48,0
10	4	2	50,0
12	2	—	—

Powyższa tabliczka wskazuje, że między 2 i 4 dniem choroby przypada największa liczba tracheotomij [116 tracheotomij] i największa liczba śmierci [63]. Tylko 4 operacje zrobiono 10-go dnia choroby, zaś 12-go dnia choroby tylko 2. Wynik więc zgadza się prawie z wynikiem SANNÉ'go i ARCHAMBAULT'a. Można by przypuścić, że każdy krup, który trwa 11 dni [według SANNÉ'go i ARCHAMBAULT'a] lub 12, dni na zasadzie moich spostrzeżeń, skończy się pomyślnie, albo przynajmniej śmierć nie nastąpi wskutek zaduszenia. Jednakże GASSICOURT ¹⁾ na 479 tracheotomij zrobił jedną 18 dnia choroby, jedną 23 dnia, wreszcie jedną 43 dnia. Dwie ostatnie zakończyły się śmiercią, w pierwszym przypadku z powodu *broncho-pneumoniae*, w drugim z powodu *bronchitidis crouposae*. Są to jednak przypadki tak rzadkie, że można je zupełnie z rachuby wypuścić.

¹⁾ GASSICOURT, l. c.

Po operacyi i podczas leczenia następczego bardzo ważne ma znaczenie doglądanie chorego dziecka, szczególnie w nocy. Zwykle zaraz po operacyi ranę zewnętrzną szyi opatruję w ten sposób, że muślin jodoformowy podsuwam pod rurkę, na otwór zewnętrzny zaś rurki kładę muślin jodoformowy, umoczony w ciepłym roztworze kwasu karbolowego, aby dziecko nie oddechało bezpośrednio suchem powietrzem. Zwykłem kilkakrotnie zwracać uwagę dozorującej osoby przy dziecku, *resp.* felczera, aby muślin położył płasko na otworze zewnętrznym rurki, i aby wrazie pojawienia się cokolwiek cięższego oddechu przede wszystkim odkrył otwór rurki i przykrył go następnie świeżym muślinem. Zdarsza się bowiem, że wydzielina cokolwiek lepka przylepia muślin naokoło otworu rurki, podczas oddychania, a muślin zostaje wciągniętym wewnątrz otworu w kształcie korka, który otwór czasem dość szczelnie zatyka, przez co oddech staje się nadzwyczaj utrudnionym.

Rurkę wewnętrzną należy przynajmniej przez pierwsze kilka dni co pół godziny wyjąć, wyczyścić i należyście wymyć w roztworze kwasu karbolowego, a przy jej wprowadzeniu uważać znowu, aby zupełnie cała weszła w rurkę zewnętrzną i dała się koniecznie za pomocą haczyka do tej ostatniej przymocować. Jeżeli się to nie udaje, to znaczy, że naokoło otworu dolnego zebrał się śluz gęsty; wtedy należy wyjąć całą rurkę i wyczyścić ją. Takie nagromadzenie się śluzu wokoło dolnego otworu rurki może być przyczyną albo zwężenia tego otworu, z powodu czego dziecko ciężko oddecha, albo też w miarę większego zebrania się zupełnego zatkania rurki, a wówczas dziecko udusić się może. Podobnego rodzaju przypadek opisuje TRENDLENBURG ¹⁾.

Baczną powinno się zwracać uwagę na odżywianie dziecka po tracheotomii, wskutek tego nieodpowiedniem jest pędzlowanie gardła, zajętego nalotem dyfterytycznym. Dzieci takie z powodu bólu, jaki im ta manipulacja sprawia, niechętnie lub wcale pokarmu przyjmować nie chcą i z tego powodu jeszcze bardziej się osłabiają. Najzupełniej wystarcza przestrzyknąć gardło raz lub dwa razy dziennie roztworem chloranu potasu lub kwasu bornego dla oczyszczania ust od zmartwiałych tkanek. Natomiast inhalacje znakomitą oddają usługę przy następczem leczeniu krupu lub dyfterytu po tracheotomii. Używam zwykle jednocentowego roztworu kwasu mlecznego, wody wapiennej lub też jakiegoś innego płynu antyseptycznego. DROBNIK ²⁾ używa z dobrym skutkiem roztworu *liquoris aluminii acetici* 1 na 4 części wody. Płyn ten, jako kwaśny antyseptyk, hamuje dalszy rozwój bakterij dyfteryi, prócz tego posiada także własności ściągające. Zdaniem mojem, idzie więcej o to, aby dziecko oddechało powietrzem wilgotnem, niż o środek antyseptyczny, gdyż silnych antyseptyków używać nie można szczególnie u małych dzieci, ze względu na możliwość otrucia, słabe zaś środki niewiele pomagają. Inhalacje zwykle każę robić co pół godziny lub co godzina pierwszego dnia po operacyi, czasem częściej, jeżeli wydzielina przez

¹⁾ TRENDLENBURG. Die chirurgischen Erkrankungen und Operationen am Halse. Handbuch der Kinderkrankheiten. 1880.

²⁾ DROBNIK. Dwadzieścia tracheotomij wykonanych w jesieni 1890 r. i t. d.. Nowiny Lekarskie. 1891. Nr. 5 i 6.

rukę jest skąpa i błony krupowe z trudnością się oddzielają. W przeciwnym razie wystarcza co kilka godzin lub tylko 2 lub 3 razy dziennie. Najlepiej jest robić inhalacje w położeniu siedzącym dziecka, gdyż wtedy dziecko najłatwiej wyrzuca oddzielające się błony krupowe.

Błony te często okazują się w ranie zaraz po przecięciu tchawicy i przeszkadzają wprowadzeniu rurki. Należy wtedy czekać, póki dziecko z kaszlem błony nie wyrzuci, albo ją za pomocą szczypczyków wydobyć. Niekiedy zaczynają się błony wydzielać dopiero w kilka godzin po operacji, czasem zaś dopiero drugiego lub trzeciego dnia. Bywa także, że błony wcale się nie wydzielają; są to przypadki niepomyślnie się kończące: dzieci umierają zwykle drugiego dnia po operacji, czasem 3-go dnia, bardzo rzadko 4-go dnia. Wtedy przy sekcji znajdujemy oskrzela, czasem nawet najdrobniejsze oskrzeliki wysłane błonami krupowymi. JENNY ¹⁾ znalazł takie błony przy sekcji 11 razy na 214 przypadków, chociaż dzieci przy życiu wcale nie wyrzucały błon. Z samego wyglądu błon można nieraz z wielkim prawdopodobieństwem sądzić o zejściu po tracheotomii. Błony grube, suche w kształcie rurki, przedstawiające odlewy całej tchawicy, a nawet oskrzeli, zwykle niepomyślnie dają rokowanie. Błony takie z trudnością tylko oddzielają się, a jeżeli się oddzielają, to dzieci z powodu osłabienia nie są w stanie wyrzucać ich. Próbowałem nieraz wydobywać takie błony za pomocą szczypczyków, wyjąwszy przedtem rurkę; manipulacja ta w wyjątkowych tylko razach prowadziła do pożądanego rezultatu i to tylko wtedy, jeśli miałem do czynienia ze starszym już dzieckiem. Lepsze rokowania dają błony w wyglądzie śluzowego, wilgotne, łatwo się oddzielające, a jeszcze lepszem jest rokowanie, jeżeli błony okazują skłonność do rozpadu i w kształcie białej gęstej masy wydostają się z kaszlem na zewnątrz. Takie przypadki zwykle kończą się dobrze. Że w takich razach mamy do czynienia z rozpadem błon krupowych, a nie z silnym nieżytem, który także szczególnie u małych dzieci do tracheotomii doprowadzić może, miałem sposobność nieraz się przekonać. Zdarzało mi się niejednokrotnie, że po otworzeniu tchawicy błona pokazała się w ranie, lecz nie zdążyłem jej wyciągnąć i dlatego podczas ruchów oddechowych znów znikwała w głębi tchawicy; aby nie męczyć dziecka ciągłymi próbami wydobywania owej błony, wprowadzałem rurkę, licząc na to, że dziecko podczas kaszlu ją wyrzuci. Tymczasem błony takie ulegały rozpadowi i dziecko wyrzucało już tylko gęstą, białawą masę. W przypadkach spostrzeganych przezemnie wydzielały się błony zaraz po operacji u 40 operowanych, z tych umarło 27 [67,5%]. Nazajutrz dopiero po operacji, czasem zaś 3-go dnia wydzielały się błony, lub gęsta wydzielina, powstała wskutek rozpadu błon, u 119 operowanych, z tych umarło 34 [28,5%]. Takich przypadków, w których ani błony, ani żadna wydzielina się nie pokazywała, było 41. Wszystkie zakończyły się śmiercią.

Ciepłota ciała zwykle po operacji podnosi się do 39° C., czasem i wyżej, nieraz bardzo mało. W przypadkach pomyślnie przebiegających wysoka ciepłota trzyma się przez 2, najwyżej 3 dni, poczem opada do normy i tylko

¹⁾ JENNY. Zur Tracheotomie bei Diphtherie u. Croup. 1888.

wieczorami trzyma się na wysokości 38° lub 38,5° C.. W ciężkich przypadkach ciepłota zaraz po operacji podnosi się do 40° C. i wyżej i na tej wysokości trzyma się w ciągu kilku dni; w takich razach rzadko sprawa kończy się pomyślnie. Między moimi przypadkami było 114, w których ciepłota po operacji mało była podniesioną, a najwyższą była 38,5° C.. Z tych umarło 32 [28,0%]. Przypadków z ciepłotą 40° C. i wyższą było 76, z tych umarło 60 [78,9%].

