

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ: Rozprawy. O upuszcie krwi w chorobach serca. Napisał prof. dr. K. Rosé. (Ciąg dalszy).—Streszczenia i wyciągi. (15). O pleurotomii przeciwnigilnej. (Dokończenie). 26. O przejściowym obłądnie na tle neurastenii. 27. Wiesbaden i jego znaczenie jako miejsca leczniczego dla chorych ocznych. 28. O przejściowej afazji w tyfusie brzuszny.—Przegląd bibliograficzny. *Die Diarrhoe im ersten Kindesalter* v. dr. Maximilian HERZ.—Korespondencye „Medycyny.” Listy z Kijowa. (Dokończenie).—Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.—Ogłoszenia.

O upuszcie krwi w chorobach serca.

Napisał prof. dr. K. Rosé.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 3).

Wiadomo to powszechnie, że chorzy różnią się niezmiernie między sobą pod względem zapasu sił swoich i zasobności lub ubóstwa krwi. I inaczej być nie może. Jednych przecież napada zapalenie wśród zdrowia kwitnącego, w innych wynędzniałem ciele przyłącza się tylko do długiego szeregu poprzednich chorób i dolegliwości. U tamtych rozwija się zapalenie w warunkach prędkiemu jego zakończeniu sprzyjających, w tychtu spożywa odrazu resztki sił żywotnych i przełamuje do szczytu słabą i tak już oddawna odporność organizmu. Upust przeto, dla tamtych pożyteczny, dla tychtu byłby koniecznie środkiem przyspieszającym rozkład ostateczny.

Jakże te różnice w zachowywaniu się chorych przewidzieć i gdzie szukać miary na wielkość ich sił?

Zdaje się że ilość białka krwi i krążków zmniejszać się może i zwiększać aż do pewnego stopnia bez szkody wszelkiej dla organizmu. Oscylacye takie od maximum do minimum, odbywają się ustawicznie i niedostrzeżone, wśród najzupełniejszego zdrowia, a wielkość ich stanowiąca w znacznej części siłę odporności organizmu, służyć by nam mogła, gdyby w każdym przypadku łatwą była do ocenienia, za dokładną miarę tego co Niemcy szerokością zdrowia nazywają. Rozumie się, że im więcej zbliżałaby się w danym przypadku ilość zawartego we krwi białka do fizyologicznego maximum, tem łatwiej też zniósłby organizm upust nawet kilkakrotny i na odwrót. Nie mamy wprawdzie sposobu na dokładne ocenienie zasobności krwi, doświadczenie podaje nam jednak szacowne w tym względzie prawidła. Ludzie młodzi, silni, niewycieńczeni żadną poprzednią chorobą, ani też długiem trwaniem obecnej, z cerą świadczącą o obfitości barwnika w krwi, dotknięci zapaleniem, którego objawy, aczkolwiek gwałtowne, nieprzekraczają jednakże granic w obrębie których jeszcze nam do-

świadczenie powrotu do zdrowia spodziewać się dozwala, znoszą doskonale upust dokonany w celu uspokojenia podrażnionego organu. Im wyraźniejsze u takich chorych zjawiają się znaki utrudnionej cyrkulacji płucnej, im większą jest siność twarzy, mocniejszym zatchnieuie i gorączka, tem konieczniejszym stanie się upust, którego zapalenie samo przez się wcale nie wymaga.

Ale lubo upust u chorych takich, w samym zaraz początku choroby dokonany, żadnej budzić nie może obawy, owszem wyraźne często przynosi korzyści, to jednak z powtórzeniem w każdym razie niezmiernie ostrożnym być należy. Doświadczenie uczy, że powtórny prowadzi częstokroć do odmiennych całkiem rezultatów. Zamiast spodziewanej ulgi, przynosi owszem szkodę niekiedy widoczną; serce uderza wtedy coraz śpieszniej i słabiej, krążenie wolniej w prostym do szybkości, a w odwrotnym do dosadności ruchów sercowych stosunku, zjawiają się potem rozliczne zaburzenia innerwacji, wreszcie przychodzi do rozkładu krwi prowadzącego już nieodwołalnie do śmierci.

Tak smutne następstwa powtórnego upustu zdarzają się jednak nie zawsze. Są chorzy, którzy powtórny nawet upust znoszą doskonale, są i tacy, którym powtórny dopiero przynosi ulgę ostateczną. Zważywszy jednak, że to wyjąki nie częste, że w żadnym razie niepodobna nam przewidzieć, czy strata składników białka, spowodowana powtórnym upustem, niesprowadzi fatalnego rozkładu, którego potem niczem już usunąć niepodobna, sędzę, że powtórnym upustów, nawet u ludzi na pozór silnych, unikać by należało i robić je chyba w tych ciężkich tylko przypadkach, gdzie po chwilowej a widocznej uldze, spowodowanej pierwszym upustem, nagle znowu i z wielką siłą wystąpiły na jaw znaki utrudnionej cyrkulacji. Powtórnym upustów może już i dla tego unikać by należało, że zbyt częste znowu, a wszelką potrzebę przechodzące uspokojenie serca, przypuściwszy, żeby się powtórnym upustem osiągnąć dało, zagraża ze swej strony innego rodzaju niebezpieczeństwem. Zwolnienie bowiem prądu, usposabiające krew do krzepnięcia, sprzyja tworzeniu się osadów włókniaka na szorstkiej, bo w stanie zapalnym będącej błonie wewnętrznej serca, prowadząc tym sposobem do najzgubniejszych dla chorego następstw.

W zapaleniu serca u osób wyniszczonych, bezkrwistych, lub złożonych inną jaką, ciężką, a zwłaszcza też nieuleczalną chorobą, powinniśmy upustu, nieprzynoszącego wtedy chwilowej nawet korzyści, wyrzec się zupełnie. Tak wątpliwe jednakże bywają w niektórych przypadkach skazówki mające świadczyć o zasobności krwi chorego, tak trudnym częstokroć wyrok w tej mierze stanowczy, że lekarze, parci widokiem grożącego zbliżka niebezpieczeństwa, nieraz uciekają się do prób. Puszczają w wątpliwych takich przypadkach na próbę małe ilości krwi, w zamiarze przekonania się jak chory większą przeniesie utratę. Zdaniem mojem upust mały, bez szkody zrobiony, nie dowodzi wcale jeszcze, że większy korzyści przyniesie. Lepszą może rękojmią podało by nam w tej mierze staranne zbadanie wytoczonej odrobiny, gdyby to w ogóle łatwem było i mniej-

szych wymagało zachodów. Rezultat chemicznego i mikroskopijnego badania lepiej by zapewne stanowił o potrzebie lub niewłaściwości upustu, niż wszelkie inne skazówki. Jak na teraz, usuwa upust mały wtedy tylko stanowczo wątpliwości nasze, kiedy widocznie zaszkodził, a chorzy tak wrażliwi na drobne nawet utraty krwi, przedstawiają zazwyczaj dość znaków ostrzegających nas wyraźnie, że w ogóle upustu robić im nie należy.

Takie są tedy wskazania do upustu krwi w ostrych zapaleniach serca.

Streszczając się powtarzam:

1) W ogólności wywiera upust wpływ korzystny na przebieg choroby tylko w nieczęstych przypadkach zapalenia miejscowej czysto istoty, w innych przynosi on pomoc bardzo wątpliwą, a w najlepszym razie tylko pośrednią i nader powolną.

2) Pora najstosowniejsza do upustu w celu złamania zapalenia, mija z chwilą pojawienia się wysięku, niezdradzającego się, w początkach przynajmniej, żadnym objawem wyraźnym.

3) Kiedy więc z jednej strony, tak trudno schwycić chwilę najwłaściwszą dla upustu, a z drugiej tak rzadko zdarzają się zapalenia czysto miejscowej istoty, nienależałoby w ostrych zapaleniach serca, dla złamania zapalenia, wcale robić upustu, chyba że nas do tego inne naglają okoliczności.

4) Do nagłowniejszych okoliczności takich należą wyraźne znaki utrudnionej cyrkulacji płucnej i szybkie, a niedostateczne kurczenie się serca.

5) Wskazania powyższe podlegają jednak znacznym ograniczeniom. Stanowi w tej mierze przedewszystkiem stan sił chorego i zasobność jego krwi. U młodych i silnych, niebudzi upust żadnej zazwyczaj obawy. Nie należy go robić u chorych osłabionych, z krwią ubogą w białko i krążki czerwone.

