

GAZETA LEKARSKA.

I. O LECZENIU ZAPALENIA OPŁUCNEJ PRZETWORAMI SALICYLOWEMI.

Napisał

D-r Władysław Biegański,

lekarz szpitala w Częstochowie.

Zapalenie opłucnej należy do rzędu chorób niezmiernie uporczywych w leczeniu, potrzebuje długiego bardzo czasu do zupełnego wessania wysięku i pozostawia często w następstwie ślady w postaci zrostów, zapadu płuc i zniepodobnień klatki piersiowej. Następce te zmiany, zdaniem lekarzy praktyków, nieraz są punktem wyjścia groźnej patologicznej sprawy, mianowicie gruźlicy płuc. To też dla praktyki ma wielką doniosłość doszczętne wyleczenie z tej groźnej w następstwa choroby. Dotychczas ogólnie stosowany sposób leczenia (*antiphlogosis, resorbentia, pneumatotherapy*) niezawsze uwieńczonym bywa pożądanym skutkiem, a powtórę jest niezmiernie mozolnym, wymagającym wiele czasu i zachodu. Nie możemy więc uważać tego sposobu leczenia za ostateczny, za doskonały; braki jego są aż nadto widoczne i zmuszają do ciągłych poszukiwań innych doskonalszych sposobów.

Opierając się na pracy HUBER'a ¹⁾, który zachwala moczo-pędne działanie przetworów salicylowych, zacząłem po raz pierwszy w 1887 r. stosować te przetwory w leczeniu zapalenia opłucnej, głównie w celu przyspieszenia wessania wysięku. Pierwsze próby wypadły dość pomyślnie i zachęcały do dalszych doświadczeń. W końcu tegoż roku DRZEWIECKI ²⁾ ogłosił kilka przypadków zapalenia opłucnej, z dobrym skutkiem leczonych salicylanem sodu i salolem. Praca ta jeszcze więcej zachęciła mnie do dalszych badań i w każdym następnie przez siebie spostrzeganym przypadku zapalenia opłucnej stosowałem przetwory salicylowe bądź same tylko, bądź razem z innemi środkami leczniczemi. Tym sposobem przez ostatnie 1½ roku leczyłem 19 chorych na zapalenie opłucnej, z tych o 13 posiadam dokładne notatki.

I. Leokadja K., lat 10 licząca, córka urzędnika, poprzednio zupełnie zdrowa, zachorowała w dniu 8 Maja 1888 r. na ogólne niedomaganie, dreszcze,

¹⁾ HUBER. Ueber die diuretische Wirkung der Salicylsäure. Deutsch. Arch. f. klin. Medic. T. 41. 1887 r..

²⁾ DRZEWIECKI. Przyczynek do leczenia pierwotnych ostrych zapaleń opłucnej za pomocą salicylanu sodu lub salolu. Medycyna. 1887.

występujące zawsze o jednej porze, około godziny 12-tej w południe. Wezwany do niej w dniu 15 Maja znalazłem, co następuje: chora blada, źle odżywiana, gorączkuje [39,3° C. — tegoż dnia rano ciepłota była 37,6° C.]. Przy badaniu klatki piersiowej znaleziono stłumienie odgłosu opukowego z prawej strony z przodu na linii sutkowej pod III żebrem, na linii pachowej pod V; z tyłu stłumienie sięga do połowy łopatki. Na miejscu stłumienia szmer oddechowy osłabiony, zaledwie słyszalny, rzężeń wcale nie ma. Na lewej stronie granice płuc prawidłowe, oddech zaostrozony. Chora nie kaszle, nie uczuwa bólu przy oddechaniu; śledziona nie powiększona; czynność przewodu pokarmowego prawidłowa. Rozpoznałem: *pleuritis exsudativa dextra* i zaleciłem suche bańki na prawą stronę klatki piersiowej, do wewnątrz zaś salicylan sodu w roztworze [4,0 na 180,0]. Już 19 Maja stan się znacznie polepszył. Ciepłota wieczorem dochodziła tylko do 38° C., dreszczów nie było, stłumienie odgłosu opukowego zmniejszyło się o 2 ctm. W dniu 25 Maja przy dalszym stosowaniu salicylanu sodu, okładów prysznicowych na prawą stronę klatki piersiowej, stłumienie było tylko bardzo nieznaczne, szmer oddechowy wyraźnie słyszalny i tarcie opłucnej na obszernej przestrzeni, stan zaś był bezgorączkowy. W kilka dni później chora opuściła łóżko, wyjechała na wieś, gdzie szybko do sił wróciła. Niedawno widziałem ją jeszcze: jest zupełnie zdrową, dobrze wygląda, w płucach najmniejszych śladów przebytej choroby nie można odnaleźć. Cała więc choroba trwała w powyższym przypadku od początku leczenia 2 tygodnie, przez które chora wyżyła 12 gramów salicylanu sodu.