O d d e c h wkrótce po operacji bywa spokojnym, dość głębokim, liczba oddechów dochodzi do 30, czasem do 40 na minutę i w przypadkach dobrze się kończących zaraz 3-go dnia rzadziej 4-go liczba oddechów spada niżej 30 [około 20—24 na minutę]. W ciężkich zaś przypadkach liczba oddechów dochodzi do 50, a niekiedy 60 i nawet wyżej na minutę. W takich razach zwykle spodziewać się należy jakiegoś powikłania ze strony płuc. Zdarza się nieraz, że oddech po operacji się poprawia, lecz pozostaje dość powierzchownym, sinica twarzy niezupełnie znika. Wskazuje to na zajęcie drobniejszych oskrzeli; w wyjątkowych tylko razach i u starszych dzieci można w takich przypadkach spodziewać się rezultatu pomyślnego, naturalnie jeśli zapas sił dziecka wystarcza do wyrzucania błon krupowych; w przeciwnym razie i u tych zejście bywa niepomyślnem.

T ę t n o niezawsze odpowiada natężeniu ciepłoty; nieraz nawet przy cieplocie 38° C. tętno bywa bardzo przyspieszone [120 na minutę]. Nie ma to wielkiego znaczenia przy innych niegroźnych objawach. Tętno bardzo przyspieszone i przytem nieregularne pozwala przypuszczać zejście niepomyślnie, chociaż i wtedy zależy ono od innych objawów.

Ś m i e r ć po operacji następuje zwykle 2-go lub 3-go, rzadziej 4-go dnia, gdy następuje później, to przyczyną śmierci zwykle bywa zakażenie lub jakieś powikłanie: zapalenie płuc, zapalenie nerek, bezwład podniebienia miękkiego. Zuane są i przypadki nagłej śmierci już w 2-im tygodniu po operacji, chociaż dzieci przez cały czas miały się dobrze i rurka już była usuniętą. Przy sekcji jako przyczynę śmierci znajdowano zwyrodnienie woskowate mięśnia sercowego (*wachstartige Degeneration*). ROSENBACH ¹⁾ szczepił kawałki takiego mięśnia w tchawcę królików i wywołał u nich krup.

Liczba przypadków śmierci według dnia po operacji w naszych przypadkach tak się przedstawia: podczas operacji 1-go dnia 8, 2-go — 22, 3-go — 21, 4-go — 8, 5-go — 2, 6-go — 4, 7-go — 8, 8-go — 1, 9-go — 2, 10-go — 2, 11-go — 1, 12-go — 1, 14-go — 1, 15-go — 4, 18-go — 2, 20-go — 1, 21-go — 1, 28-go — 1, 50-go — 1, i 1 po 4 miesiącach.

Największa więc liczba przypadków śmierci była 2-go i 3-go dnia po operacji [43 przypadki], następnie 1-go i 4-go dnia po operacji [16 przypadków]. Wyłączając 10 przypadków (*agonisantes*), które zakończyły się śmiercią podczas lub bezpośrednio po operacji, otrzymamy, że na 92 przypadki na pierwsze 4 dni przypada 59 przypadków zakończonych śmiercią z powodu krupu, zaś 33 tylko na inne dni z powodu zakażenia lub jakiegoś powikłania. JENNY ²⁾ na

¹⁾ Cytow. u TRENDLENBURG'a, l. c.

²⁾ JENNY, l. c.

119 przypadków śmierci po tracheotomii miał 74 przypadki śmierci w ciągu pierwszych 4 dni.

Jako powikłanie krup i dyfterytu najczęściej stosunkowo spostrzegać się daje z a p a l e n i e p ł u c, które, według BARTHEZ i BILLIET'a, BOUCHUT'a, tylko w formie *pneumoniae lobularis* się przedstawia. *Pneumonia lobaris* do nadzwyczajnych należy rzadkości [ARCHAMBAULT]; raz tylko spostrzegał taki przypadek PETER ¹⁾. Niektórzy autorowie, jak: SIMON i DOGIEL nie odróżniają obu tych form, a PICOT i D'ESPINE używają tylko wyrażenia *pneumonia* bez objaśnienia formy. GASSICOURT ¹⁾ miał sposobność wykonywać mnóstwo sekcji zmarłych dzieci i nigdy *pneumoniae lobaris* nie widział. Jednakże JENNY ²⁾ na 119 przypadków śmierci po tracheotomii skonstatował przy sekcji 12 razy *pneumoniam lobularem*, zaś 7 razy *pneumoniam lobarem crouposam* z jednej strony, a 3 razy z obu stron. Ze względu na zejście, wielkie ma znaczenie dzień, w którym występują objawy zapalenia płuc; im później po operacji ono występuje, tem szanse wyzdrowienia są większe. W trzech przypadkach, przez GASSICOURT'a spostrzeganych, zapalenie płuc wystąpiło: w jednym przypadku 5-go dnia po operacji, w jednym 6-go dnia, a w 3-im przypadku 7-go dnia. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Prawie zawsze zejście jest niepomyślnie, jeżeli objawy zapalenia płuc występują już w 24 l u b 48 g o d z i n po operacji. Być może, że w takich razach zapalenie płuc miało już miejsce i przed operacją, lecz nie zostało rozpoznaniem.

Na 102 przypadki śmierci po tracheotomii miałem sposobność 8 razy spostrzegać zapalenie płuc, 6 razy lewostronne, a 2 razy prawostronne.

W 2 przypadkach można było skonstatować zapalenie przed operacją.

U chłopca, mającego 4 i pół roku, zapalenie płuc z lewej strony [umarł 3-go dnia po operacji] i u dziewczynki 7-letniej z prawej strony [umarła w 2 dni po operacji]. Raz jeden lewostronne zapalenie płuc wystąpiło zaraz nazajutrz po operacji u 2-letniej dziewczynki, która 3-go dnia umarła.

W 2-ch przypadkach zapalenie płuc wystąpiło 3-go dnia po operacji, w obu przypadkach z lewej strony: u 5-kwartalnego dziecka, które 17 dnia po operacji zmarło, i u chłopca 3-letniego, który zmarł 6 dnia.

W 2-ch przypadkach skonstatowano zapalenie płuc 5 dnia po operacji: u chłopca 5-letniego lewostronne, [śmierć nastąpiła 17 dnia po operacji] i u chłopca 2-letniego prawostronne, śmierć 8 dnia po operacji.

W jednym przypadku wystąpiły objawy lewostronnego zapalenia płuc już w 5 dni po wyjęciu rurki.

Z powyższych przypadków widzimy, że częściej spostrzegać się daje lewostronne, niż prawostronne, zapalenie płuc [na 8 przypadków 6 było z lewej strony], i wszystkie przypadki bez względu na dzień, w którym objawy zapalenia płuc po operacji wystąpiły, zakończyły się śmiercią.

Z a p a l e n i e o p ł u c n e j, jako bardzo rzadkie powikłanie przy krupie, zdaniem prawie wszystkich autorów [PETER, ARCHAMBAULT i t. d.], występuje zwykle obok *broncho-pneumoniae*. GASSICOURT, zgadzając się na powyższe zdanie

¹⁾ Cyt. u GASSICOURT'a.

²⁾ GASSICOURT, l. c.

³⁾ JENNY, l. c.

w przeważnej liczbie przypadków, przypuszcza jednak, że zapalenie opłucnej może być w bezpośredniej zależności od dyfterytu, jak np. zapalenie nerek. Sposstrzegał on zapalenie opłucnej z lewej strony po tracheotomii z powodu dyfterytu już po usunięciu rurki, co miało miejsce w 6 dni po operacji; zapalenia płuc w tym przypadku nie było.

Następujący przypadek *pleuro-pneumoniae*, która wystąpiła jako powikłanie po tracheotomii z powodu dyfterytu, pozwolę sobie ze względu na ciężki przebieg nieco obszerniej opisać.

Dnia 21-go Listopada 1886 roku przywołano mnie do M. W., 5-letniego chłopca, cierpiącego od 3 dni na dyfteryt gardła i na chrypkę. Dziecko, mając trzy kwartały, przechodziło zapalenie płuc, a 2 lata temu chorowało na zapalenie opłucnej. Przy badaniu wspólnie z kolegami: HERTZEM, J. KRAMSZTYKIEM i DINTEM, okazało się: chłopak nieźle rozwinięty skarży się na ból gardła, kaszel suchy, zupełną chrypkę, duszność. Na migdałkach niewielki nalot dyfterytyczny. W płucach, oprócz rzężeń i świstów, nic nienormalnego zauważyć się nie daje. Tętno serca czyste, tętno nieźle rozwinięte, przyspieszone, 110 na minutę. Stan gorączkowy. Błón krupowych dotychczas z kaszlem nie wyrzucał. Objawy zwężenia krtani z każdą chwilą się powiększają, tak, iż w kilka godzin później zmuszony byłem przystąpić do tracheotomii, którą wykonałem pod chloroformem przy pomocy wyżej wymienionych kolegów. Zaraz po przecięciu tchawicy, z kaszlem chory wyrzucił 3 dość duże kawały błon krupowych. Po operacji oddech spokojny, dość głęboki; ciepłota wieczorem 37,9° C., tętno dobrze rozwinięte, przyspieszone.

Dnia 22. Ciepłota rano 38,5° C., wieczorem 38,9° C.. Dziecko noc przepędziło nieźle, bawi się i jest spokojne. Błony krupowe bardzo skąpo się oddzielają. Przy badaniu klatki piersiowej, wspólnie z kolegą J. KRAMSZTYKIEM, z którym przez cały czas choroby dziecko sprostregalem, znaleziono stępienie z tyłu z lewej strony w dolnej części. Oddech w tem miejscu słabszy, aniżeli w odpowiedniej części z prawej strony. W innych miejscach oddech zaostrozony, rzężeń mało.