6) Powtórnego upustu trzeba się wystrzegać i robić go chyba tylko ludziom bardzo silnym, jeżeli po znacznej uldze, pierwszym upustem spowodowanej, przypadłości poprzedniej odzyskają gwałtowność.

7) Drobne upusty, robione na próbę, albo nieprowadzą do żadnych wniosków stanowczych o właściwości upustu większego, albo też robione są chorem takim, u których z góry na zły skutek upustu rachować by można.

B. Choroby serca przewlekłe.

Choroby serca przewlekłe należą nieomal wszystkie do rzędu niedających się wyleczyć. Zmiany zastawek, zwężenia wylotów tętniczych, wszystkie cierpienia chroniczne mięsa sercowego, jak stłuszczenie, zmiękczenie, przerodzenie w tkankę łączną i t. p., nareszcie zarośnięcie osierdzia częściowe lub zupełne, wszystkie te zmiany, powtarzam, rozwijające się z zapalenia, bądź też niepostrzeżenie i powoli drogą nieprawidłowego odżywiania, zdają się być nieprzystępnymi zupełnie dla dzisiejszych naszych

środków lekarskich. Tym samym niepokonalnym oporem względem usiłowań naszych, odznaczają się także choroby serca nerwowe, objawiające się bądź to upadkiem innerwacyi (*subparalysis cordis*) bądź też niezwykłym jej wygórowaniem (*angina pectoris*). Doświadczenie uczy, że ilekroć cierpienie tych podstawą jest zmiana organiczna serca, niedająca się wyleczyć, nigdy usiłowania nasze spodziewanych nieprzyniosą owoców. Z chorób serca przewlekłych, pomijając choroby przymiotowe, jeden zapewne tylko wysięk osierdzia, pozostały po zapaleniu, a długiem trwaniem swoim zasługujący na nazwę choroby chronicznej, nie odbiera nam jeszcze wszelkiej nadziei powodzenia. On jeden tylko ustępuje jeszcze przed odpowiednią pomocą, zostawiając zbyt często jednakże groźnego po sobie następcę, zarosnięcie osierdzia.

Prawdę tę o trwałości wszelkich zmian organicznych serca i o bezskuteczności usiłowań naszych, uznano od niedawnego dopiero czasu. Teorye VALSALVY i ALBERTINIEGO, nauczające leczyć przerost postem i obfitami upustami, wymyślono w początkach ubiegłego stulecia, straciły na kredycie dopiero za naszej pamięci. Świeższe postępy anatomii patologicznej i bliższe obznajmienie się z mechanizmem krążenia i ruchów sercowych wykazały dopiero, ile w podobnych usiłowaniach mieściło się złudzeń i przewrotnych pojęć, jak niepodobnym do osiągnięcia, jak nawet mało pożądanym dla chorego był cel, który sobie autorowie teorii tych wytknęli. Ale smutne przekonanie o bezskuteczności wszelkich przeciwko chorobie samej podjętych usiłowań, nieodbiera jeszcze lekarzowi możności działania przeciwko rozlicznym jej następstwom. Na tem polu owszem przynosi sztuka lekarska niemałe, a rzetelne usługi. Nie mogąc stłumić choroby w samem jej ognisku, staje się jednak dla chorych źródłem pociechy i ratunku, umie łagodzić ich cierpienia, koić bólesci, krzepić odwagę i siły.

Nieprawidłowość funkcyi, idąca w ślad za zmianą ustrojową narzędzia, wyraża się w chorobach serca zmianą krążenia, głębokiem częstokroć zamieszaniem jego porządku. W tym kierunku objawia się cierpienie serca przedewszystkiem i w sposób najdotkliwszy dla chorego organizmu. To też na zmiany krążenia, ich warunki, ich rozliczne a zawsze szkodliwe następstwa, zwrócić głównie powinniśmy uwagę, chcąc w cierpieniach serca pomoc przynieść choremu skuteczną. Z tego też stanowiska wychodząc dzielą wszystkie zmiany organiczne serca na trzy wielkie oddziały.

Oddział I obejmuje zmiany niemające wpływu żadnego na krążenie. Do takich należą: przedziurawienie którejkolwiek z zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, zgrubienie wolnego brzegu zastawki dwudzielnej nieodbierające jej wcale możności szczelnego zawierania się, rozrzucone tu i owdzie na powierzchni osierdzia plamy ścięgniaste, nareszcie zgrubienie wsierdzia poniżej wylotów.

Oddział II obejmuje zmiany osłabiające prąd krwi.

a) przez nadanie mu niewłaściwego kierunku. Niedomykalność zastawek, lub nieprawidłowe przyszczepienie naczyń do serca:

b) przez zwiększenie przeszkód. Ścieśnienie któregoś bądź wylotu, skostnienie zastawek, szorstkości na przedsionkowej powierzchni zastawki dwudzielnej.

c) przez zmniejszenie dzielności serca. Zarośnięcie lub puchlina osierdzia, stłuszczenie mięsa sercowego lub jego przerodzenie w tkankę łączną.

Oddział III obejmuje zmiany zaradcze, kompensacyjne. Do takich należą przerost i rozdęcie. Zmiany te są zawsze następstwem zmian oddziału drugiego, albo też przeszkód cyrkulacyjnych, tkwiących nie w sercu, lecz gdzieś bądź indziej w przebiegu tętnic.

Pomijam tu zupełnie zmiany oddziałem I objęte, jako nie zakłócające wcale zdrowia, a tem samem i nie wymagające żadnej ze strony lekarza pomocy.

Zmiany oddziału drugiego mają to wspólne, że wszystkie bez wyjątku osłabiają prąd krwi znoszą konieczną dla zdrowia równowagę w napełnieniu tętnic i żył, zmniejszają ciśnienie hydrostatyczne w pierwszych, a podnoszą w drugich. Jeżeli w szkodliwym zmian tych na krążenie działaniu zachodzą jakiegokolwiek różnice, to chyba tylko pod względem natężenia; zależnego wyłącznie od wielkości zmiany. Różnic w kierunku i rodzaju działania niespotykamy tu nigdy.

Zmiany oddziału trzeciego, znoszące lub łagodzące przynajmniej szkodliwy wpływ poprzednich, dowód zachowawczych usiłowań organizmu, mogą być o tyle tylko przedmiotem leczenia, o ile zbyt dużym lub niedostatecznym rozwojem nieodpowiadają potrzebom organizmu, znajdując się w wyjątkowych bytu warunkach.

Nieporządki krążenia, wywołane zmianą organiczną serca należącą do oddziału drugiego, zdają się stanowczo upustu domagać, jako środka jedynie zdolnego usunąć powstałe nieprawidłowości i przywrócić naruszonemu porządek. Przecież upuszczając dostateczną ilość krwi z żył przepelniczonych, zmniejszamy natychmiast ich zawartość i przywracamy całemu układowi naczyniowemu prawidłowy stopień hydrostatycznego ciśnienia. Z tem wszystkim pomyślnie takie działanie upustu trwa krótką tylko chwilę, bo masa krwi w opróżnionych na razie naczyniach odradza i dopełnia się szybko, a mając to na uwadze i pamiętając, że dopełnieniu takiemu towarzyszy zawsze odpowiednie zubożenie, prowadzące w końcu do tych samych prawie opłakanych następstw, którym właśnie zapobiedz chcieliśmy upustem, tracimy od razu wszelkie doń zaufanie i uznamy go w zasadzie za środek, nie zdolny usunąć, w sposób trwały i stanowczy, wynikłych z wady sercowej nieporządków krążenia.

Czyż dla tego jednak w każdym razie i bezwarunkowo upustu wyrzec byśmy się mieli? Wcale nie. Groźne wad cyrkulacyjnych następstwa pojawiają się niekiedy tak nagle, stają się powodem tak dokuczliwych i tak niebezpiecznych przypadłości, że ta ulga natychmiastowa, chociaż tak przelotna, którą upust zazwyczaj przynosi, staje się ostatnim dla chorego ratunkiem. W takich razach wahać się nie wolno, a odstępować od zasady,

upust przepisać należy, bez względu na to, co stąd w przyszłości wyniknie, byle tylko chwilowe odwrócić niebezpieczeństwo. Względy na przyszłość ustąpić wtedy muszą przed stanowczym wymaganiem chwili, a *indicatio vitalis* stanowi w takich razach jedynie o postępowaniu lekarza.