II. Piotr B., lat 22 liczący, strażnik graniczny. Przybył do szpitala w dniu 7 Stycznia 1889 r., zachorował zaś przed 4 dniami. Uskarża się na kłucie w prawej stronie klatki piersiowej i mocny suchy kaszel. Poprzednio zupełnie zdrowy, nigdy nie chorował. Dobrze odżywiany i dobrze zbudowany chory nie gorączkuje [ciepłota ranna 37° C., wieczorem 37,4° C.]. Przy badaniu znajdujemy: granice płuc z lewej strony prawidłowe i oddech zaostrozony na całej przestrzeni lewego płuca; z prawej strony spotykamy w dolnej części stłumienie odgłosu opukowego w linii sutkowej pod IV żebrem, w pachowej pod V, z tyłu nieco wyżej dolnego kąta łopatki. Na miejscu stłumienia oddech osłabiony i liczne suche świszczące rzężenia. Granice stłumienia serca prawidłowe, tony czyste, pierwszy ton tylko słaby, mało słyszalny. Śledziona nie powiększona. Czynność przewodu pokarmowego prawidłowa. Rozpoznanie: *pleuritis exsudativa dextra cum bronchitide*. W dniu przybycia chorego do szpitala zapisano tylko małe dawki morfiny z powodu kaszlu, które chory przyjmował przez następne dni, oraz bańki cięte i okłady. 13 Stycznia. Przy badaniu znajdujemy stłumienie z prawej strony z przodu w linii sutkowej pod III żebrem, z tyłu zaś stłumienie sięga do połowy łopatki; kaszel mniejszy. Stan bezgorączkowy. Zapisano salicylan sodu w roztworze [8,0 na 180] co 2 godziny łyżkę.

14 Stycznia powtórzono jeszcze tę samą dawkę salicylanu sodu.

15 Stycznia. Przy badaniu znajdujemy stłumienie z przodu pod V żebrem, w linii pachowej pod VI, z tyłu nieco wyżej górnego kąta łopatki. Na miejscu stłumienia oddech osłabiony bez rzężeń i bez tarcia opłucnej. Stłumienie w okolicy serca powiększone znacznie w wymiarze poprzecznym. Kaszel niewielki. Tętno 56 na minutę. Stan bezgorączkowy. Moczu 1120 ctm. sześć.. Biegunki nie ma. Powtórzono jeszcze nową dawkę salicylanu sodu.

16. I. Przy badaniu zaledwie nieznaczne stłumienie znajdujemy i z przodu i z tyłu. Szmer oddechowy nieco osłabiony bez rzężeń. Tarcia opłucnej nie ma. Chory jednak uskarża się na szum w uszach i mocne osłabienie. Salicylan sodu odstawiono.

17. I. Stan ten sam. Tętno 68. Moczu 1250 ctm. sześć..

18. I. Tętno 60. Moczu 1350 ctm. sześć..

19. I. Tętno 64. Moczu 960 ctm. sześć..

20. I. Tętno 60. Moczu 990 ctm. sześć..

21. I. Przy badaniu nie znaleziono stłumienia, oddech wszędzie dobrze słyszalny, rzężeń nie ma, kaszlu nie ma. Tętno 60. Moczu 960 ctm. sześć..

W takim stanie chory pozostawał aż do 1 Lutego. Od tego czasu na nowo uczuł ból w prawym boku. Przy badaniu w dniu 4 Lutego znaleziono znowu wysięk, sięgający z przodu aż do IV żebra, w linii pachowej do VI, z tyłu do dolnego kąta łopatki. Zastosowano znowu salicylan sodu w tychże dawkach i już 12 Lutego znaleziono znaczne zmniejszenie wysięku. Wysięk jednak następnych dni pomimo stosowania salicylanu sodu dość energicznego, oraz przyszczydeł, powoli bardzo zmniejszał się i dopiero 26 Lutego nie znaleziono stłumienia, a natomiast szmer oddechowy prawidłowy; w dniu 5 Marca chory mógł się wypisać ze szpitala.

W przypadku powyższym mieliśmy do czynienia z powrotem sprawy chorobowej. Dość znaczny wysięk, po użyciu 24,0 salicylanu sodu, w trzy dni prawie zupełnie ustąpił. Przy powrotnym wysięku salicylan sodu już nie działał tak szybko; chory potrzebował wyżyć więcej niż 80,0 salicylanu w przeciągu 22 dni, nim wysięk uległ zupełnemu wessaniu.