Dnia 23. Ciepłota rano 38,5° C.. Wieczorem 39,9° C.. Tętno przyspieszone, 120 uderzeń na minutę. Noc dziecko przepędziło niedobrze. Wydzieliny z kaszlem bardzo mało. Oddech przyspieszony, 70 na minutę, tętno nieźle rozwinięte. Wydzielina krwawa. Odgłos opukowy z tyłu z lewej strony klatki piersiowej tępy, przy wypukiwaniu słyszeć oddech wyraźnie oskrzelowy w dolnej części płuca. Zmieniono rurkę tracheotomijną, na ranie pokazuje się nalot dyfterytyczny, skóra naokoło rany na dużej przestrzeni zaczerwieniona, obrzękła.

Dnia 26. Ciepłota rano 38,5° C., wieczorem 40° C.. Wydzielina więcej krwawa, gdzieniegdzie widać krew skrzepłą. Odgłos opukowy tępy rozszerza się od dołu VII żebra, oddech wyraźnie oskrzelowy, przyspieszony, 70 na minutę. Język obłożony, wilgotny. Rurkę zmieniono, nalot dyfterytyczny na ranie powiększa się. Zalecono: *excitantia*, *Elix. ac. Halleri* 33 na 33jj.

Dnia 27. Ciepłota 38,2° C., wieczorem 38,4° C. Wydzielina obfita, mniej krwią zabarwiona. Objawy fizyczne płuc te same.

Dnia 28. Ciepłota rano 37,8°, wieczorem 37,2°. Dziecko ma się lepiej. Wydzielina obfita, rdzawa. Odgłos opukowy klatki piersiowej jaśniejszy, oddech mniej przyspieszony, 55 oddechów na minutę. Tętno dobrze rozwinięte. Dziecko prosi o jedzenie. Rana pooperacyjna oczyszcza się. Zaczerwienienie skóry mniejsze. Ilość białka mniejsza.

Dniu 29. Ciepłota 37°, wieczorem 36,5°. Odgłos opukowy klatki piersiowej przytępiony, oddech nieokreślony. Wydzielina obfita, śluzowa, niezabarwiona. Stan ogólny dobry. Ilość białka nieznaczna. Odtąd dziecko ma się z każdym dniem lepiej. Odgłos opukowy i oddech wyjaśniają się. Ciepłota normalna, łaknienie dobre. Ilość moczu normalna, białka zaledwie ślady.

Dnia 3-go Grudnia usunąłem rurkę. Dziecko bez rurki oddecha dobrze; otwór z powodu zgorzeli tkanek, zajętych nalotem dyfterytycznym, znacznie się powiększył, rana czysta zupełnie, brzegi nieobrzękle. Z każdym dniem otwór się zmniejsza, po 3 tygodniach nastąpiło zupełne zagojenie. Głos dziecka dobry, dzwięczny.

Raz jeden widziałem szkarlatynę u dwuletniego dziecka 4-go dnia po tracheotomii z powodu dyfterytu gardła i krtani. W 8 dni później dziecko zmarło.

Podobny przypadek spostrzegał JENNY ¹⁾ u dziecka, u którego wysypka szkarlatynowa pojawiła się 5-go dnia po operacji. Dziecko również zmarło.

W 2 przypadkach wystąpiła ośpa z ciężkim bardzo przebiegiem; oba przypadki zakończyły się śmiercią. Pierwszy przypadek dotyczył 3½-letniego chłopca, któremu z powodu krupu 8 dnia choroby zrobiłem tracheotomię. Przebieg choroby był pomyślny, tak, iż 9 dnia po operacji usunąłem rurkę i dziecko miało się dobrze. W 3 dni później dziecko dostało ospę i po 8 dniach zmarło.

Drugi przypadek dotyczył 3-letniej dziewczynki, której zrobiłem tracheotomię z powodu dyfterytu 5 dnia choroby. Przebieg choroby był dobry. Z powodu niemożności usunięcia rurki, pomimo kilkakrotnej próby, dziecko to zmuszonym było zostać przez dłuższy czas w szpitalu, mając się wogóle dobrze. W 5 tygodni po operacji dziecko zachorowało na ospę i w 6 dni potem zmarło.

W następujących 2 przypadkach wystąpiła odra, w jednym w kilka dni po operacji, w drugim przypadku przed operacją.

Pierwszy przypadek dotyczył 5 i pół rocznego dziecka, chorego od 2 dni na kaszel suchy i chrypkę. Na migdałkach niewielki nalot. Z powodu silnego zwężenia krtani 2-go dnia choroby w nocy przy pomocy kolegi CENTERSZWERA wykonałem tracheotomię pod chloroformem. Po operacji dziecko miało się dobrze. Ciepłota ranna w ciągu pierwszych 3 dni wahała się między 38,2° a 38,5° C., wieczorna zaś między 39° a 39,5°. W ciągu następnych 4 dni ciepłota ranna i wieczorna wahała się między 38° i 38,2° C.. W ciągu tych kilku dni dziecko wogóle miało się dobrze, w płucach, prócz nielicznych suchych rzężeń, nic nienormalnego, oddech spokojny, głęboki, tętno dobrze rozwinięte. 8 dnia po operacji pojawił się silny kaszel, ciepłota wieczorem podniosła się do 40° C., tętno przyspieszone — 120 na minutę. W płucach mnóstwo wilgotnych rzężeń; na twarzy niewyraźna wysypka. Na naradzie z kolegą J. KRAMSZTYKIEM skonstatowano, że mamy do czynienia z odrą. Wysypka nadzwyczaj obfita na całym ciele trzymała się przez 4 dni przy ciepłocie, dochodzącej rano do 39,2° C., a wieczorem do 40,5° C.. Od 5-go dnia wysypka znikła powoli, kaszel się zmniejszył, ciepłota spadła do 37,8° C.. 6-go dnia stan bezgorączkowy. 14-go dnia po operacji usunąłem rurkę.

Drugi przypadek dotyczył siedmiokwartalnego chłopca, chorego od 3 dni na odrę. 4-go dnia pojawił się suchy kaszel, chryпка, duszność, która wieczorem powiększyła się do tego stopnia, że tracheotomia okazała się nieodzowną. Wysypka nazajutrz po operacji znikła zupełnie. Przebieg choroby był wogóle pomyślny. 9 dnia po operacji usunąłem rurkę. Być może, że w tym przypadku objawy zwężenia krtani wywołane zostały ostrym obrzękiem błony śluzowej krtani, co przy odrze mogło mieć miejsce. Jednakże wydzielina po operacji dość obfita, gęsta, jaka się zwykle daje zauważyć z powodu rozpadu błon krupowych, każe przypuszczać, że najprawdopodobniej mieliśmy do czynienia z krupem o przebiegu łagodnym.

Różę twarzy spostrzegałem u 4-letniego dziecka chorego od 4 dni na krup. 5-go dnia wykonałem tracheotomię. Przez 8 dni dziecko gorączkowało, ciepłota wahała się między 39,2° a 39,5° C.. Dopiero 9 dnia spadła do 37,6° i na tej wysokości trzymała się przez następne dni. 13-go dnia po operacji usunąłem rurkę. Dziecko oddechało dobrze, otwór na szyi zmniejszał się powoli. W 6 dni po wyjęciu rurki ciepłota ciała podniosła się do 39,5° C., dziecko straciło łaknienie, język suchy obłożony, na twarzy ze strony lewej spostrzedz się dała róża, która szybko szerzyła się dalej i zajęła lewą połowę twarzy, czoło i część

¹⁾ JENNY l. c.

capillitii. Po 6 dniach ciepłota spadła do normy i stan ogólny i miejscowy zaczął się poprawiać. W kilka dni później dziecko wyzdrowiało zupełnie. Przypadek róży wędrującej po tracheotomii opisuje SANNÉ ¹⁾. [C. d. n.]

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

III. MOCZOPĘDNE DZIAŁANIE KALOMELU W CIERPIENIACH NEREK.

Podał

J. Skłodowski.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 23].

III. Żółt.. Wincenty, wyrobnik, lat 33, przybył do szpitala 22 Kwietnia 1891 r. Zachorował 8 dni temu. Na 2 dni przedtem był w łaźni i bezpośrednio po wyjściu z niej oblał ciało zimną wodą. Następnego dnia miał dreszcze i czuł się ogólnie rozstrojonym, bólów żadnych nie doznawał. Nazajutrz zauważył obrzęki początkowo na kończynach, później na twarzy. Wogóle obrzęki bardzo szybko rozprzestrzeniły się na całe ciało. W ciągu ostatnich lat dość często zapadał na kaszel. Zresztą czuł się ogólnie zdrowym. Mógł zawsze ciężko pracować, nie męcząc się. Obrzęków nigdy nie miał.

Budowa i odżywianie nie pozostawiają nic do życzenia. Na całym ciele obrzęków w stopniu umiarkowanym, największy na kończynach dolnych. W dolnych częściach płuc z tyłu nieco wilgotnych rżężeń. Granice tępości serca nie rozszerzone. *Ictus cordis* niewidoczny i niewyczuwalny. Tony czyste. Drugi ton aorty nieco wzmoconiony. Tętno rzadkie, twarde. Wątroba i śledziona prawidłowe. Trawienie prawidłowe.