Wyjątkowe takie, a naglące do upustu wskazania u cierpiących na serce, nastręczają nam się:

1) w napadach gwałtownego zaduszenia, pochodzącego wyraźnie z utrudnionej, skutkiem nagłego wzrostu przeszkody, cyrkulacji płucnej, będącego niekiedy objawem podrażnienia nerwowego, które z serca cały nerw błędny ogarnęło. Rozumie się, że wskazania tego niedostarczą nam zdarzające się u chorych sercowych zaduszenia, będące objawem materialnego cierpienia płuc, mocnego nieżytu oskrzeli, nagłego zalanania ich cieczą, obszernej splenizacji, wreszcie zatorów tętnicy płucnej lub nagłego wysięku opłucnej.

2) w przypadkach grożącego widocznie krwotoku mózgowego, lub mocnego, czynnego zarówno jak biernego przekrwienia mózgu. Diagnoza cierpień tych zwykła bywać niełatwą, bo często sprowadza bezkrwistość mózgu lub zalenie surowicą jego błon i komórek, takie same zupełnie objawy jak przekrwienie.

3) w przypadkach nagłej choroby Bright'a, wybuchającej z gwałtownością, przy obfitem krwawieniu moczowym, z bólami i gorączką.

4) w przypadkach obfitych niczem niedających się powstrzymać krwotoków płucnych lub macicznych, jeżeli przytem serce bije silnie, a tętno jest pełne i mocne.

(d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

(15). 0 pleurotomii przeciwnilnej (De la pleurotomie antiseptique avec un seul lavage par M. HACHE). (Dokończenie).

Jako przykład postępowania w przypadkach powikłanych może służyć spostrzeżenie WAGNERA interesujące pod każdym względem. Chory mężczyzna 44 letni, zdrow poprzednio, zapadł na zapalenie prawego płuca i opłucnej (4 Sierpnia), zapalenie płuc rozeszło się, lecz piątego dnia skostatowano znaczny wysięk. Ogólne objawy wskazywały na zebranie ropy, dwa pierwsze przekłęcia próbne dały surowicę, przy trzecim otrzymano gęstą ropę w 9 międzyżebżu; przy czwartym przekłóciu dokonanym wyżej, w kilka dni później otrzymano płyn surowiczy; był to więc wysięk dwuwarstwowy, lub dwukomorowy. Następnego dnia (9 Października) dokonano przecięcia w 9 międzyżebżu, na cztery palce od kręgosłupa, ropę wyszło około 1000 grm. zmieszanej ze skrzepami włóknikowymi i surowicą, palec wprowadzony do jamy wykrywa obecność złogów, które wydalone przez silne przemywanie. Opatrunek LISTERA po przestrzykaniu kwasem borowym (10%). Po dwóch dniach przy nowem przemyciu wyszły masy włóknika z zapachem gnilnym słabym. WAGNER wyciął kawałek 10 żebra (3 ctm.) wprowadził palec do rany i wydobyl część skrzepów. Po sześciu dniach masy włóknikowe wychodzić przestały, ropa była obfita, bez zapachu i palcem wyczuwano opłucną wolną od złogów. Ciepłota jednak dosięgała wieczorami do 40°; stan ogólny był zły, wszystko to dało się objaśnić w kilka dni później po wystąpieniu w okolicy pośladkowej guza chęłbo-

ącego, z którego po rozcięciu otrzymano 1500 grm. ropy cuchnącej; pалеc wprowadzony do rany dochodził do więcia kulszowego. Opatrunek LISTERA po przemyciu rozczytnem chlorku cynku (8%). Stan ogólny polepszył się szybko, dwa dreny usunięto 25 Listopada i 1 Grudnia, czyli w 41 po pleurotomii rany się zagoiły. Utworzenie się ropnia na pośladku objaśnił W. przez zatokę ropną w tkance komórkowej zaotrzewnowej, spowodowaną zranieniem przepony prawdopodobnie podczas resekcji żebradziiesiątego. Ostrożności ściśle antyseptyczne pozwalają uniknąć na pewno w przypadkach prostych gnilnego rozkładu wysięków opłucnej i pozwalają zwalczyć ten rozkład, jeżeli się już utworzył, a rozmiary wysięku ropnego nie mogą być w tych warunkach przeciwwskazaniem do otwarczenia; obawa septicemii nie powinna powstrzymywać chirurga przy świeżym otoku; własności chłonicze opłucnej już zmienionej, nie są tak niebezpieczne. Wszyscy lekarze, którzy stosują pleurotomiję antyseptyczną, radzą jednogłośnie wykonywać ją, jak tylko rozpoznano wysięk ropny na pewno. Pewność tę otrzymujemy dopiero po przekłóciu próbnem: otok jest ropniem i opróżnienie go jest pierwszym wskazaniem, powiada WAGNER, tym sposobem płuco zostaje uwolnione od ucisku i może przybierać rozmiary normalne. KOENIG, GOSCHIEL, CABOT, W. v. MURELT utrzymują, że najgłówniejszym punktem w leczeniu otoku jest absolutne wskazanie wczesnego operowania. Jest to widoczne, że operacja ma tym więcej szans powodzenia, im mniejsze są zmiany chorobowe. Co się tyce wyleczenia samoistnego, to nie można liczyć na rezorbcję ropy, albowiem znany jest autentycznie tylko jeden tego rodzaju przypadek MONTARD-MARTIN'A, w którym zresztą pozostały w jamie opłucnej masy serowate; wyleczenie samoistne może nastąpić tylko przez wydalenie dobrowolne ropy na zewnątrz, lub do oskrzeli. Pierwszy sposób równa się pleurotomii dokonanej w najgorszych warunkach, drugi zaś u osób dorosłych jest najczęściej tylko powikłaniem, u dzieci w istocie wyleczenie przez wykrztuszenie ropy nie jest rzadkie, ale bywa powolne i usposabia do wtórnej gruźlicy przez zetknięcie mięszu płuca z ogniskiem serowatem lub przez aspirację ropy do małych oskrzeli. WAGNER podaje spostrzeżenie dziecięcia, które przy braku momentów dziedzicznych zmarło na zapalenie opon mózgowych gruźlicze w rok po wyleczeniu z otoku piersiowego przez wykrztuszenie. Pleurotomia zatem spowodowała wyleczenie pewniejsze, szybsze i zupełniejsze, niżeli przekłócia i wyleczenie dobrowolne, z tego powodu należy ją stosować w każdym przypadku ropnego wysięku opłucnej. Dla niektórych autorów istnienie gruźlicy płuc stanowi przeciwwskazanie do operacji, w tych razach ograniczają się leczeniem paliatywnem (przekłócie); przeciwnego zdania jest WAGNER, który radzi operować jak można najwcześniej, nie bacząc na gorączkę i inne objawy ogólne, a równie i na stan płuc, które po operacji odyskują prawie normalne warunki ciśnienia i krążenia. Można więc przyjąć z ROBERTEM, że niemasz przeciwwskazań do pleurotomii i że tylko pewność zbliżającej się śmierci dozwala ją odrzucić. Skutki pleurotomii antyseptycznej są bardzo proste. W przypadkach pomyślnych ulga dla chorych następuje bezpośrednio, temperatura spada od pierwszych dni, apetyt powraca, siły odyskują się szybko, można powiedzieć, że po pleurotomii pomyślniej, bywa mniejsza gorączka, niż po przekłóciu. Rokowanie jest bardzo pomyślne i można powiedzieć z WAGNEREM, „że z opatrunkiem LISTERA leczenie otoku wstąpiło w nową fazę; nie tylko że pleurotomija jest możliwą w każdym przypadku, ale jest rzec można, wolna od wszelkiego niebezpieczeństwa, szczególnie przy otoku niepowikłanym.” Jedyne niebezpieczeństwo istotnie możliwe bywa wtedy, jeżeli opatrunek przestanie być antyseptycznym, co zależy od sta-