III. Prokop K., lat 25 liczący, strażnik graniczny, przybył do szpitala w dniu 5 Lutego r. b., uskarżając się na ból w lewej stronie klatki piersiowej, trwający już od 2 tygodni. Chorował w domu przed 3 laty na zimnicę, zresztą żadnej innej choroby nie przebywał. Przy badaniu znaleziono: granice prawego płuca prawidłowe, z lewej strony stłumienie odgłosu opukowego w dolnych częściach w linii sutkowej od V żebra, w pachowej od VI, z tyłu od dolnego kąta łopatki. Na miejscu stłumienia oddech osłabiony, bez rzężeń, z przodu wyraźnie słyszalne tarcie opłucnej. Drżenie głosowe klatki piersiowej z lewej strony zmniejszone, półksiężycowa przestrzeń TRAUBE'go prawidłowa. Serce nieco przesunięte na prawo, tony czyste. Czynność przewodu pokarmowego prawidłowa, stan bezgorączkowy. Rozpoznanie: *pleuritis exsudativa sinistra*. Jako leczenie od razu zastosowano salicylan sodu w roztworze [8 na 180].

7. II. Zmian jeszcze nie znajdujemy żadnych. Ciepłota ranna 37,2° C., wieczorna 37,7° C.. Tętno 92.

8. II. Granice stłumienia obniżone na 2 ctm., z przodu już stłumienia nie znajdujemy, w linii zaś pachowej na VII żebrze, z tyłu na X. Tarcia opłucnej nie ma. Stan bezgorączkowy. Moczu 1200 ctm. sześć.. Ciężar właściwy 1023. Salicylan sodu powtórzono.

9. II. Tętno 80. Stan bezgorączkowy. Moczu 1350 ctm. sześć..

10. II. Tętno 90. Stan bezgorączkowy, moczu 1100 ctm. sześć.. Salicylan sodu powtórzono.

11. II. Stłumienia ani z przodu, ani z boku nie ma, z tyłu zaś nieznaczne; szmer oddechowy wyraźnie słyszalny bez rzężeń i bez tarcia. Tętno 64. Moczu 960 ctm. sześć.. Ciężar właściwy 1025.

12. II. Chory uskarża się na bóle, biegunkę i ciśnienie w dołku. Salicylan sodu odstawiono.

17. II. Objawy ze strony żołądka i kiszek ustąpiły. Nieznaczne stłumienie na 2 ctm. z tyłu, szmer oddechowy prawidłowy, kaszlu nie ma.

19. II. Chory wypisuje się ze szpitala.

W powyższym przypadku wysięk niezbyt wielki w lewej jamie opłucnej ustąpił prawie zupełnie w przeciągu 6 dni po zastosowaniu 24 gramów salicylanu sodu. Pewne jednak ślady wysięku pozostały.

IV. Teodor S., lat 22 liczący, strażnik graniczny. Chory od 3 miesięcy, przede wszystkim obrzmiały mu stopy i tutaj uczuwał mocny ból przy chodzeniu, później ból i obrzmienie przeniosło się do stawów rąk. Zapisał się do szpitala w dniu 6 Marca r. b.. Przy badaniu znajdujemy obrzmienie około kostek, stóp, bolesność przy ruchach tychże na obu nogach. Na obu rękach wszystkie prawie stawy palców obrzmiały i bolesne przy ruchach, reszta stawów nie zajęta. Przy badaniu klatki piersiowej z lewej strony znajdujemy stłumienie z przodu pod IV żebrzem, na linii pachowej pod VI, z tyłu prawie od połowy łopatki. Na miejscu stłumienia szmer oddechowy osłabiony z licznymi bardzo rżenieniami suchymi. Na prawej stronie stłumienia nie ma. Szmer oddechowy zaostrozony i gdzieniegdzie suche rżenia. Granice stłumienia serca prawidłowe, tony czyste. Tętno 72, stan bezgorączkowy. Czynność przewodu pokarmowego prawidłowa. Rozpoznano *rheumatismus articularum chron. et pleuritis exsudativa sinistra*. Przepisano salicylan sodu w roztworze [8 na 180].

9. III. Stan bez zmiany. Salicylan sodu powtórzono.

11. III. Przy badaniu znaleziono te same granice stłumienia, tylko rżeń mniej i kaszel mniejszy. Obrzmienie i bolesność stawów prawie bez zmiany. Lekarstwo powtórzono.

14. III. Stłumienie mniejsze z przodu i w linii pachowej o całe żebro, z tyłu stłumienie zaczyna się od dolnego kąta łopatki. Szmer oddechowy osłabiony, gdzieniegdzie tarcie opłucnej. Obrzmienie stawów mniejsze. Lekarstwo powtórzono.

16. III. Stłumienia nie znajdujemy wcale. Szmer oddechowy prawidłowy, bez rżeń. Obrzmienie stawów mniejsze, lecz jeszcze widoczne. Salicylan sodu powtórzono.

20. III. Stan ten sam. Przepisano jodek potasu.

2 Kwietnia chory wypisuje się wyleczony zupełnie z zapalenia opłucnej, niezupełnie zaś z gośćca stawowego, gdyż pozostał pewien ślad w obrzmieniu niektórych stawów palców u rąk.