Mocz skąpy, ciemno zabarwiony, zawiera białko. Osad wogóle nieobfity, a w nim nieznamna ilość wałeczków szklistych i czerwonych krążków krwi.

Data.	Ilość dobowego moczu.	Ciepłota ciała.	Białko pro milc.	Leczenie.	U W A G 1.
23. IV.		1022	3‰	<i>Aquilae albae</i> 0,2; <i>Laudani puri</i> 0,015 i proszek.	Żadnych objawów zatrucia. Działy w porządku. Rozwolnienia, ani bólei nie ma.
24	1100	1022	2½‰	<i>Kali chloric</i> do płukania. <i>ditto</i> 3 proszki	
25	800	1025	1½‰	i płukanie. <i>ditto</i> 3 proszki	
26	4000	1014	½‰	i płukanie. <i>ditto</i> 2 proszki	
27	4500	1010		i płukanie. <i>Dctum chinac</i>	
28	4000	—	ślady	płukanie. <i>Dctum chinac</i>	Jeszcze dość znaczne obrzęki.
29	2000	1017	½‰	<i>Cont.</i>	
30	2000	1016	—	"	
1 V.	1400	1020	—	"	
2	1500	1022	—	"	
3	2000	1020	ślady	"	Obrzęki znikły prawie bez śladu.
4	1800	1020		"	
					Obrzęków ani śladu.

Wychodzi, czując się zupełnie zdrowym i zdolnym do pracy.

¹⁾ Cyt. u TRENDLENBURG'a.

IV. Pal... Jerzy, druciarz, lat 25. Przybył na oddział 21 Sierpnia 1891 r.. Od 12 dni poczęły się rozwijać obrzęki, zajmując najpierw twarz, a potem inne części ciała. Zresztą nie doznawał, ani nie doznaje żadnych dolegliwości; ani osłabienia, ani żadnych bólów nie czuje. Pragnienie nieco zmniejszone; łaknienie dobre.

Dnia 22. VIII. Chory dobrej budowy i niezłego odżywiania. Skóra i błony śluzowe zabarwione prawidłowo. Cały tułów, kończyny, moszna bardzo silnie obrzękłe. Waga ciała 200 $\frac{3}{4}$ funta [utrzymuje, że w zeszłym roku ważył 165 funtów]. Granice płuc z tyłu prawidłowe, z przodu nieco podniesione. Na całej przestrzeni nieliczne rozsiane świsty i rżenia wilgotne. Górna granica tępości serca *in lin. stern. sin* pod III żeblem. *Ictus cordis* niewidoczny i niewyczuwalny leży w V międzyżebrowo na *linea mamm. sin.*, lub nieco na zewnątrz od niej. Prawa granica dość znacznie przechodzi za lewy brzeg mostka. Wogóle obszar tępości jest większy niż prawidłowo. Tętno u wierzchołka silne i nieco dzwiczne, drugi mocniejszy od pierwszego. U naczyń tętno słabsze; drugi ton aorty trochę dzwiczny i rozszepiony. Tętno 50, twarde. Brzuch niebardzo wielki. Przy pionowym ustawieniu chorego w dolnej części obszerna tępość, która jednak nie dosięga do pępka. Chełbotanie wskutek znacznego obrzęku skóry niewyraźne. Wątroba niepowiększona i niebolesna. Trawienie prawidłowe.

Mocz skąpy, nasycony. Osad niebardzo obfity zawiera znaczną ilość wałeczków szklistych i ziarnistych. Komórek wogóle niewiele, a te, co są, przeważnie w stanie stłuszczenia. Leżą one przeważnie pojedynczo, albo swobodnie, albo pokrywają wałeczki. Większych grup nie tworzą. Ciałek czerwonych nie spotyka się wcale.

Data.	Waga ciała funtów.	Ilość dobowego moczu.	Ciepota ciała.	Białka pro mille.	Leczenie.	U W A G I.
22. IX.	200 $\frac{3}{4}$	1000	1023	3‰	<i>Solutio acidi muriat.</i>	Dyjeta przeważnie mleczna.
23	200 $\frac{1}{4}$	1500	1015	—	<i>Cont.</i>	Barwa moczu nieco jaśniejsza.
24	199	2200	—	1‰	"	Obrzęki <i>in statu quo</i> .
25	193 $\frac{1}{2}$	3800	1012	—	"	—
26	193	2000	1019	—		Mocz błądy. Obrzęki nieco się zmniejszyły.
27	192 $\frac{1}{4}$	2300	1018	1‰		Barwa moczu ciemniejsza.
28	182 $\frac{1}{2}$	4100	1011	—	<i>Aquil. albae</i> 0,2; <i>laudani puri</i> 0,015; 3 proszki; płukanie <i>kali chloric.</i> i smarowanie <i>T-rae jodi ana cum. T-rae gallar. dito</i> 4 proszki płukanie i smarowanie.	—
29	172 $\frac{1}{2}$	5000	1010	—	Płukanie.	Od wczorajszego wieczora 3 wolne stolce bez bólesci. Żadnego pragnienia. Łaknienie zmniejszone.
30	169 $\frac{1}{2}$	2000	1018	—	—	Kilka wolnych stolców. Dział w porządku.
31	165	4000	1011	—	—	Tętno 78. Obrzęki prawie zupełnie znikły. Rozwolnienie ustało.
1 X.	—	1750	1015	—	Smarowanie dział.	Miał trochę pragnienia. Łaknienie lepsze, lekki ból dział.
2	161 $\frac{1}{2}$	1500	—	—	—	—
3	—	1100	1022	—	—	Lekka bolesność gruczołów podszczękowych i jednego zęba.
4	160 $\frac{1}{2}$	1200	—	—	—	—
5	—	—	1015	$\frac{1}{3}$ ‰	—	—
6	—	1100	1022	—	—	—

Dnia 7. X. Chory wypisał się, czując się zupełnie zdrowym i silnym. Obrzęki i *ascites* znikły doszczętnie, świsty także. Dział w stanie zupełnie dobrym.

Jakkolwiek w powyższym przypadku istniała wyraźna, samoistna dążność do obfitej dyjurezy, niemniej sędzę, że w dalszym przebiegu nie da się zaprzeczyć i moczopędny wpływ kalomelu. Wobec zaś owej wspomnianej samoistnej tendencji ujawnił się on tylko wcześniej, aniżeli zwykle.

V. Kłód... Łukasz, służący, lat 36, przybył do szpitala 13 Sierpnia 1891 r.. W przeciągu 2-eh lat ostatnich chory cierpiał często na bóle głowy i brak łaknienia; zresztą był zupełnie zdrow, obręzków nigdy nie miał. Przed trzema laty przechodził podobno kilka napadów zimnicy, trzęciaćki. Od 2-eh tygodni pojawiły się w okolicy nerek silne bóle, które odzyskują się niekiedy jeszcze i teraz, acz w znacznie łagodniejszym stopniu. Prawie jednocześnie z bólami wystąpiła też i lekka duszność.

Obręжки zauważył chory dopiero 3 dni temu. Szybko wzrastając, zajęły one kolejno brzuch, potem ręce i nogi i w końcu twarz.

Dnia 14. IX. Chory dobrej budowy i niezłego odżywiania. Nie gorączkuje. Tętno 45, twarde. Obręжки zajmują obecnie całe ciało, najsilniej kończyny dolne i tułów, natomiast twarz i górne kończyny są o wiele mniej spuchnięte. Moszua tylko nieznacznie obrzękła. W dolnych częściach płuc nieliczne rżenia wilgotne. Tępość serca nieco rozszerzona, szczególnie w wymiarze poprzecznym. Uderzenie wierzchołkowe niewidoczne i niewyczuwalne. Tętno czyste, dość silne. Drugi ton aorty nieco dźwięczny. Brzuch powiększony, w dolnej części tępość i wyraźne chełbotanie. Pragnienia nie ma. Łaknienie umiarkowane. Trawienie prawidłowe. Mocz skąpy, nasycony, zawiera białko. Osad nieobfity, lekki, zawiera dość liczne wałeczki szkliste i ziarniste, różnej wielkości. Prócz tego spotyka się w nim niewielkie, wielokątne, ziarniste komórki nabłonkowe i stłuszczone ciała ropne, które w części pokrywają wałeczki, a w części leżą swobodnie.

Data.	Waga ciała funtów.	Dobowa ilość moczu.	Ciepota włoś- ciwy.	Białka pro mille.	Leczenie.	U W A G I.
14. VIII.	178	—	—	—	<i>Dctum Chinae.</i>	—
15	—	600	1028	$\frac{3}{4}\%$	<i>Cont.</i>	—
16	185	1000	1028	—	<i>Cont.</i>	—
17	—	1100	1021	$\frac{1}{2}\%$	<i>Aquilae albae</i> 0,2 <i>Laudani puri</i> 0,015 3 proszki.	—
18	—	1500	1014	—	<i>Kali chloric</i> do płukania. Pędzlowanie <i>T-rae jodi</i> <i>c. T-rae gallar.</i> <i>ditto</i> 4 proszki.	2 stolce płynne bez boleści.
19	188 $\frac{1}{2}$	2500	1011	—	Płukanie i pędzlowanie. <i>ditto</i> 3 proszki.	3 płynne stolce. Obręжки <i>in statu quo</i> . Łaknienie umiarkowane. Zupełny brak pragnienia.
20	—	4500	1011	—	Płukanie i pędzlowanie.	Rozwolnienia nie ma. Lekka bolesność dżaszel.
21	169 $\frac{1}{2}$	5000	1009	—	<i>Cont.</i>	2 stolce wóplpłynne. Łaknienie niezłe. Pragnienia żadnego.
22	163 $\frac{3}{4}$	4800	1008	Zale- dwie ślady	<i>Cont.</i> 2 proszki <i>opii</i> po 0,015.	Obręжки znacznie mniejsze. Lekka bolesność dżaszel w okolicy ostatnich zębów. Słabe obręжки utrzymują się jeszcze na stopach i goleniach. Ogólnie czuje się bardzo dobrze. Jeszcze lekkie rozwolnienie. Ślinotoku nie ma. Lekka bolesność w okolicy ostatnich zębów. Jeden gruczoł limfatyczny podszczękowy trochę powiększony i bolesny. Łaknienie umiarkowane. Pragnienia żadnego.