rania chirurga. Pod opatrunkiem przeciwnilnym z jednorazowym przetrzykiwaniem opłucnej ilość wydzieliny jest bardzo mała i wygojenie następuje szybko. Podług 17 spostrzeżeń, zebranych przez autora, przeciętny czas od operacji do ostatecznego wyjęcia drenu wynosi dni 38 dla dorosłych, a 33 dla dzieci. Obszerniejsza statystyka zapewne dostarczy mniejszego czasu dla dzieci. Rezultaty są bez porównania lepsze, niż przy operacjach dawniejszych. Streszczając, można powiedzieć, że wyleczenie bywa nie tylko szybsze i prostsze, ale i zupełniejsze; skrzywienie klatki piersiowej mało znaczne, lub żadne, pozostawienie przetoki zdarza się wyjątkowo, jeżeli operujemy przed wystąpieniem zgrubienia opłucnej, śmiertelność znacznie słabsza. Leczenie przeciwnilne otoku można streścić w tych słowach: 1) operację i opatrunek należy wykonywać ze wszelkimi ostrożnościami przeciwnilnymi; 2) cięcie należy robić jak tylko rozpoznanie otoku jest jawne; cięcie powinno być szerokie, pozwalające na opróżnienie absolutne i nieustanne wydzieliny; 3) należy robić jedno tylko przepłókanie dezynfekujące opłucną z wyjątkiem okoliczności niezwykłych, należy założyć i ustalić gruby dren, który można oddalić, jeżeli wydzielina przez kilka dni przestanie się pokazywać. Jednym słowem empyema jest ropniem i powinna być w ten sam sposób leczona. — L e c z e n i e o t o k u p r z e w l e k ł e g o. Jeżeli pleurotomię wykonano zbyt późno, kiedy zgrubiałe listki opłucnej nie mogą się zbliżyć do siebie, albo jeżeli długotrwałe ropienie, połączone z zatrzymywaniem wydzieliny, doprowadziło do zwyrodnienia włóknistego, to po pewnym czasie polepszenie nie następuje, jama nie zmniejsza się, chory wycieńsza się, ulega puchlinie i zwyrodnieniu amyloidalnemu. Przy badaniu miejscowym przekonywamy się, że przetoka prowadzi do jamy, która jest częścią jamy opłucnej, że ściany jej są konsystencji prawie chrząstkowej, i wysłane błoną do śluzowej podobną; mamy wtedy do czynienia z otokiem przewlekłym. Małe przetoki i nie głębokie, goją się łatwo po przyżeganiu. Jeżeli jama nie jest bardzo wielka i ściany ma nie bardzo twarde, to wystarcza ułatwić wolny odpływ wydzieliny przez wypiłowanie żebra, albo przez zrobienie przeciw-otworu, rozszerzenie rany laminaryją lub gąbkami prasowanymi jest bezskuteczne. Następnie należy przemyć jamę dokładnie mocnym roztworem przeciwnilnym, np. chlorkiem cynku (10%) brzegi przetoki należy ożywić za pomocą ostrej tyżeczki lub przyżegań. Leczenie następce jest także samo jak przy otoku świeżym, przemywanie powtarza się tylko wtedy, jeżeli charakter wydzieliny tego wymaga. Dość znaczne jamy mogą się zagoić przy tym sposobie. Jeżeli to nie wystarcza, to należy wykonać wypiłowanie kilku żeber, jak to pierwszy zrobił ROSER (1859 r.) i co zalecał ESTLANDER. Po dokładnem zbadaniu pojemności jamy za pomocą palca, zgłębnika i wstrzykiwań, wycina się na miejscu największego wymiaru jamy po kawalku (4 do 6 cm.) kilka żeber, po uprzedniej dezynfekcji jamy i opróżnieniu ropy. ESTLANDER zaleca cięcie w miękkich częściach poziome, które wystarcza po obnażeniu kości skrobaczką dla dokonania wypiłowania pod okostną dwóch żeber, a nieraz i trzech, jeżeli są zbliżone do siebie. Lecz i ten środek sprowadza niekiedy niezupełną obliterację jamy, jeżeli ta zajmuje większą część opłucnej, jeżeli opłucna żebrowa nie jest dość elastyczna, ażeby przybliżyła się do opłucnej trzewiowej. W tych razach E. radzi powtarzać operację na bliżnie poprzedniej raz drugi i trzeci; dla takich uporczywych przypadków wynalazł SCHEDE z Berlina sposób oddalenia pewnej części ściany klatki piersiowej w całości, ażeby jamę utworzyć na znacznej przestrzeni i przystosować bezpośrednio skórę do opłucnej, pokrywającej płuca. Sposób ten opisał WAGNER w Sammlung klin. Vortraege. SCHEDE robi cięcie kuliste odpowiadające

prawie brzegowi jamy otoku, wycina wielki płat skórny, następnie robi resekcyję pod okostną 3 lub 4 żeber, długości 10—12 ctm. odcina nożyczkami części miękkie, poczynając od strony tylnej, ażeby podwiązać bezpośrednio każdą przeciętą tętnicę międzyżebrową, w takim razie krwawienie bywa nieznaczne. Następnie przykrywa jamę płatem skórnym, który przylega do płuca i zeszywa z brzegiem wolnym rany. Tym sposobem leczył SCHEDE trzy przypadki bardzo przewlekłych otoków: w jednym przypadku nastąpiło wyleczenie zupełne, rezultaty dwu innych są nieznane. Czwarty przypadek operował WIESIENGER w Hamburgu, wyleczenie w chwili publikacyi odczytu WAGNERA nie było jeszcze zupełne, lecz jama zmniejszyła się o połowę. — Przypadłości podczas operacyi jak: zranienie tętnicy międzyżebrowej, przepony, płuca, przemieszczonego przez wysięk serca, lub nie wniknięcie do jamy opłucnej, dadzą się uniknąć przy zachowaniu odpowiednich ostrożności. Oprócz tego zaznaczono możliwość nagłej śmierci podczas operacyi, skutkiem wstrzymania ruchów serca, spowodowanego bólem u chorych osłabionych, lub zatoru mózgowego powstałego przy wzmózonych od bólu ruchach serca. Dla tego też rozważniej jest stosować znieczulenie miejscowe, jeżeli chory jest bardzo osłabiony i nie można go chloroformować. Jako przypadłość po operacyi może się zdarzyć krwioplucie i obrzęk ostry zdrowego płuca, pamiętając o tem, należałoby poprzednio zrobić przekłócie i wypuszczać ropę powoli. Szybkie opróżnienie opłucnej podług MURALT'A może być powodem tworzenia się zatorów przez szybką modyfikacyję ciśnienia w sercu. Po operacyi może się zdarzyć krwawienie z ziarniny opłucnej, powikłania tego nie ma się co obawiać przy leczeniu przeciwnie, tak samo jak posocznicy ostrej, lub przewlekłej. W przebiegu leczenia następnego mogą się zdarzyć przypadłości szczególne, jedno w formie ostrej, konwulsyjnej i synkopalnej, inne, w formie powolnej, paretycznej. Pierwsze z nich polegają na napadzie epileptoidalnym ze stanem synkopalnym, po którym następuje porażenie połowiczne, lub też nie następuje. Napad ten przypada stale po zastrzyknięciu płynu do jamy opłucnej i w jednej trzeciej części przypadków kończy się śmiercią. Drugie polegają na paraliżach mniej, lub więcej rozległych jako monoplegja, albo hemiparesis bez zбочeń czucia, objawy te ulegają zmniejszeniu i zwiększeniu i wkrótce następuje powrót do stanu normalnego. Przypadłości te pojawiają się zwykle w pierwszym miesiącu po operacyi, najczęściej wtedy, gdy jama opłucnej się zmniejsza. Patogenija tych przypadłości nie jest dokładnie skreślona, jedni uważają je za paraliże odruchowe traumatyczne (DESNOS, LÉPINE), inni tłumaczą przez powstawanie zatorów w opuszcze mózgu, lub zatorów płuca, lecz wszyscy przyjmują, że przyczyną powodującą jest działanie mechaniczne wstrzykiwań do opłucnej i zalecają przemnywanie z siłą umiarkowaną przy pomocy np. syfona POTAIN'A. Przy leczeniu wysięków ropnych przeciwnie, z jednokrotnem przestrzykiwaniem, nie należy się obawiać tych, zresztą wyjątkowo zdarzających się, przypadłości.

(*Revue de Chirurgie* 83—1). W. Sztayner.