W powyższym przypadku spotykamy połączenie gośćca stawowego z zapaleniem opłucnej. Wsiek opłucnej szybko ustąpił w ciągu 10 dni po zażyciu 32 gramów salicylanu sodu. Zajęcie zaś stawów nie ustępowało tak łatwo ani przy stosowaniu soli salicylowej, ani przy stosowaniu jodku potasu.

V. Antoni W., lat 37 liczący, wyrobnik. Przed laty 10 służył w wojsku w gwardyi, na służbie spadł z konia i był uderzony kopytem w piersi. Odstawiony do szpitala wojskowego przeleżał tam kilka miesięcy, wystąpiło rozległe ropienie na lewej stronie klatki piersiowej, potworzyły się przetoki, z których wychodziły kawałki kości. Przetoki te dopiero po dwóch latach zupełnie zagoiły się. Od tego czasu chory ciągle kaszle, uczuwa duszność i od czasu do czasu pokazują się obfite krwotoki płucne. Od trzech tygodni uskarża się na ból w lewym boku; ból coraz więcej potęgował się tak, że chory nie mógł już chodzić i zapisał się w dniu 13 Lutego b. r. do szpitala.

Wysokiego wzrostu, mocnej budowy, dobrze odżywiany, chory gorączkuje [ciepłota 38,4°]. Przy badaniu na lewej stronie klatki piersiowej zauważyć można blizny, po zagojonych przetokach, przyrośnięte do żeber. Prawa strona klatki piersiowej przy opukiwaniu daje odgłos nieco stłumiony. Stłumienie to wzmacnia się w miarę posuwania się ku dołowi; w dolnych więc odcinkach znajdujemy zupełną tępość odgłosu opukowego, mianowicie w linii sutkowej lewej pod III żebrzem, w linii pachowej pod IV, z tyłu od połowy łopatki. Na miejscu bezwzględnej tępości odgłosu opukowego szmer oddechowy osłabiony i liczne grubopęcherzykowe lub średniopęcherzykowe rżenia. Na lewym wierzchołku szmer oddechowy nieokreślony, z licznymi bardzo wilgotnymi rżenieniami, słyszalnymi przy wdechu, robiącymi wrażenie gotowania (*gargouillements*). Na prawej stronie

granice płuc obniżone, szmer oddechowy pęcherzykowy bez rzężeń, tylko na wierzchołku z tyłu zauważyć można nieco przedłużony wydech. Tętno serca czyste. Tętno 84. Wątroba obniżona, niebolesna, śledziona niewyczuwalna, czynność przewodu pokarmowego prawidłowa. Na zasadzie powyższego badania przypuścićby należało, że mamy do czynienia z gruźlicą płuc i następnie z zapaleniem płucnej. Wyborne jednak odżywianie, dziesięcioletni czas trwania choroby u osobnika, żyjącego w złych warunkach, nasuwały wątpliwość co do gruźlicy. Badanie płwociny na laseczniki gruźlicze, kilkakrotnie na moją prośbę przedsiębrane przez kol. ODERFELDA, nie okazało wcale tych drobnoustrojów. Na zasadzie więc tych danych postawiłem rozpoznanie: *pneumonia interstitialis chron. cum bronchiectas.; pleuritis sinistra*. Zastosowano senegę z salicylanem sodu i suche bańki na lewy bok.

18 Lutego. Przy badaniu znaleziono stłumienie z lewej strony znacznie mniejsze, przynajmniej o jedno żebro. Ból w boku mniejszy, lecz chory uskarża się na ból w stawach łokciowych, prawym ramieniowym i lewym kolanowym. Stawy te są nieco obrzmiałe i przy nacisku bolesne. Odczyn gorączkowy w nieznacznym stopniu wciąż istnieje. Ciężota ranna 38° C., wieczorna 38,3° C.. Stosowano dalej salicylan sodu.

24 Lutego. Stłumienia w dolnej części lewej strony klatki piersiowej nie znajdujemy wcale. Szmer oddechowy prawidłowy, gdziekolwiek tarcie płucnej. Ból i obrzmienie stawów mniejsze, jedynie w lewym stawie łokciowym chory uskarża się na mocniejszy ból. Stan bezgorączkowy. Powtórzone salicylan sodu.

28. II. Znowu nagle wystąpił ból w lewym boku, przy badaniu jednak ani zmian opukowych, ani wysłuchowych nie znajdujemy. Stan bezgorączkowy. Od tego czasu przez cały miesiąc były liczne wahania, obrzmiewały naprzemian rozmaite stawy, wysięk jednak płucnej nie wrócił. Dopiero w początkach Kwietnia stan zaczął się stale poprawiać, ból i obrzmienie stawów ustąpiły, zmiany jednak w lewym wierzchołku płuc pozostały, chory mocno kaszle i wykrztusza dużo płwociny ropnej. 30 Kwietnia chory wypisał się ze szpitala.