Data.	Waga ciała funtów.	Ilość dobo- wa moczu.	Ciepłota ściwy.	Białko pro mille.	Leczenie.	U W A G I.
23.VIII.	158 1/2	4500	1009	—	Cont.	Rozwolnienie zupełnie ustało. Jeszcze lekki obrzęk stóp i go- leni. Wody chory wcale nie pije.
24	155	3700	1010	—	—	Nieznaczny obrzęk stóp i goleni jeszcze się utrzymuje. Działła już zupełnie niebolesne.
25	153	3500	1013	—	—	Ślady obrzęku na górnej po- wierzchni stóp.
26	153	2500	1016	—	—	Jeszcze ślad obrzęku na górnej powierzchni stóp.
27	152 1/2	3500	1013	—	—	Obrzęków ani śladu.
28	153	2500	—	ślady	Kąpiel ciepła.	—

Dnia 29 Sierpnia wychodzi ze szpitala, czując się zupełnie zdrowym i zdolnym do pracy.

VI. Bog... Józef, włościanin, lat 52, zapisał się do szpitala w Sterdyni 7 Listopada 1890 r. Z uprzedniego sprawozdania tamtejszego lekarza szpitalnego kol. TCHÓRZNICKIEGO czerpię następu-
jące dane: W chwili przybycia był już od 2 miesięcy chory. Znaczne obrzęki zajmowały podów-
czas cały tułów, kończyny dolne i górne, mosznę, powieki. Mocz skąpy, zawierał wielką ilość biał-
ka. Przy mlecznej dyjecie i jednoczesnem użyciu licznych środków napotnych, moczopędnych
i przeczyszczających obrzęki znacznie się zmniejszyły w przeciągu 42 dni pobytu chorego w szpi-
talu. Lecząc już po dniach 11-u obrzęki powróciły do znacznych rozmiarów i to skłoniło chorego
do powtórnego zapisania się do tegoż szpitala w Sterdyni. Przez 20 dni pobytu pomimo mlecznej
dyjety, parówek i licznych środków moczopędnych (*blatta orientalis*, *strophantus*) i wzmacniających
[żelazo, chinina] znaczniejszej poprawy nie udało się osiągnąć. Chory zniechęcony powrócił do
domu i zaczął się leczyć u znachorów. Po 2 miesiącach raz jeszcze zdecydował się udać do szpi-
tala i 3 Kwietnia 1891 r. wstąpił na nasz oddział.

Dnia 3. IV. Chory bardzo dobrej budowy i znacznie podupadłego odżywiania. Skóra blada
z wyjątkiem ogorzałej twarzy. Błony śluzowe niebardzo jeszcze blade. Stan bezgorączkowy.
Zapas sił dość znaczny. W lewej opłucnej nieznaczny przesięk. Zresztą ze strony płuc żadnych
objawów. Górna granica tępości serca *in lin. stern. sin.* pod IV żebrem. Prawa trochę zachodzi za
mostek. Uderzenie wierzchołkowe na linii sutkowej w V międzyżebżu. Tętno u wierzchołka
silne, 1-szy nieco rozdwojony; u podstawy trochę słabsze, czyste. Tętno 66, umiarkowanie twar-
de. Brzuch wypukły; w dolnej części stępienie i niejasne chęłbotanie. Wątroba, śledziona nie-
wyczuwalne. Trawienie prawidłowe. Łaknienie dobre. Mocz zawiera bardzo dużo białka. Osad
dość obfity. W nim liczne wałeczki szkliste i ziarniste, a także wiele ciałek ropnych i większych,
po kilka się układających, wielokątnych komórek nabłonkowych.

Data.	Ilość dobo- wa moczu.	Ciepłota ściwy.	Białko pro mille.	Leczenie.	U W A G I.
4. IV.	1500	1015			
5	500	1027	9	<i>Coffeini citrici</i> gr. 0,3 4 proszki dziennie.	
6	800	1023	9	Cont.	
7	1100	1023	7	"	
8	1200	1015		"	

Data.	Dobowa ilość moczu.	Ciepłota wła- ściwy.	Białka pro mille.	Leczenie.	U W A G I.
9. IV.	2000	1013	3 1/2	<i>Cont.</i>	—
10	3300	1011	2	"	—
11	3000	1011	—	"	—
12	4000	1010	1 1/2	"	—
13	4500	1010	2	"	Obrzęki znacznie mniejsze. Na twarzy, piersiach i rękach zupełnie znikły. Na goleniach jeszcze się utrzymują. Objętość brzucha znacznie mniejsza.
14	2500	1015	—	<i>Actum Cort. chinæ.</i>	—
15	1100	1021	7 1/2	<i>Cont.</i>	—
16	800	1025	7 1/2	"	—
17	1200	1021	7	"	—
18	2500	1012	6	"	Obrzęki były nieznaczne, ale zupełnie jeszcze nie znikły.
19	1400	1017	10	"	—
20	500	1031	12	"	—
21	600	1030	20	"	—
22	1000	1018	15	"	Obrzęki zaczynają wzrastać.
23	600	1028	15	<i>Coffeini citrici 0,3</i> <i>4 proszki dziennie.</i>	—
24	1000	1022	12	<i>Cont.</i>	—
25	1000	1026	16	"	—
26	1000	1028	—	"	—
27	600	1028	12	"	—
28	800	—	—	Odstawiona kofeina. Ciepłe kąpiele; dyjeta prawie wy- łącznie mleczna.	—
29	500	1025	8	<i>Cont.</i>	—
30	500	1028	6	"	—
1. V.	500	1030	6	"	—
2	600	1028	6	"	—
3	600	1028	6	"	—
4	600	1028	7	"	—
5	650	1028	7	"	—
6	500	1029	—	"	—
7	500	1032	10	"	—
8	800	1030	—	"	—
9	800	1026	6	"	—
10	800	—	5	"	Obrzęki powiększyły się dość znacznie, jakkolwiek nie doszły do pierwotnych rozmiarów.
11	1500	1016	3	"	—
12	2000	1011	2	"	—
13	1000	1018	3	"	—
14	2000	1012	1 1/2	"	—
15	600	1024	4	"	—
16	1200	1020	—	"	—
17	1750	1014	—	"	—
18	1000	1018	2	"	—
19	1400	1014	—	"	—
20	2800	1010	1 1/2	"	—
21	—	—	—	"	—
22	1010	1016	—	"	—
23	500	1028	6	"	—
24	500	1030	—	"	—
25	600	1028	5	"	—
26	800	1026	4	"	—

Data.	Dobowa ilość mocz.	Ciepota wła- ściwa.	Białka pro mille.	Le c z e n i e.	U W A G I.
27. V.	800	1026	4	<i>Aquilae albae</i> 0,2; <i>laudani puri</i> 0.015. 3 proszki.	Obrzęki dość znaczne. Brak snu, duszność.
28	800	1027	6	Płukanie i pędzlowanie. <i>dto</i> 4 proszki	—
29	1400	1015	3½	Płukanie i pędzlowanie. <i>dto</i> 3 proszki	Nie ma ani rozwolnienia, ani bólu dżią-
30	4500	1010	1½	Płukanie i pędzlowanie.	seł. Brak łaknienia, pragnienie żadne.
31	2300	1014	3½	—	—
1. VI.	2000	1014	5	<i>Dctum. cort. chinae</i> <i>Cont.</i>	Łaknienie powraca. Sen dobry. Stan ogólny znacznie lepszy.
2	1000	1023	10	—	Zaledwie ślady obrzęku na gołeniach.
3	600	1023	14	"	—
4	800	1025	—	"	—
5	1000	1023	—	"	—
6	2000	—	—	"	—
7	1500	—	—	"	—
8	1400	1014	5	<i>Tannini</i> 0,3 3 proszki dziennie.	Bardzo nieznaczny obrzęk tylko na gołeniach. Stan ogólny niezły. Łaknienie dobre. Chory wypija około 2 litrów mle-
9	1000	1022	5	<i>Cont.</i>	ka dziennie. Obok tego je zwykłe po-
10	—	—	—	"	trawy szpitalne.
11	1500	1015	4	"	—
12	2200	1012	3	"	—
13	1000	1020	5	"	—
14	2500	1010	3	"	—
15	2200	—	—	"	—
16	2020	1010	3	"	—
17	—	—	—	"	—
18	2000	1010	3	"	—
19	2000	1010	3	"	—
20	2400	1009	3	"	—
21	2300	1008	—	"	—
22	—	—	—	"	—
23	2000	—	—	"	—
24	1000	1818	—	"	—
25	1300	1017	2¾	"	—
26	1500	1014	2¾	"	—
27	1500	1014	—	"	—
28	750	1025	6	—	Obrzęki nieznaczne, tylko na gołeniach,
29	1700	—	—	<i>Aquil albae</i> 0,2; <i>laudani puri</i> 0.015. 1 proszek, płu- kanie <i>kalii chlorico</i> , pędzlo- wanie: <i>T-rae jodi c. T-rae</i> <i>gallar.</i>	ale chory czuje się wogóle gorzej. Złe sypia i nie ma łaknienia.
30	600	1024	6	<i>dto</i> 3 proszki płukanie i pędzlowanie.	Rozwolnienia, ani zajęcia dżiąseł nie ma
1	750	—	—	<i>dto</i> 3 proszki płukanie i pędzlowanie.	wcale. Chory bardzo mało je i prawie nie nie pije.
2	1000	—	3	<i>dto</i> 3 proszki płukanie i pędzlowanie.	—
3	2500	1012	2	Płukanie i pędzlowanie.	—
4	3000	1009	1½	—	Bardzo mało je i prawie nie nie pije.
5	2500	1010	—	—	Skarży się na nieprzyjemny smak w ustach. Sen lepszy.
6	2000	1012	—	—	Łaknienie powraca. Sen dobry. Chory czuje się o wiele lepiej. Obrzęków pra- wie ani śladu.