26. O przejściowym obłędzie na tle neurastenii Prof. KRAFFT-EBINGA (*Irrenfreund* 1883.—*Centrbl. f. Nervenkr.* 21). Nie zawsze mania transitoria występuje jako następstwo padaczki. Autor przytacza 5 przypadków tej choroby która stanowczo nie da się zaliczyć do tej kategorii. Wystąpiły objawy *stuporis* i przynębienia z obawą, a w części z bredzeniem (*delirium*) charakteru *megalomanii*. We wszystkich przypadkach mimo najtroskliwszego badania nie dał się wykazać poprzedni napad padaczkowy, a natomiast zawsze dały się wykazywać cielesne i umysłowe wysiłki, wytężone czuwania nocne i silne wzruszenia umysłowe i wywołana przez to typowa neurastenia móz-

gowa, która na dłuższy czas poprzedziła obłęd, a w części nastąpiła po takowym. Autor przypuszcza że pojedyncze objawy *man. transit.* jak zaburzenie w samopoznaniu i w bredzeniu, nie polegają na jednej i tejże przyczynie w padaczkowym i neurastenicznym mózgu (zaburzenie w krążeniu, izolowany kurcz naczyń). Różnią się obie formy (padaczkowa i neurasteniczna) manii co do rokowania i leczenia. (*Rundschau* 12 II.—1883).

27. Dr. H. PAGENSTECHER. Wiesbaden i jego znaczenie jako miejsca leczniczego dla chorych ocznych. Ubolewając nad tem, iż do tej pory nie mamy opracowanej klimato i balneoterapii chorób ocznych, autor poświęca kilka słów Wiesbadenowi, gdzie nie tylko chorzy mogą używać kąpeli i pić wody, lecz doznają dobroczynnego wpływu klimatu tej uroczej miejscowości zakrytej od północnych i zachodnich wiatrów, górami Taunus. Działa to nie tylko łagodząco w zapaleniach łącznicy, lecz sprzyja leczeniu i innych chorób ocznych, przeciw którym zalecamy użycie kąpeli. Ostatnie głównie są wskazane: przy reumatycznych i artrytycznych cierpieniach oczu, chronicznych, często recydujących formach, osobliwie iritis i iridochoroiditis chronica, gdzie irydektomia zwykle pomaga bardzo mało, przy episcleritis i reumatycznych paraliżach mięśni ocznych. Kąpiele rozpoczynają się nie wcześniej niż po 6—8 tygodniach od ostatniego ataku. Liczba kąpeli od 30 do 40, jednocześnie pije się niewiele wody; podczas kąpeli, na oczy przykładają się zimne kompresy. Kuracja powtarza się przez 3—4 lata, corocznie. Kąpiele wiesbadeńskie, przy jednoczesnem picu wody, znakomicie oddają usługi w przymiotowych chorobach oczu, osobliwie jeśli przymtem przepisujemy frykcie. Te ostatnie dr. P. używa 4—5 gr. *p. dosi*, w cięższych przypadkach 8—10 gr. *p. dosi*, przecięciowo w ilości 30 do 40 razy. Codziennie, lub co 2-gi dzień robi się kąpiel, trwająca 10—15 minut. Zauważono, że chorzy przy jednoczesnem stosowaniu frykcyj i picu wody prawie nigdy niedoświadczają cierpienia ust (stomatitis); w tym celu autor zaleca swym pacyentom przed i po obiedzie picie pomalą nie wielkiej ilości Kochbrunnenwasser (250 gr.). Zalecają się jeszcze te wody przy osłabieniu wzroku pochodzenia centralnego, osobliwie spinalnego. Przeciwwskazane są Wiesbad. kąpiele przy wielkiej grupie cierpień ocznych, stojących w związku z krwotokami siatkówki i naczyńiówki, przy jaskrze, oderwaniu siatkówki i wszystkich zapalnych processach łącznicy i rogówki. Użycie wody wewnętrzne zaleca się: przy nawale krwi do zewn. i wewn. błon oczu, zależnym od stanu żołądka, jelit, wątroby lub płciowych organów; przy wypocinach wewnątrz ocznych trudno rezorbujących się, zmętnieniach c. szklistego, zlogach naczyńiówki w okolicy plamki żółtej—tak często spostrzeganych w okresie klimakterycznym i przy często powtarzającej się *kerato-conj. pustulosa*, osobliwie przy połączeniu z *eczema faciei*. (*Odbitka z czasop. Balneolog. Studien ueber Wiesbaden 1883*). J. Talko.

28. O przejściowej afazji w tyfusie brzuszny. KÜHNA (*Deutsch. Arch. f. klin. Mediz.* XXIV Bd. I H. S. 56—83). Pomimo, że nerwowe cierpienia jako powikłania po tyfusie brzuszny dosyć często spotykamy, jednak zaburzenia dysfazyczne dosyć rzadko się zdarzają. Odnosny przypadek dotyczy 8-letniego chłopca, który przy końcu 1-go tygodnia tyfusu brzuszego bez poprzednich objawów mózgowych i bez żadnej skłonności dziecięcej do cierpień nerwowych, dotknięty został zupełną niemotą. Od tego czasu nastąpił cięższy upadek duchowy. Po 4 tygodniach powróciło poznanie swego otoczenia i chociaż rozumiał wszystko co mówiono, nie mógł jednak powiedzieć jeszcze ani słowa, ani też nie mógł nie napisać lub przeczytać. Beładne ruchy kończyn górnych i dolnych dalej trwały, chociaż bez objawów bezwładu lub białkomoczu. Po 7 tygodniach trwania niemoty mowa powróciła, jak również zdolność pisanie i czytania. Inteli-

gencya powróciła zupełna a za tem i zupełny powrót do zdrowia. Według K. niemotą podczas tyfusu brzuszego dotknięte bywają przeważnie dzieci, chłopcy, w 2—3 tygodniu choroby. We wszystkich (28) przypadkach znanych w literaturze nastąpiło wyleczenie w 3—6 tygodni. Najdłuższy przeciąg czasu był 4 miesiące, a w jednym 4 lata. W innych chorobach ostrych zakaźnych niemota zdarza się jeszcze rzadziej np. w wysypkach ostrych i w róży. ROZENTHAL za przyczynę niemoty uważa mięszkowe zwyrodnienie intima naczyń i komórek zwojowych półkul mózgu.

(Rundschau 12 H. 1883). J. R-i.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Die Diarrhoe im ersten Kindesalter v. dr. Maximilian HERZ.
(Wiener Klinik 11 H.—1882).

Jak ważne są cierpienia organów trawienia u dzieci dowodzi sprawozdanie statystycznego biura w Wiedniu za rok 1880, z którego widzimy, że w pierwszym roku życia 70,8% ogólnej śmiertelności przypada na organy trawienia. H. posilkując się dziełami MONTI, FORSTERA, a szczególnie UFFELMANNA, rozpatruje własności prawidłowego stolca. Ilość jego dzienna wynosi 3 grm. na 100 grm. pożywienia. Podług BOUCHAUD waga dzienna stolca wynosi 80 grm., podług CAMERERA u 5-o miesięcznego dziecka 56 grm., czyli 35,2 grm. na 1 kilo użytego mleka, 8,3 grm. na 1 kilo wagi ciała, kiedy u dorosłego 0,9 grm. przy mlecznej dyecie a 2,1 grm. przy mieszanej na 1 kilo wypadu. Zatem ilość stolca dzienna stosunkowo jest znacznie większą u dzieci niż u dorosłych, gdyż i więcej stosunkowo dzieci przyjmują pożywienia. Co się tyczy liczby, to ssawiec z początku ma 2—4, później 1—2 stolce dziennie. Kolor jest żółtka jaja, w pół godziny lub więcej przechodzi w zielono żółty, lub zielony. Żółty kolor zależy od biliwerdinu, który przy obecności kwasów powoli przemienia się w bilirubin. Konsystencya jest miękkiej maści, niekiedy jednak bywa nawet twarda. Zapach i odczyn są słabo kwaśne. Pod mikroskopem w stolcu ssawca jest wiele kokków i bakteryi, grzybki drożdżowe, tłuszcz, mucyna, komórki nabłonkowe, ciążka śluzowa, sole, cholestearina. Co się tyczy chemicznego składu, to na 100 części 85% jest wody, 15% stałych części, z których 13,5% jest organicznych, a 1,5% nieorganicznych. Z organicznych 2—3% wypadu na tłuszcze, 0,2% na ciała proteinowe, 0,1 cholestearinę a reszta wypadu na kokki, śluz, nabłonek. Cukru nie znajdowano, kwas mleczny swobodny zawsze dał się wykazać. Jednak nie wszystkie składniki mleka w całości wsiąkają w przewodzie pokarmowym — proteiny 99—100%, tłuszczu 97—97,8%, soli 80% — z soli wiele wapna się wydziela — na 100 części popiołu ze stolca ssawca 30% przypada na wapno.