W powyższym przypadku spotykamy ciekawe powikłanie rozszerzenia oskrzeli z goścem stawowym i zapaleniem płucnej. Przypadki podobne były już opisywane przez GERHARDT'a ¹⁾. Autor ten nawet uważa rozszerzenie oskrzeli za jedną z przyczyn, wywołujących gościec stawowy. Gościec w tym przypadku był bardzo uporczywym, trwał blisko 2 miesiące; zapalenie zaś płucnej ustąpiło szybko, bo w przeciągu 11 dni po zażyciu 40 gramów salicylanu sodu.

VI. Teresa L., lat 62 licząca, wyrobnica. Zachorowała 19 Stycznia r. b., wystąpiło odrazu kłucie w prawym boku, poprzednio już dwa tygodnie mocno kaszlała. Do szpitala przybyła 26 Stycznia. O poprzednio przebytych chorobach nic od niej dowiedzieć się nie można. Przy badaniu znaleziono stłumienie odgłosu opukowego na prawej stronie klatki piersiowej, na linii sutkowej pod III żebrem, na linii pachowej pod V, z tyłu od połowy łopatki. Na miejscu stłumienia szmer oddechowy osłabiony bez rzężeń i bez tarcia płucnej. Na lewej stronie szmer oddechowy pęcherzykowy bez rzężeń. Lewa granica stłumienia serca prawidłowa, tony czyste. Śledziona nie powiększona. Czynność kanału pokarmowego prawidłowa. Ciężota 38° C.. Tętno 84. Próbnę przekłucie pokazuje wysięk surowiczy. Rozpoznanie: *pleuritis exsudativa dextra*. Przepisano salicylan sodu w roztworze [8 na 180].

¹⁾ GERHARDT. Deutsch. Arch. f. klin. Med.

27. I. Ciepłota 37,8° C., wieczorem 38° C.. Tętno 80. Moczu 600 ctm. sześciennych.

28 Stycznia. Ciepłota 37,9° C., wieczorem 38° C., mocz 960 ctm. sześć., ciężar właściwy 1021. Salicylan sodu powtórzono.

D. 29. I. Ciepłota 37,2° C.; tętno 68. Przy badaniu—stłumienia z przodu prawie nie znajdujemy, tylko poprzeczny wymiar stłumienia serca powiększony, przekracza prawy brzeg mostka na 2 ctm.. Z tyłu lekkie stłumienie od dolnego kąta łopatki. Tarcia opłucnej nie ma. Moczu 720 ctm. sześć., 1022 ciężar właściwy. Salicylan powtórzono.

D. 30. I. Stan bezgorączkowy. Chora przy oddechaniu nie uczuwa żadnego bólu, kaszlu prawie nie ma. Stłumienia z tyłu wykazać nie można. Moczu 600 ctm. sześć., 1028 ciężar właściwy. Mocny szum w uszach. Stosowania salicylanu sodu zaprzestano.

D. 31. I. Moczu 600 ctm. sześć., 1028 ciężar właściwy. Stan bezgorączkowy.

Dnia 1 Lutego. Mocz 900 ctm. sześć., 1021 ciężar właściwy.

Dnia 2. II. Przy badaniu nie znajdujemy ani stłumienia odgłosu opukowego, ani zmiany w sile szmeru oddechowego, tylko poprzeczny wymiar stłumienia serca znacznie powiększony ¹⁾. Tarcia opłucnej nie ma. Moczu 1200 ctm. sześć. 1020 ciężar właściwy.

D. 12. II. Chora wypisała się ze szpitala.

W przypadku powyższym wysięk surowiczy opłucnej zupełnie uległ wessaniu w przeciągu 4-ech dni, po wyżyciu 24 gramów salicylanu sodu.

VII. Andrzej B.... lat 27, strażnik ziemski, zachorował 21 Kwietnia b. r.. Powoli wystąpił kaszel mocny, oraz ból w lewym boku. Poprzednio zupełnie zdrow, nigdy nie chorował. Chory mocno zbudowany i dobrze odżywiany, gorączkuje [ciepłota rano 37,8° C., wieczorem 38,4° C.]. Przy badaniu znaleziono: z lewej strony stłumienie na linii pachowej pod VI żebrem, z tyłu od połowy łopatki, z przodu w linii sutkowej stłumienia nie ma. Na miejscu stłumienia szmer oddechowy osłabiony bez rżżeń. Z przodu, bliżej okolicy serca, niezmiernie liczne i obszerne tarcie opłucnej. Drżenie głosowe na klatce piersiowej z lewej strony osłabione. Granice prawego płuca prawidłowe, szmer oddechowy pęcherzykowy, prawidłowy bez rżżeń. Tony serca czyste. Śledziona nie powiększona. Czynność przewodu pokarmowego prawidłowa. Rozpoznanie: *pleuritis exsudativa sinistra*. Przepisano salicylan sodu [8 na 180] i 20 suchych baniek.