Data.	Dobowa ilość moczu.	CieŜar wła- ściwy.	Białka pro mille.	Leczenie.	U W A G I.
7. VII.	1300	1017	5	—	—
8	1500	1014	4	—	—
9	2000	1014	3	—	Po raz pierwszy nie ma ani śladu obrzę- ków. Chory czuje się ogólnie bardzo dobrze.
10	2250	1014	3	—	—
11	2500	1013	2	—	—
12	2600	1013	2	—	—
13	1700	1015	—	—	—
14	2000	—	—	—	—
15	2000	1017	—	—	Na goleniach pokazują się ślady obrzęku.
16	2000	1013	2	—	—
17	1300	1026	—	<i>Acid. muriat.</i>	Ogólny stan chorego gorszy. Od paru dni źle sypia. Obrzęki na goleniach trochę się powiększyły. Moc mętny, al- kaliczny, zawiera dużo węglanów i fos- foranów. Białka za pomocą przyrządu ESBACH'a określić nie można.
18	1000	1024	—	—	—
19	1000	—	—	<i>Aquil. albae</i> 0,2, <i>laudani</i> <i>puri</i> 0,015, 4 proszki, płukanie i pędzlowanie.	—
20	1000	1024	—	<i>Ido</i> 3 proszki płukanie i pędzlowanie.	Po wyżyciu 5 proszków w nocy nagle obfita dyjureza.
21	3500	1007	—	Płukanie i pędzlowanie.	Rozwolnienia nie było. Zajęcia dziaseł ani śladu, tylko pewien niesmak w ustach i brak łaknienia. Zupełny brak pra- gnienia.
22	3000	1010	—	—	Chory wciąż jeszcze czuje pewien nie- smak i nie ma łaknienia. Sen dobry.
23	2500	1014	—	<i>Acid. muriat.</i> 3j—5vj 4 łyżki dziennie.	Obrzęków prawie ani śladu.
24	1000	1020	—	<i>Cont.</i>	Łaknienie powraca.
25	1000	—	—	<i>Cont.</i>	Odczyn moczu kwaśny.
26	1000	1018	4 1/2	—	Obrzęków nie ma prawie wcale. Stan subiektywny bardzo dobry.
27	1100	1019	8	—	—
28	1500	1016	5	—	—
29	1700	1013	5	—	—
30	1800	1014	7	—	—
31	2000	1012	3 1/2	—	—
1. VIII.	1000	1018	5	—	—
2	1750	1016	3 3/4	—	—
3	2000	—	—	—	Obrzęków ani śladu. Sen i łaknienie dobre.

3. VIII. Chory wypisuje się na własne żądanie. Subiektywnie czuje się o wiele zdrowszym, aniżeli w chwili przybycia na nasz oddział i twierdzi, że od początku swojej choroby nigdy nie miał się tak dobrze, jak po każdej kuracji kalomelowej. Obecnie nie ma nigdzie ani śladu obrzęków. Nad dolną częścią lewego płuca i teraz nieznaczne stępienie i nieliczne rżenia wilgotne. Granice serca jak pierwaj. Tętno czyste. Tętno 80, rytmiczne, umiarkowanie wielkie i twarde. *Ascites* nie ma wcale. Trawienie, łaknienie i sen dobre.

Z późniejszego listu kol. TCHÓRZNICKIEGO dowiaduję się, że po powrocie chorego do domu, obrzęki wkrótce pojawiły się na nowo i jednocześnie stan ogólny znacznie się pogorszył. Za pomocą kalomelu raz jeszcze udało się otrzymać krótkotrwałą poprawę. Jednak już w parę miesięcy po opuszczeniu naszego oddziału chory zmarł przy objawach coraz większego wyniszczenia i upadku sił.

[C. d. n.].

NOTATKI LEKARSKIE.

8. Przypadek powtórnego zarażenia się syfilisem (*reinfectio syphilitica*).

Chociaż w literaturze lekarskiej istnieje dotąd więcej niż 100 przypadków powtórnego zarażenia się syfilisem, jednak dotychczas dużo lekarzy wątpi o możliwości reinfekcji przymiotem. Jako dowód niezbity i jasny powtórnego zarażenia się mogę przytoczyć przypadek, który miałem możność obserwować, kiedy byłem słuchaczem Kijowskiego Uniwersytetu, a następnie już jako lekarz praktykujący na prowincyi w Kijowskiej gubernii.

Do kliniki terapeutycznej prof. MERINGA w Kijowie w 1880 roku wstąpił słuchacz Kijowskiego Uniwersytetu, N., który opowiada, co następuje: Przed 6-iu tygodniami spółkował z publiczną kobietą. Na drugi dzień już spostrzegł na napletku zdarcie naskórka z zacerwienieniem, które chory traktował tylko zimną wodą. W kilka dni wrzodzik się zwiększył, przyczem nabrał twardej konsystencji. Wtedy chory udał się do lekarza, który skonstataował wrzód syfilityczny, przepisał zasypywanie proszkiem jodoformowym i zalecił wyczekiwać. W pięć tygodni — od czasu spółkowania — na piersiach i brzuchu zjawiła się różyczka syfilityczna, a wrzód pod wpływem jodoformu zagoił się, pozostawiając tylko stwardnienie. Wtedy chory wstąpił do kliniki, mając na piersiach i brzuchu różyczkę, miejscowe stwardnienie na napletku i powiększenie gruczołów chłonnych na szyi i w pachwinach. Chory przebywał w klinice 4 tygodnie, w ciągu których dokonano 18 wcierań szaruchy po 2 grm., a przytem co parę dni stosowano zwyczajną, ciepłą kąpiel. Różyczka znikła zupełnie. Chory wypisał się z kliniki, mając tylko stwardnienie i powiększone jeszcze gruczoły.

Od tego czasu żadnych objawów syfilisu nie miał. Przeciwnie, stwardnienie znikło, a gruczoły znacznie się zmniejszyły. Po wyjściu z kliniki chory nie odbywał żadnej dodatkowej kuracji. Trwało to tak do 1891 roku. Los chciał, że ten sam chory trafił pod moją obserwację drugi raz.

Mianowicie w Lipcu 1891 roku przybył on do mnie, prosząc o poradę. Przy badaniu znalazłem w rowku żołądźciowym kilka owrzodzeń, z których jedno miało charakterystyczne stwardnienie. Zjawiły się te owrzodzenia w dwa dni po spółkowaniu. Przepisałem obmywanie sublimatem 1:3000 i zasypywanie proszkiem jodoformowym, co spowodowało gojenie się jednych owrzodzeń, ale natomiast zjawiły się inne. Jedno tylko owrzodzenie ze stwardnieniem pozostawało w pierwotnym stanie. Taki stan trwał 4 tygodnie. W piątym tygodniu zjawiła się obfita różyczka na piersiach, brzuchu i na przedniej powierzchni przedramion, przytem zauważyłem ogólne powiększenie gruczołów chłonnych, a także zapalenie gardła (*angina*). Zaleciłem choremu wcierania szaruchy po 2 grm. codziennie, których chory zrobił w ciągu czterech tygodni 20, pauzując po każdym pięciu wcieraniach 2 lub 3 dni, a na owrzodzenia przepisałem plaster rtęciowy. Owrzodzenia zagoiły się, różyczka znikła. Podczas wcierań zjawiło się także na lewym migdałku owrzodzenie, które w tydzień znikło pod wpływem smarowania sublimatem 0,25 na 10,0 wody. Przez czas kuracji chory płukał jamę ustną roztworem chloranu potasu. Jako dodatkową kurację zaleciłem choremu jodek potasu 8,0 na 180,0 wody, którego chory wyżył 2 dawki. Następnie nie widziałem chorego przez cały miesiąc. Powtórnie zjawił się on znowu z różyczką syfilityczną nie tak wprawdzie obfita, zastrzegając, że z niektórych względów nie może stosować wcierań. Ponieważ nie mogły być zastosowane także i podskórne wstrzykiwania, więc zaleciłem choremu pigułki następującego składu: Rp. *Protojodureti hydrargyri*, *Opii puri* aa 1,0, *Extr. liquor. q. s. ut fiant pilulae* Nr. 60. S. 2—3 pigułki dziennie. W ciągu dwóch tygodni

różyczka znikła, lecz znowu się zjawiała w kilka miesięcy po wybraniu pigułek, które znowu powtórzono — z pomyślnym skutkiem. Po zniknięciu różyczki, straciłem chorego z obserwacji.