W biegunce i ilość stolców się powiększa 5—10—20 razy dziennie, i kolor się zmienia, bywają białe, odwaru ryżu, zupełnie wodniste, bez barwy, zielone lub żółte z zielonemi punktami, od przymieszki krwi czarnej. Również i konsystencya może być różną. Odczyn może być obojętny lub alkaliczny, zapach mocno kwaśny. Nienormalne ciała mogą być w stolcu jak: ropa, krew, obce barwniki (*Rheum*, *Calomel*). Następnie Autor podaje sposoby badania składników stolca tak prawidłowych jak nieprawidłowych według UFFELMANNA, a wreszcie rozpatruje zdarzające się biegunki przy rozmaitych cierpieniach przewodu pokarmowego. Biegunka w skutku niestrawności pochodzi od nadmiaru kwasów (kwas masłowy i octowy). Cechuje się kwaśnem odbijaniem i takiemiz wymiotami, kwaśny zapach z ust, *soor*, *aphtae* na błonie śluzowej w ustach, kwaśne wypróżnie-

nia, wzdęcie brzucha, kolka, złuszczenie naskórka około odbytu. Niekiedy przy niestrawności bywa i zaparcie stolca, a to wskutek braku kwasów. Przy nadmiarze kwasów w wymiocinach znajduje się ścięte białko mleka, kiedy przy braku kwasów dziecko wymiotuje czystym mlekiem. Pod względem etiologicznym, niestrawność polega na nienormalnej ilościowej i jakościowej wydzielinie soków (mało pepsyny, żółci), lub nienormalnem drażnieniu przez wprowadzone pokarmy (*dyspepsia ab ingestis*) wskutek ustawicznego karmienia, lub nieodpowiedniego pokarmu mamki, czy sztucznego. Przebiega zwykle bez gorączki, może prowadzić do zapalenia kiszek, cholery, a przy dłuższem trwaniu do krzywicy. Leczenie polega na regularnem podawaniu piersi (do 3 miesiąca co 2 godziny, potem co 3 god.) zmianie mamki starszej na młodszą; przy sztucznem karmieniu na zamianę mleka na kleiki, rosół cielęcy, roztwór żelatyny (10,0 na $\frac{1}{2}$ litra wody), na śmietankę Biederta, (szczególniej polecaną) roztwór białka w wodzie (jedno białko na $\frac{1}{2}$ litra przegotowanej wody), a stopniowo potem należy powracać do mleka. Właściwym tu będzie, szczególnie przy towarzyszącej kolce calomel (0,01—0,03), przy braku soków żołądkowych należy przed każdym jedzeniem podawać pepsynę (0,05—0,10—co 2 god.) i po jedzeniu kwas solny (*acid. muriat. dil. gtt. 10 aq. dest. 5 unc. co 2 god. łyżeczkę*). Przy zaparciu stolca Rheum (0,05—0,10), kilka razy dziennie, małe dawki *magn. ustae*. Przy obecności kwasów *antacida*; jako ściągające *tra cascarrillae*. Przy kolce ssawców radzi wyciągać gazy przez odbyt, wewnątrz i zewnątrz aromatica, nacieranie brzucha; jeżeli napad kolki przeszedł to *Rp. Ol. Chamom. (ol. foenic), trae opii s. aa. gtt. 1—2 Sacch. lactis 10,0. MDS. co 1—2 god. na koniec noża (WIDERHOFER)* albo *Rp. T-ra aromat. Spir. aeth. aa gtt. 20. Aq. dest. 1 $\frac{1}{2}$ T-ra opii s. gtt. 1—3 MDS. co 2 god. łyżeczkę (SOLTMANN)*. Przy kolce nerwowej *Rp. Extr. bellad. 0,05, Aq. amygd. amar. 2,50—co 1—2 god. 5—10 kropel*.

Biegunka wobec ostrego niezytu kiszek połączona jest przy każdym oddaniu stolca z bolesciami i niepokojem, odchodzeniem najprzód znacznej ilości gazów, a stolec wodnisty wydala się jak z sikawki. Jeżeli niezyt ogranicza się do cienkich kiszek, to wypróżnienia są obfite, wodniste bez krwi i śluzu; w niezycie grubych kiszek wypróżnienia są skąpsze prawie ze śluzu bez lub z przymieszką krwi, przytem zawsze jest bolesne napieranie (*tenesmus*). (WIEDERHOFER). Jeżeli ilość moczu się zwiększa i pragnienie zmniejsza to jest dobrym objawem pod względem rokowania, zarazem jeżeli stolce zaczynają się zabarwiać. Najczęściej pojawia się ta choroba w skutek niestrawności, a także po nagłem odstawieniu od piersi, zaziębieniu. W leczeniu, dyeta gra główną rolę i na pokarm należy głównie zwrócić uwagę, cośmy już wspomnieli przy biegunce od niestrawności. Jako napój przy pragnieniu właściwe są: herbata z arakiem, koniak z wodą, woda sodowa. Z leków, z początku kalomel, potem pepsyna z kwasem solnym. Opium 1 kropla dziennie; ściągające leki w formie nalewek, *Dec. lig. campech.* (10,0—100,0). Przy upadku sił środki pobudzające (*Spir. aeth. Liq. amon. anis, aa po 3—5 kropel co godzinę, podskórnie wstrzykiwanie eteru 1,0 na raz*).

Objawy niezytu przewlekłego kiszek są wiadome, a co się tyczy leczenia, to nie należy nasycać wilczego apetytu, lecz dawać jeść niewiele, a częściej u ssawców dobrać mamkę odpowiednią, przy sztucznem karmieniu nie dawać mleka, lecz mleko z rosółem cielęcym, śmietankę Biederta, wreszcie u starszych, mleko krowie lub kozie czyste, lub najlepiej 3 łyżki mleka, 2 łyżki wody, i łyżka wody wapiennej (SOLTMANN). Jeżeli mleka pacjent nie znosi, to próbować serwatkę, szczególnie serwatkę ałunową. Po 6 mies. życia: surowe mięso. Z leków: *opium, chin. tann. 0,03*

p. dosi, *Decoc. chin.*, *argilla depurata*. LOREY poleca *t-ra ferri chlor. glycer. aa.* 3—4 razy dziennie. Są tu na miejscu i inne środki ściągające. Korzystne są Priessnitza okłady.

W *Enteritis follicularis* stolce zawierają śluz, krew, ropę, niestrawione resztki pokarmów. Śluz jest bezbarwny, brylkowaty, potem zielonawy, zapach zgniły, stolec niekiedy podobny do zabiego skrzeku. Przytem są bólesci przy oddawaniu stolca, silne parcie prowadzące do prolapsus ani, oddawanie stolców bez gazów. Okolica кишки grubej bolesna. Stopniowo dzieci dochodzą do znacznego wycieńczenia. Przy leczeniu zalecić należy odpowiednią dyetę (po odstawieniu od piersi przywrócić mamkę), zamiast mleka surrogaty jego dawać; lub mleko z rosołem cielęcym, kleikiem. Ważne są w tej chorobie lewatywy (u ssawca 60 grm.), przed daniem lewatywy z tanniną, *plumb. acet. arg. nitr.* należy przemyć кишки czystą wodą, lub roztworem *kali chlor.* 0,03%, *acid. salic.* 0,50%, rezorcyny 1%. Z wewnętrznych środków: *paulinia sorbilis* 0,50—1,50 *p. die*—*Chin. tan., extr. colombo* 0,25—*t-ra rathan.* 2,50—*plumb. acet.* 0,10 *p. die*. Od czasu do czasu dobrze jest podać środek przeczyszczający.