Dnia 1 Maja. Salicylan sodu powtórzono.

Dnia 2. V. Przy badaniu znaleziono stłumienie z tyłu od dolnego kąta łopatki, w linii pachowej pod VI-em żebrem. Z przodu na obszernej przestrzeni tarcie opłucnej. Ból nieco mniejszy. Mocny szum w uszach. Stan bezgorączkowy. Zaprzestano stosowania salicylanu sodu, a przepisano napar z ipeki z morfiną.

Dnia 3. V. Stan ten sam.

Dnia 4. V. Przepisano znowu salicylan sodu w tych samych dawkach.

Dnia 6. V. Salicylan sodu powtórzono.

Dnia 7. V. Salicylan sodu powtórzono.

Dnia 8. V. Przy badaniu—stłumienia z tyłu nie ma, w linii pachowej stłumienie zaczyna się pod VIII żebrem. Szmer oddechowy prawidłowy. Tarcie opłucnej mniejsze. Szum w uszach.

¹⁾ O znaczeniu tego objawu w prawostronnem zapaleniu opłucnej patrz moja praca: Przyczynę do rozpoznawania prawostronnych wysięków opłucnej. Przegl. lekarski. 1888.

Dnia 10. V. Ani stłumienia, ani tarcia opłucnej nie ma. Kaszel niewielki 12. V. Chory wypisuje się ze szpitala.

W powyższym przypadku wysięk opłucnej ustąpił w ciągu 8 dni, po wyżyciu przez chorego 40 gramów salicylanu sodu.

VIII. Piotr Cz..., lat 23, strażnik graniczny, przybył do szpitala 19 Grudnia 1888, uskarżając się na kaszel suchy, męczący i ból w prawym boku. Choroba zaczęła się przed trzema dniami. Przy badaniu znaleziono granice obu płuc prawidłowe, szmer oddechowy pęcherzykowy, liczne, suche, świszczące rżenia. Granice stłumienia serca prawidłowe, tony czyste. Sledziona nie powiększona, czynność kanału pokarmowego prawidłowa, stan bezgorączkowy. Rozpoznano: *bronchitis acuta*, a przepisano suche bańki i małe dawki morfiny.

Stan taki prawie bez zmiany trwał aż do 10 Stycznia. Kaszel nie ustępował, chory ciągle uskarżał się na ból w prawym boku. Dopiero 10 Stycznia spostrzeżono przy badaniu stłumienie odgłosu opukowego z przodu pod V-tym żebrem na linii sutkowej, z tyłu zaś od dolnego kąta łopatki. Na miejscu stłumienia szmer oddechowy był nieco osłabiony z licznymi suchymi rżeniami. Równocześnie zauważono stłumienie w dolnej części mostka, przechodzące nawet za prawy brzeg tegoż. Wobec takich zmian rozpoznanie małego wysięku opłucnej nie ulegało najmniejszej wątpliwości. Przepisałem więc salicylan sodu [8 na 180]. Dawkę tę jeszcze raz powtórzyłem 12 Stycznia, a 13 już żadnych śladów stłumienia odgłosu opukowego nie znalazłem. Rzecz dziwna, że i rżenia suche, które uparczywie dotychczas trzymały się dolnego odcinka prawego płuca równocześnie zniknęły. Ból jednak pozostał i dopiero po dwukrotnem zastosowaniu przyszczydła na prawy bok ustał. Chory wypisał się ze szpitala dopiero 13 Lutego zupełnie zdrowym.