Przypadek ten dowodzi dobitnie możliwości powtórnego zarażenia się syfilisem. Brak wszelkich najmniejszych objawów syfilisu, oprócz nieznacznego powiększenia gruczołów chłonnych, między pierwszą kuracją a powtórnym zarażeniem się, daje prawo twierdzić, że ustroj naszego chorego po 1-ej kuracji uwolnił się zupełnie od zarazka syfilitycznego. Najwidoczniej siły ustroju danego chorego przy małej interwencji lekarskiej w pierwszym zachorowaniu zwalczyły w zarodku chorobę, bo przecież 18 wcierań szaruchy po 2 grm. nie można nazwać leczeniem energicznym. Porównyując przebieg choroby przy pierwszym i drugim zachorowaniu do czasu leczenia, widzimy zupełną analogię.

Zastosowanie jednej i tej samej metody leczenia jednak nie odniosło jednakowych skutków, gdyż przy drugim zachorowaniu nastąpiła recydywa, która zmusiła chorego do powtórnego leczenia się przetworami rtęci. Ta ostatnia okoliczność wskazuje, że odporność organizmu naszego chorego na przyjęcie zarazka syfilitycznego wskutek przebycia syfilisu ani trochę się nie spotęgowała, gdyż chory nasz uległ powtórnemu zarażeniu się, przyczem choroba dała dwie recydywy. Przebieg więc choroby przy powtórnym zarażeniu się był mniej łagodnym, niż przy pierwotnym, co stanowi wyjątek z ogólnej zasady.

Romuald Gorski [w Lipowcu].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

36. O t. zw. amnésie rétro-antérograde prawdopodobnie pochodzenia histerycznego. [Lekcja prof. CHARCOT'a z d. 22 Grudnia. 1891].

Zanim przystąpimy do rozbioru niniejszego przypadku, musimy w kilku słowach scharakteryzować przeszłość chorej, która stanowić będzie przedmiot dzisiejszej lekcji.

Pani D...., kobieta 34-letnia, była w dzieciństwie zawsze zdrową. Mając lat 20, wyszła za mąż i urodziła troje dzieci. Jako mężatka również cieszyła się jak najzupełniejszym zdrowiem; jedyne, co zasługuje na wspomnienie, to to, iż pani D... była bardzo wrażliwa i lękliwa, zwłaszcza obawiała się strasznie psów, szczurów i t. p.. W ciągu ostatnich trzech lat do bojaźni przyłączyła się domieszka obłądu prześladowczego: chora kilkakrotnie utrzymywała, że ją ukąsił szczur, że ją coś sparzyło i t. p..

Matka chorej była również bardzo wrażliwa i umarła od napadu apoplektycznego; ojciec był gwałtowny, pijak; siostra jest wysoce nerwową.

Po tym krótkim wstępie przejdziemy do właściwego przypadku.

D. 28 Sierpnia 1891 r. miało miejsce zdarzenie następujące: Było to około 4-ej po południu; chora tylko co wróciła od swej sąsiadki, gdy w tem do mieszkania jej wpadł jakiś człowiek, którego ona nie знаła, i krzyknął: „pani D...! Mąż pani umarł, zaraz go tu przyniosą, niech pani łóżko przygotuje“, poczem natychmiast znikł. Kobieta wpadła w szaloną rozpacz. Zbiegli się sąsiedzi, zaczynają ją pocieszać, gdy w tem jeden z obecnych pobiegł do stolarni jej męża i przekonał się, że wiadomość była fałszywą; albowiem pan D. żyje i jest zupełnie zdrów. Sprowadza go do domu, co widząc jedna z obecnych kobiet, zawołała: „oto on“ (*le voilà*). Nieszczęśliwa D., myśląc, że prowadzą jej męża, umarłego, wpadła w napad nerwowy: straciła przytomność, rzucała się, biła się, następnie zaczęła bredzić. Bredzenie trwało 14 godzin, poczem wpadła w letarg,

który trwał cały dzień. Następnie znów się powtórzyło bredzenie z przywideniami, co miało miejsce przez całe dwa dni. Wogóle napad nerwowy trwał od 28 do 31 Sierpnia.

Napad ten nie był niczem innym, jeno napadem historycznym. W przypuszczeniu tem utwierdzają nas nietylko opisane powyżej objawy, ale jeszcze objawy aury, o których mówi nam sama chora. Przed napadem właściwym miała bóle jajnikowe, odczuwała kulę, podnoszącą się do gardła, miała ból głowy, tętnienie w skroniach, uczucie duszenia się i t. p..

Przyszedłszy do siebie, chora znalazła się w stanie takim, w jakim ją widzimy obecnie. Cóż to jest za stan? Na pozór nie ma nic nieprawidłowego; czynności organiczne prawidłowe, władze umysłowe także w pierwszej chwili zdają się być w porządku. Dość jednak kilka minut porozmawiać z chorą, aby się przekonać, że mamy tu do czynienia z silnem i nader szczególnem zaburzeniem pamięci.

Przedewszystkiem zaznaczyć musimy, że chora uległa zboczeniu, które znane jest pod nazwą: *amnésie rétrograde* [amnezyja wsteczna]. Nie pamięta ona nic z tego, co się działo od 14 Lipca aż do napadu, czyli: że 6-cio-tygodniowa przestrzeń czasu całkowicie wypadła z jej pamięci. Wszystko, co się działo przedtem, przed 14 Lipca, chora jest w stanie przypomnieć sobie jak najdokładniej, z zadziwiającą nawet ścisłością; 14 jednak Lipca wszystko się urywa: mrok kompletny, najmniejszego wspomnienia. Nie pamięta ona również owego faktu otrzymania wiadomości o rzekomej śmierci męża, nie pamięta także swego napadu.

Ale to nie wszystko. Przyszedłszy do siebie, chora spostrzegала, że nietylko straciła pamięć 6-cio-tygodniowego przeciągu czasu, ale nadto, że nie jest w możności zapamiętania niczego, co się dzieje w chwili obecnej. Zaledwie na minutę zdolna jest zatrzymać w pamięci wrażenie; po chwili wszakże ginie ono, przepada bezpowrotnie dla chorej. Jest to amnezyja odnośnie do zdarzeń chwili obecnej, amnezyja aktualna, amnezyja, którą dla odróżnienia od powyżej opisaney CHARCOT proponuje nazywać: *amnésie antérograde*.

Zachodzi kwestyja: jak należy pojmować to dwojakie zakłócenie pamięci? Czy mamy tu do czynienia z organicznem destrukcyjnem cierpieniem, mózgu? Bynajmniej, zboczenie niniejsze jest zjawiskiem historycznem; do wniosku zaś upoważniają nas fakty następujące.

Przedewszystkiem amnezyja wystąpiła nagle i w dodatku po napadzie historycznym. Następnie, amnezyja ta nie jest absolutną: chora straciła jedynie świadomą pamięć, bezwiedną wszakże zachowała. Ona doskonale zatrzymuje w swej pamięci odbierane co chwila wrażenia, tylko nie posiada świadomych o nich wspomnień. Dowody na to następujące. We śnie chora częstokroć mówi o rzeczach, mających związek z jej życiem obecnem, z jej pobytem w szpitalu, o czem świadczą dwie jej sąsiadki, którym polecono pod tym względem obserwować chorą. Mówiąc przez sen, wymienia rozmaite nazwiska, których nie pamiętała na jawie. A oto drugi dowód. Chora jest skłonna do snu hipnotycznego; otóż, jeżeli ją zahipnotyzować, to się okazuje, że z zadziwiającą dokładnością jest w stanie wówczas przypomnieć sobie wszystko, co się działo od 14 Lipca do chwili napadu, fakty, które poprzedziły napad, sam napad, wreszcie zdarzenia tyczące się chwili obecnej.

Z faktów tych mamy prawo wyciągnąć wniosek, że amnezyja niniejsza nie jest amnezyją destrukcyjną, ale historyczną, dynamiczną. Brak pamięci odnośnie do faktów aktualnych chora sobie wynagradza w rozmaity sposób: albo sobie notuje ważniejsze rzeczy w notesie, który ciągle nosi przy sobie, albo ułatwia sobie wspomnienie rozumowaniem. Gdy jej się np. spytać: „czy jadła śniadanie“, odpowiada: „musiałam jeść, bo nie jestem głodna“. Rozumuje w ten sposób na każdym kroku.

Co do istoty klinicznej stanu, w jakim się znajduje chora, to CHARCOT uważa go za odmianę oryginalną i nieznaną dotąd trzeciej fazy napadu wielkiej histeryi. Wiadomo, iż faza ta może dawać rozmaite modyfikacje: sen histeryczny, somnambulizm histeryczny, wigilambulizm — są to wszystko transformacje trzeciej fazy napadu histeryi. Zgodnie z tem CHARCOT przypuszcza, iż stan patologiczny chorej nie jest niczem innym, jak tylko transformacją tej fazy pod postacią długotrwałej amnezyi.

Na zakończenie powiemy, iż już dawniej w literaturze notowano przypadki *amnésie antérograde*; odnośne przykłady znajdujemy u MOTET'a (*Union médic.* 1879), RIBOT'a (*Revue philosophique.* 1880) i KAEMPFEN'a (*Bul. de l'Académie de méd.* 1885).

A. Wizel.

Wiadomości bieżące.