W *cholera infantum* Autor zaznacza, że ciepłota może się zniżyć do 25,9° (PARKOT), a jako przyczynę dietetyczne błędy, gnicie i mykosis w kiszkiach (BAGINSKI, EPSTEIN). W leczeniu Autor od początku poleca *excitantia alcohol*, *aether* podskórnie, kąpiel gorczycową 35° C. 6—8 razy w ciągu dnia, z samego zaś początku *calomel*, $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{6}$ gr. co 2 godziny, jednak b. ostrożnie. Z innych środków *acid. carbol.* (1 gr.—1 unc. co 2 god. łyżeczka). *kreozot gtt.* 2—3 unc. co 3 god. łyżeczkę, szczególnie *SOLTMANN* poleca *natr. benzoic.* (1—3 unc.) przy wymiotach, także *rezorcina* (0,1—0,2) *Infus Chamom.* 60,0 *t-ra opii gtt. duas* co 2 god. łyżeczkę; *cotoina* 0,02 *p. dosi*; po przekrwieniu mózgu *chloral hydrat* 0,50—50 co $\frac{1}{2}$ godziny łyżkę.

Za pożywienie roztwór białka kurzego na zimno (jedno białko na $\frac{1}{2}$ litra wody) co 2—3 godziny 50 grm., stopniowo przechodzić do śmietanki BIEDERTA. W leczeniu zaś dyzenteryi kładzie autor nacisk na przepłukiwanie kiszki roztworami środków odwietrzających i podawanie opiatów.

J. Rogoziński.

Korrespondencye Medycyny.

Listy z Kijowa.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 3).

Skreśliwszy pobieżnie obecny stan wydziału lekarskiego, chciałbym poświęcić jeszcze kilka słów działalności „Towarzystwa Kijowskich lekarzy”, które ma niejaką styczność z wydziałem lekarskim naszej wszechnicy, gdyż licząc w swym gronie wielu (nie wszystkich jednak!) z profesorów wydziału lekarskiego, odbywa swe posiedzenia dwa razy na miesiąc w gmachu Uniwersytetu. Posiadając bardzo szczupłe fundusze, Towarzystwo nie zdobyło się dotąd i zapewne nie prędko jeszcze doczeka się własnego lokalu dla swych posiedzeń i biblioteki. Podczas, gdy środki materialne Towarzystw lekarskich w innych miastach (Petersburg, Warszawa, Moskwa) rok-rocznie zasilają się zapisami już to pieniędzmi, już to książek drogą ofiarności członków Towarzystwa lub nawet osób obcych, popierających sprawy naukowe, nasze ubogie Towarzystwo lekarskie w ostatnich latach, prócz rocznego wpisu od członków swych pobieranego (5 rs. na rok) nie miało żadnych innych dochodów. Biblioteka Towarzystwa jest bardzo ubogą, szczególnie w nowsze dzieła, nie zasila się wcale peryody-

cznieniu pismami i pozostaje w chaotycznym nieporządku, co uniemożliwia korzystanie z niej. Towarzystwo lekarskie liczy 128 członków (między tymi 18 polaków). Prezesem Towarzystwa jest obecnie prof. MÜNCH. Na ostatnich kilku posiedzeniach Towarzystwa (Październik, Listopad, Grudzień) miały miejsce dość ciekawe odczyty; o niektórych z nich podaję niżej krótkie sprawozdanie w celu zobrazowania skromnej działalności naszego Towarzystwa, które choć ubogie nie próżnuje jednak.

Najdonioślejszą kwestyą, roztrząsaną na jednym z posiedzeń Towarzystwa i wywołaną odczytem kol. OBRAZCOWA, była kwestya o epidemii duru brzuszego (*ileotyphus*). W odczycie swym kol. O. dowodził iż panująca w Kijowie podczas jesieni tego roku epidemia duru odznaczała się zupełnie odrębnymi właściwościami i cechami; niezwykłość w przebiegu choroby autor odczytu upatrywał w nieprawidłowym typie gorączki (codzienne obniżki temperatury na 2—3° C.). Przepuszczający typ gorączki, dreszcze powtarzające się słabe zajęcie ustroju nerwowego sprawą chorobową, znaczne obrzmienie śledziony, poty, w ogólności objawy właściwe malaryjnym sprawom chorobowym spostrzegały się obok innych objawów, właściwych przy *ileotyphus* (*roseola papulatum*, objawy zajęcia kiszek, długie trwanie choroby, bezskuteczność zadawanej chininy). Opierając się na klinicznych swych spostrzeżeniach zrobionych w wojskowym szpitalu, kol. O. chorobę tą nazwał kombinacją *Ileo-typhus c. malaria*. Kol. SZCZASTNYJ przytoczył swe spostrzeżenia dotyczące tejże choroby i zupełnie zgodne z powyższymi, docent AFANASJEW nie zgadzał się z wypowiedzianymi zdaniem, co do określenia choroby i zaznaczył, iż epidemia duru brzuszego, liczne przypadki którego on spostrzegał w miejskim szpitalu i prywatnej swej praktyce — nie była kombinacją duru z zimnicą i odznaczała się tylko słabem natężeniem gorączki; dowodem przeciw powikłaniu z malarią służy bezskuteczność zadawanych w chorobie wielkich nawet dawek chininy, zauważona nie tylko przez niego, ale potwierdzona przez innych lekarzy (nie wyłączając i kol. OBRAZCOWA i SZCZASTNEGO). Prof. MÜNCH przychylił się do zdania doc. AFANASJEWA.

Z innych kwestyi roztrząsaną była rzecz o późnym dziedzicznym przymiocie (*syphilis hereditaria tarda*). W kwestyi tej mieli odczyty kol. TOMASZEWSKIJ i kol. SZADEK. Zdania wymienionych prelegentów co do odnośnej kwestyi były wbrew przeciwne, kol. TOMASZEWSKIJ przedstawiając dwóch żołnierzy z objawami późnego przymiotu (*gummata claviculae*, *m. sternocleidomastoidei* i t. p.) nastawał na dyagnozę późnego odziedziczonego przymiotu, w podanych przypadkach pomimo braku anamnezy, tyczącej się stanu zdrowia rodziców chorych. Zdaniem kol. T. brak widocznych śladów przebytych wenerycznych chorób u chorych wymienionych przemawiał niewątpliwie na korzyść późnego odziedziczonego przymiotu. Przeciw takiemu twierdzeniu przemawiali prof. MÜNCH i docent FLEJSZER. Zdaniem wymienionych, w przypadkach podanych przez kol. T. należy upatrywać nie późny dziedziczny, lecz nabyty przymiot, wczesne objawy którego były przeoczone. Kol. SZADEK, na następnym posiedzeniu miał odczyt o późnym wrodzonym przymiocie, w którym rozpatrując odnośną kazuistykę tak zwanego późnego odziedziczonego przymiotu, zwrócił uwagę na niedokładność wielu z tych spostrzeżeń, na brak udowadniającej anamnezy w większej części opisanych przypadków, na zupełny wreszcie brak w niektórych spostrzeżeniach wszelkich wiadomości co do zdrowia rodziców. Wobec takich usterków i braku przekonywujących dowodów, przemawiających na korzyść późnego odziedziczonego przymiotu, a także wobec pasożytnego pochodzenia choroby kol. S. wątpił, aby w podanych przypadkach choroba była odziedziczoną i zgadzając się zresztą ze

słuszną dyagnozą w spostrzeganych dotąd przypadkach tak zwanego późnego dziedzicznego przymiotu, przypuszcza iż przypadki te były błędnie tłumaczone. Według zdania S. przypadki te dają się tłumaczyć dwójako: 1) w niektórych z podobnych przypadków choroba była odziedziczona, lecz objawiała się wkrótce po urodzeniu (lub nawet podczas wewnątrzmacicznego życia u płodu) tak nieznacznie objawami, iż ostatnie mogły być łatwo przeoczone lub policzone były na karb innych niewinnych przypadłości. 2) Większą część opisanych przypadków należy zaliczyć do nabytego po urodzeniu przymiotu, pierwsze objawy którego były też przeoczone lub na nie nie zwracano uwagi, szczególnej z powodu słabego natężenia objawów chorobowych. Ze zdaniem kol. S. zgadzali się prof. MÜNCH, docenci FLEJSZER i STUKOWENKOW. Przeciwno zaś wypowiedzianemu zdaniu wystąpił kol. TOMASZEWSKI, twierdząc iż spostrzeżenia takich badaczy jak CAZENAVE, TROUSSEAU, FOURNIER, LANCEREAU i innych—nie mogły być niedokładnymi lub mylnymi, i że według niego, ustalone oddawna w nauce poglądy na późny odziedziczony przymiot nie mogą być zachwiane odczytem kol. S.