IX. E. D., lat 26, żona urzędnika, zachorowała 1-go Kwietnia r. b. na mocny kaszel i kłucie w prawej stronie klatki piersiowej pod sutką. Równocześnie wystąpiły dreszyczki, po których w kilka godzin mocno się pocila. Chora pochodzi z rodziny zdrowej bez żadnego dziedzicznego usposobienia do gruźlicy. W 16 roku życia przechodziła jakąś chorobę płuc, wskutek której miała być zagrożoną suchotami. Stan ten jednak wkrótce się polepszył i do tego czasu cieszyła się zupełnem zdrowiem, często jednak zapadała na nieżyt błony śluzowej dróg oddechowych. Wezwany do niej dnia 6 Kwietnia, znalazłem stłumienie odgłosu opukowego z przodu, idące od przyczepienia się chrząstki czwartego żebra do mostka, skośnie aż do linii pachowej przedniej. Na miejscu stłumienia zauważyć można było wyraźne tarcie opłucnej. Szmer oddechowy prawidłowy z licznymi suchymi rżeniami. Na prawym wierzchołku zauważyć można było nieznaczne stłumienie odgłosu opukowego i z przodu i z tyłu, oraz szmer oddechowy prawie nieokreślony bez rżeń. Na całej przestrzeni lewego płuca szmer oddechowy zaostrozony bez rżeń. Lewą granicę stłumienia serca znalazłem prawidłową, tony czyste, sledzionę nieco powiększoną, czynność kanału pokarmowego prawidłową. Ciężota 39,5° C., oddech i tętno mocno przyspieszone. Rozpoznanie prawostronnego zapalenia opłucnej było wobec tego bardzo łatwe. Zachodziła jednak kwestja, czy owo zapalenie nie jest następstwem wskutek istniejącej gruźlicy płuc, na co zdawało się wskazywać owe wyraźne zmiany w wierzchołku prawego płuca. To też rokowałem wątpliwie, a co do leczenia przepisałem antypirynę i małe dawki narkotyków. Dla rozstrzygnięcia wątpliwości rozpoznawczej poleciłem przesłać płwocinę do dokładnego zbadania. Brat chorej, kol. BAZYLEWICZ, powiadomił mnie, że dwukrotne badanie płwociny, przez kol. BUJWIDĄ dokonane, nie okazało gruźliczych drobnoustrojów. Wysoka nieprawidłowa gorączka z licznymi wahaniami wzbudzała drugie podejrzenie na ropne zapalenie opłucnej. Przekłucia próbnego

chora nie pozwalała zrobić, z wyjątkiem jednorazowego, które prawdopodobnie wskutek wadliwości strzykawki nie dało żadnych wyników. Tym sposobem długi czas wahając się z rozpoznaniem, nie odrazu przystąpiłem do stosowania przetworów salicylowych i dopiero w dniu 13 Kwietnia przepisałem chorej salol. Przebieg całej choroby najlepiej przedstawi w krótkości następująca tablica:

Dzień.	Ciepłota.	Środki stosowane.	U w a g i.
6. IV.	r. 39,2° C. p. 39,8° " w. 38,8° "	Bańki suche, narkotyki.	
7	r. 29,3° " p. 38,9° " w. 37,3° "	Antypiryny 0,8.	
8	r. 38,7° " p. 38,2° " w. 39,5° "	Antypiryny 0,8.	
9	r. 40,5° " p. 38,4° " w. 38,2° "	Antypiryny 0,8.	Wysięk powiększył się. Stłumienie wyraźne z tyłu od dolnego kąta łopatki, z przodu stłumienie od dolnego brzegu IV żebra.
10	r. 39,7° " p. 39,2° " w. 37,3° "	Apomorfiną z morfiną i jeszcze raz bańki suche, kreozot.	
11	r. 39,6° " p. 38,6° " w. 37,6° "	To samo.	Wysięk powiększył się, z przodu stłumienie pod III-ciem żebrzem, z tyłu od połowy łopatki.
12	r. 39,4° " p. 38,7° " w. 38,5° "	To samo.	
13	r. 39,3° " p. 38,0° " w. 37,5° "	Salolu 4 dawki po 0,8.	
14	r. 37,5° " p. 38,2° " w. 38,8° "	Salolu 4 dawki po 0,8.	
15	r. 39° " p. 37,6° " w. 37,8° "	Salolu 2 dawki po 0,8 Okłady przysznicowskie.	Wystąpił wysięk z lewej strony. Nieznaczne stłumienie z tyłu w dolnej części i wyraźne tarcie opłucnej w okolicy serca z lewej strony.
16	r. 38,3° " p. 38° " w. 36,6° "	Salolu 4 dawki po 0,8.	
17	r. 38,7° " p. 38,2° " w. 37,3° "	Salolu 4 dawki po 0,8.	
18	r. 37,0° " p. 37,6° " w. 37° "	To samo.	Z lewej strony tarcie opłucnej ustąpiło. Z prawej strony stłumienie zmniejszyło się o całe żebro.
19	r. 37,5° " p. 37° " w. 37,1° "	To samo.	
20	r. 36,9° " p. 36,9° " w. 36,8° "	To samo.	Stłumienia z tyłu z prawej strony nie ma, z przodu tylko w okolicy prawego brzegu mostka. Tarcie opłucnej nieznaczne. Na lewej stronie ani stłumienia, ani tarcia nie ma.

Dalszy przebieg był wciąż bezgorączkowym; już w dniu 25 Kwietnia żadnych śladów wysięku, z wyjątkiem stłumienia w okolicy dolnej części mostka, nie znajdujemy.

W tym przypadku wysięk ustąpił w przeciągu 12 dni po zażyciu 32 gramów salolu.