- W Warszawie zawiązało się Towarzystwo zwolenników homeopatii.
- Między 5—8 Lipca r. b. obchodzoną będzie rocznica 300-letniego istnienia uniwersytetu w Dublinie.
- Podczas wystawy wszechświatowej w Chicago odbędzie się tam międzynarodowy kongres dentystów.
- XXII zebranie Towarzystwa Oftalmologicznego odbędzie się między 8—10 Sierpnia r. b. w Heidelbergu.
- Grono chemików i lekarzy wydało odezwę o nadsyłaniu składek na wybudowanie pomnika dla EILHARDA MITSCHERLICH'a, jaki zamyślają temu znakomitemu chemikowi wystawić w Berlinie [gdzie przez lat 40 był profesorem] w dniu 7 Stycznia 1894 r., w 100-letnią rocznicę jego urodzin.
- Między podręcznikami higieny, jakich znaczna liczba pojawiła się w ostatnich latach, wyróżnia się świeżo wydane „*Leitfaden der Hygiene*“ D-ra GÄRTNER'a, profesora higieny i dyrektora Instytutu higienicznego w Jenie. Z powodu iż w zwięzłej formie [stron 315] obznajmia z całością higieny, może dzieło to służyć za wyborny podręcznik dla studentów. Aby dać pojęcie o całości, przytaczamy spis działów, jakie G. uwzględnił w swym podręczniku: *Atmosphäre, Wasser, Boden, Ernährung und Nahrungsmittel, Wohnungen und Städtcoulagen, Wärmeregulierung, Entfernung der Abfallstoffe, Leichenwesen, Schul-Hygiene, Gewerbe-Hygiene, Infectiouskrankheiten*. Cena dzieła, które ozdobione jest 106 drzeworytami, wynosi 6 marek.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-e półrocze r. b., tych zaś Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Sprostowanie. W N-rze 23 Gaz. Lek. na str. 498 w wierszu 6-ym od dołu zamiast: dzieci wyzdrowiałych, powinno być: dzieci wyzdrowiałe; na str. 506 w drugim wierszu tytułu, zamiast: zejściem pomyślnym, powinno być: zejściem pomyślnem; na str. 511 w wierszu 14 od dołu, zamiast: Stan bezgorączkowy nie stanowi przeciwwskazania, powinno być: Stan gorączkowy nie stanowi przeciwwskazania.

NOWE MIASTO nad Pilicą

(gub. Piotrkowska pow. Rawski).

ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY

Gruntownie odnowiony, ulepszony, udogodniony i znacznie powiększony, cały rok otwarty.

Racjonalna hydroterapia, ścisły internat i eksternat. Kąpiele rzeczne, Elektryczność. Masaż, Gimnastyka. Wszelkie wody mineralne, Mleko, Kumys, Kefir, Serwatki, Dyjetetyczne żywienie.

Piękne i rozległe spacerory w ogrodach zakładowych własnym mostem przez Pilicę połączonych, z wielkimi lasami, dobra orkiestra. Letnie mieszkania. Telegraf na miejscu. Poczta codzienna, komunikacja osobowa przez Opoczno stacją dr. żel. Iwangr.-Dąbrowskiej.

Blizsze objaśnienia w Warszawie, w aptece H. Kucharzewskiego.

Miodowa 4, lub na miejscu w zarządzie zakładu.

GŁÓWNY LEKARZ

10—3

J. Bieliński.

OKULARY, BINOKLE

najcelniejszych fabryk i w najnowszych fasonach, Lornetki, Termometry wszelkiego rodzaju, Irygatory, Inhalatory suspensorja, Bandaże rupturowe, Woreczki higieniczne, Gąbki ochronne oraz wszelkie Narzędzia optyczno-chirurgiczne poleca „najtaniej“ optyk **JULIAN DREHER**, Szpitalna N. 6. Biednym według uznania WWPP. Doktorów po cenie kosztu. Przyjmuje wszelkie reperacje.

15—3

J. RUTKOWSKI

Apteka i Pracownia Chemiczno-farmaceutyczna

w Warszawie, ulica Długa Nr. 16. Telefon Nr. 155.

poleca:

Przetwory chemiczno-farmaceutyczne specyjalnie **Ekstrakty lecznicze** (*Extracta fluida, spissa et sicca*), wyrabiane przez perkolację i wyparowanie w próżni (*vacuum*).

Nowe środki lekarskie sprowadzane z pierwszych źródeł z chwilą pojawienia się w handlu.

Czyste przetwory chemiczne do celów analitycznych.

Barwniki Dra G. Grüblera w Lipsku do badań mikroskopowych.

Różne przyrządy pomocnicze do robót mikroskopowych, jako to: szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, miseczki, flaszki, igły, szpadle, pincety i t. p.

Wina lecznicze, przyrządzane na wyborowych gatunkach win francuzkich i hiszpańskich—własnego importu.

(dla aptek i szpitali ceny hurtowe).

26—8

LEXICO

naturalna woda mineralna w arsen i żelazo zasobna (rozbior prof. **Ludwika Bartha Wiedeń**). Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Wodę świeżego napełnienia sprzedaje się w aptekach pp. **Heinricha, H. Kucharzewskiego, L. Ziemińskiego i Suke. K. Lilpopa & E. Treutlera** w Warszawie.

10—7

Stacja kolei
MUSZYNA-KRYNICA
z Krakowa . 8 godzin
ze Lwowa . 12 „
z Budapesztu 12 „

C. K. ZAKŁAD ZDROJOWY

KRYNICA (w Galicyi)

najobfitsza SZCZAWA żelazista.

w miejscu:
pocztą 3 razy dziennie,
telegraf, apteka.

Położenie górskie w Karpatach 590 metrów nad pow. morza. Od stacji kolejowej godzina drogi, znakomicie utrzymane.

Środki lecznicze: Obok klimatycznych warunków, kąpiele mineralne, żelaziste, nader obfitujące w wolny kwas węglowy, ogrzewane metodą Schwarza (w r. 1891 wydano ich przeszło 34,500). Kąpiele borowinowe, parą ogrzewane (w roku 1891 wydano ich 12000). Dotychczasowa ilość gabinetów w łazienkach mineralnych została pomnożoną; połowa gabinetów w łazienkach borowinowych ogrzewa się parą, dalej, picie wód Krynickiej i Słotwińskiej, żentycy, kefiru,—gimnastyka w nowym na ten cel w parku urządzonym budynku i t. d.

Mieszkania: Przeszło 1500 pokoiów z większym i mniejszym komfortem umeblowanych, z pościelą i usługą, powiększej części zaopatrzonych w piece, „Hotel pod 3-ma różami“ i dom gościnny pod „Zamkiem“ służą do tymczasowego umieszczenia osób świeżo przybywających. W Maju, Czerwcu i Wrześniu ceny pomieszek jako też kąpiele są niższe.

Spacery: wielki park z drzew szpilkowych z wygodnymi ścieżkami, licznymi ławkami i miejscami do spoczynku i zabaw,—rozliczne bliższe i dalsze spacerowanie po równi i po górach, wycieczki w uroczą bliższą i dalszą okolicę.

Zaspokojenie potrzeb i rozrywki. Kilka restauracji, kilka mleczarni, 2 cukiernie, wspaniały dom zdrojowy z salami balowymi, restauracją, salą bilardową i dla gier, kregielnia, kasyno, 2 wypożyczalnie książek, teatr ze Lwowa, orkiestra zdrojowa A. Wrońskiego od 21 Maja, fotograf, sklepy i rękodzielnicy wszelkiego rodzaju z głównych miast przybywający i t. d. Prócz stale przez cały sezon ordynującego lekarza rządowego Dr Kopffa praktykuje 7-miu lekarzy.

Frekwencja roczna wynosi przeszło 4,500.

W samem zdrojowisku znajduje się według najnowszych zasad umiejętności urządzony: C. K. ZAKŁAD WODOLECZNICZY (hydropatyczny) pod kierunkiem specjalisty Dr. Ebersa (w r. 1891 wykonano 26,100 procedur hydropatycznych). Osoby, leczące się w c. k. Zakładzie wodoleczniczym mogą znaleźć pomieszczenie w prywatnym pensjonacie D-ra Ebersa, zastosowanym do potrzeb hydropatii.

Sezon otwarty od 15 Maja do końca Września. Na żądanie udziela wyjaśnień

6—3

C. K. ZAKŁAD ZDROJOWY W KRYNICY.

Oberbrunnen

Stosowane dla kuracji od r. 1601. Szczególnie skuteczne w cierpieniach narządów oddechowych i żołądka, przy żółtaczach, cierpieniach nerek i pęcherza, gośćcu, hemoroidach i moczowcach.

Wysyłka książących wód Mineralnych Ober-Salzbrunn Furbach & Striebold.

Składy we wszystkich aptekach i składach wód Mineralnych.

Kurort-Salzbrunn-Szląsk.

Sezon kuracyjny od 1 Maja do końca Września.

20 - 8

0—1

FENACETYNA BAYER'A

Proszek krystaliczny, błyszczący, koloru białego, bez smaku i zapachu, rozpuszczający się dość trudno w zimnej wodzie, łatwiej w wodzie ciepłej, a najłatwiej w alkoholu; jest środkiem zupełnie nieszkodliwym (Kast, Hinsberg, Koblner), niewywołującym ani potów, ani sinicy, ani upadku sił (Hoppe, Lepine, Dujardin-Beaumetz, Rumpf), silnie obniżającym ciepłotę ciała. Fenacetyna posiada znakomite ból kojące własności (*antineuralgicum*) i dlatego w tym ostatnim przypadku znalazła już, z powodu swej nieszkodliwości, olbrzymie zastosowanie przy bólach tabetycznych i gośćcowych (Guttman, Rumpf), bólach głowy, bólach newralgicznych i t. p. (Hoppe, Heusner, Dujardin-Beaumetz).

Jako środek przeciwgorączkowy używa się: dla dorosłych w dawce od 0,5—0,7; dla dzieci w dawce od 0,15—0,3. Jako środek ból kojący: dla dorosłych 1,0—1,5.