W ostatnich posiedzeniach Towarzystwa, prócz wymienionych wyżej, miały miejsce następujące odczyty:

- 1) O rezeckcy kiszek, kol. RADZIMOWSKIJ.
- 2) O terapeutycznym działaniu stałego prądu elektrycznego na choroby weneryczne i syfilityczne, kol. TOMASZEWSKIJ,
- 3) O przypadku *keratitis interst. dif.* wskutek nabytego przymiotu, kol. SZADEK.

Na zakończenie niniejszej korespondencji doniosę jeszcze o zwinięciu nocnych lekarskich dyżurów przy magistracie, które nastąpiło wskutek nieporozumień, zaszłych między magistratem miasta i Towarzystwem nocnych lekarskich dyżurów. Poblizsze szczegóły całej tej sprawy, która dotąd nie została jeszcze dokładnie wyjaśniona, zamierzam podać w następnej korespondencji.

Dr. Ipsylon.

Kijów 29 Grudnia 1883 r.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Otrzymujemy następujące listy:

Kochany Redaktorze! Będąc przez dni kilka mocno chorym, dziś dopiero przeczytałem pomieszczoną w N-rze 2-gim Medycyny wiadomość, dotyczącą przygotowywanego jakoby przezemnie „podręcznika higieny”. Wyjeżdżając w początku Września r. z. na długi czas z Warszawy, byłem zmuszony jak Ci wiadomo wyrzec się całkowicie kierownictwa działem sprawozdawczym Medycyny. Powróciwszy po dwumiesięcznej nieobecności znalazłem się w konieczności cały czas poświęcić kilku robotom obowiązkowym, a po części terminowym, które dotychczas wszystkie wolne od zawodowej pracy chwile mi absorbują. Roboty te jednak nie mają nic wspólnego z przygotowaniem „Podręcznika Higieny”. Do napisania podobnego dzieła bynajmniej się nie zobowiązywałem. Przyjmę zapewnienie koleżeńskich uczuć i wyrazów szacunku.

St. Markiewicz.

Warszawa d. 22 Stycznia 1884 r.

— *Szanowny Redaktorze!* O cudownej lekierce N. T. Tichanowskiej, o której znajduję wzmiankę w 2-im N-rze Medycyny z r. b., mogę następujących udzielić wiadomości: Przed rokiem uszczęśliwiła ona swoim cudownym lekowaniem ludność naszego miasta. Przybywszy tutaj ogłosiła w miejscowej Gazecie tożsamo i jeszcze więcej co teraz na pokrywom rozsyłanych kartach anonowych znajduje. Tak śmiało i publicznie wypowiedziane a codziennie zjawiające się ogłoszenia miały ten skutek, że chorych mnóstwo u niej pomocy szukało. Cudowna lekarka brała honorarium w razach, gdy pacjent zgóry niechciał pła-

cić, dopiero po ukończonych kuracji, zastrzegając sobie jednak, aby chory umówioną sumę złożył w banku. I tak likwidowała sobie kilkaset rubli za wyleczenie niewyczelanego bezwładu; pieniędzy wprawdzie nie dostała z góry, równocześnie jednak tenże sam chory obowiązany był co kilka dni po 15 rs. naturalnie tylko za lekarstwo, które cudowna lekarka sama przyspasabiła, do rąk pani T. składać. Tutejszy lekarz miejski uważał za swój obowiązek udać się do mieszkania lekarki w towarzystwie pomocnika policmajstra. Gdy pani T. usłyszała od naszego kolegi, że przybył on w celu obejrzenia jej dyplomu, oburzyła się bardzo i oświadczyła, że to by było dla niej z ubliżeniem, żeby swoje kwalifikacje jakiemuś lekarzowi przedstawiać miała. Usłyszawszy jednak od asystującego urzędnika że żądaniu przedstawienia kwalifikacji musi się stać zadość, zmiękła i oświadczyła, że swoje papiery złożyła do rąk samego gubernatora. Dano więc jej termin do przedstawienia dokumentów, gdzie należy, czemu zadość uczynić przyrzekła, lecz słowa nie dotrzymała, bo na drugi dzień chory już nadaremnie do jej drzwi kołatał. Znikła bez wieści. Sądzę że według dopisanego pod anonsem adresu, chociaż w nim trzy ortograficzne błędy się znajdują, odpowiedni urzędnik lekarski mógłby panią T. i w Warszawie odszukać tylko powinien się tak znaleźć jak nasz lekarz miejski i zamiast wzywać ją do siebie złożyć jej swe uszanowanie. Nie zawadzi jednak asystenoya policyi.

Z głębokim szacunkiem dr. med. X.

— Kol. Józef HOŁOWNIA został mianowany lekarzem miasta Warszawy.

— Posadę lekarza miejscowego w szpitalu Dzieciątka Jezus, zajmowaną poprzednio przez d-ra MACZEWSKIEGO, objął dr. Józef POLAK.

Z Cesarstwa. Z powodu silnie grassującej epidemii błonicy w Gubernii Kijowskiej, Tow. czerwonego krzyża wysłało pomoc, mianowicie lekarzy, fclzerów, środki lekarskie etc. Otóż „Kraj” twierdzi iż pomoc ta nieprzyniesie ulgi żadnej i będzie tylko zatrąta sum publicznych. Środki takie jak podniesienie płacy rocznej lekarzom wiejskim i naznaczenie pomocników sanitarnych jednego na dwa powiaty, mogły przyszoć na myśl jedynie ludziom mało na miejscu obznajmionym z naturą epidemii. Lekarz czasowy sanitarny, przeznaczony do walczenia z dyfterytem jedynie, pobiera rocznej pensyi 900 rs. krąg zaś jego rozjazdów, ma mniej więcej 200—250 wiorst rozległości, a obejmuje do 300 wsi z ludnością od 350—400 tysięcy. Cała działalność takiego lekarza musi mimo woli ograniczać się do czynności biurokratycznej, środki bowiem, jakimi rozporządza w walce z epidemią wynoszą 50 rs. miesięcznie! Sześciu takich lekarzy przeznaczono na całą gubernią. Pożądałszem byłoby dla miejscowej ludności gdyby środki użyte na ten cel obrócone zostały na szpitale wiejskie, w których można by zgromadzać chorych oddzielając ich od zdrowych.

— Nocne dyżury lekarskie w Kijowie zwinięte w początku Grudnia w skutek nieporozumień zaszyłych między lekarzami dyżurującymi i magistratem miasta (patrz korespondencją z Kijowa), zostały od świąt Bożego Narodzenia wznowione przy innych warunkach, niezależnie od magistratu. Zakład wód mineralnych p. Kaczaly ofiarował bezpłatny lokal dla nocnych dyżurów i takim sposobem ubogie w materyalne środki stowarzyszenie lekarzy dyżurujących, było w stanie na nowo rozpocząć swą pożyteczną dla ogółu działalność.

Zagraniczne. Z listu pisanego do nas przez kol. Władysława KRAJEWSKIEGO z Cieplic Czeskich, który przed kilkoma dniami powrócił z Lipska dowiadujemy się, iż prof. COHNHEIM znany badacz na polu patologii doświadczalnej oraz Autor wybornego dzieła o patologii ogólnej, które wkrótce staraniem prof. BARANOWSKIEGO ma się pojawić w polskim przekładzie, ciężką złożony jest niemocą. COHNHEIM cierpi na zapalenie nerek, do którego się obecnie dołączyły zmiany następcze ze strony serca będące w tej chwili powodem nader uciążliwych dolegliwości. Leczy go prof. WEIGERT. Byłaby to szkoda niepowetowana, jakaby nauka w osobie tego dzielnego i w sile wieku będącego, bo ledwie 44 lat liczącego badacza, poniosła, gdyby choroba jego fatalnie skończyć się miała.

— W klinice BARDELEBENA umarł chory skutkiem narkozy chloroformowej w 4 minuty od chwili wdychnięcia tego środka. Użyto wszystkiego 2 1/2 dr. chloroformu.