X. K. D., lat 35, urzędnik, mąż chorej, której przebieg choroby poprzednio był opisany. Zachorował w dniu 3 Maja r. b. na mocne klucie w lewej stronie klatki piersiowej w okolicy brodawki przy dreszczach i mocnej gorączce. Poprzednio już blisko dwa miesiące kaszlał. W roku zeszłym na wiosnę przechodził gościec stawowy i leczony był salolem. Gościec przeminął, nie pozostawiając żadnych śladów ani w stawach, ani w sercu. Przy pierwszym badaniu chorego, w dniu 4 Maja, znalazłem stan wysoce gorączkowy [ciepłota 40° C.], rozległe suche rżenia na obu stronach klatki piersiowej i dość rozległe tarcie na przedniej powierzchni lewej strony klatki piersiowej. Stłumienia wykazać jeszcze nie było można. Stłumienie serca prawidłowe, tony czyste. Ani obrzmienia, ani bólu w stawach nie ma. Wobec więc tych objawów bezsprzecznie miałem do czynienia z początkowym okresem ostrego zapalenia płucnej. Zaleciłem też zaraz przyszczydło na miejsce, gdzie chory uczuwał najmocniej klucie i przepisałem do wewnątrz salol co 2 godziny po 0,6 [10 gran.]. Chory przez 4 i 5 Maja wyżył 12 proszków [8 gramów salolu], po których obficie się pocił. Już wieczorem 5 Maja stan się polepszył, klucie się zmniejszyło, gorączka spadła do 37,8° C., a następnego dnia stan był już bezgorączkowy, bólu nie było. Również i tarcie płucnej bez śladu zniknęło.

XI. Wasil M..., lat 23, strażnik graniczny, zapisał się do szpitala w dniu 20 Maja b. r.. Przed wstąpieniem do służby wojskowej był zupełnie zdrow, nigdy nie chorował. Służbę wojskową początkowo odbywał w mieście Chersonie, tam przez ½ roku miał uporczywą zimnicę, ostatni napad zimnicy miał w połowie Kwietnia przed wyjazdem. Z Chersonu przeszedł na służbę do straży granicznej do Częstochowy i tutaj nagle przed 4-ma dniami zachorował na dreszcze, kaszel i klucie w prawym boku. U chorego dobrze zbudowanego, lecz wychudzonego, znaleziono przy badaniu na prawej stronie klatki piersiowej stłumienie w linii sutkowej pod V-tem żebrem, w linii pachowej pod VI-em żebrem, z tyłu od połowy łopatki. Na miejscu stłumienia z tyłu szmer oddechowy osłabiony, z przodu dobrze słyszalny, lecz z bardzo obszernem tarcie płucnej. Na prawym wierzchołku szmer oddechowy zaostrozony i suche rżenia. Granice lewego płuca prawidłowe, szmer oddechowy pęcherzykowy prawidłowy i gdziekolwiek suche rżenia. Granice stłumienia serca prawidłowe, tony czyste. Górna granica śledziona na VII-mem żebrze w linii pachowej lewej, śledziona twarda, wystaje na kilka ctm. z pod łuku żebrowego. Łaknienia nie ma, brzuch miękki, zapadnięty, zaparcie stolca. Ciepłota 38,8° C., tętno 100. Postawiłem rozpoznanie: *pleuritis exsudativa dextra*, powikłana zakażeniem zimniczem. Przepisałem salicylan sodu [8 na 180].

Dnia 21 Maja. Rano ciepłota 36,7° C., tętno 68; wieczór ciepłota 38,9° C. tętno 104.

Dnia 22. V. Wystąpiły po ostatniej łyżce salicylanu sodu wymioty, szum w uszach i ogólne osłabienie. Stłumienie z tyłu jakoby się nieco obniżyło, popowyżej stłumienia wyraźne z tyłu tarcie płucnej. Przepisano salol—4 gramy dziennie. Ciepłota rano 37,5° C., wieczorem 38,3° C..

Dnia 23. V. Ciepłota 37,5° C., wieczorem 38,2° C., klucie znacznie zmniejszyło się. Stłumienie odgłosu opukowego z tyłu wyraźnie zmniejszone, zaczyna się od dolnego kąta łopatki. Mocz 400 ctm. sześciennych.

24. V. Ciepłota 37,2°, wieczór 38° C.. Mocz 1500 ctm. sześciennych.

25. V. Ciepłota 36,9°, wieczór 39° C., w południe mocny dreszcz. Mocz 2000 ctm. sześciennych.

26. V. Ciepłota 37,2°, wieczór 7,9° C.. Mocz 2200 ctm. sześć..

27. V. Ciepłota 37,5°, wieczór 38,1° C.. Mocz 2800 ctm. sześcienn.. Przy badaniu: granice stłumienia te same i na tej samej przestrzeni; tarcie opłucnej. Tylko kaszel zmniejszył się znacznie i ból ustał zupełnie.

28. V. Ciepłota 37,3°, wieczór 38,8° C.. Stłumienie powiększyło się, z przodu już jest pod IV-em żebrem, z tyłu powyżej dolnego kąta łopatki. Mocz 2800 ctm. sześcienn.. Kaszel mocniejszy.

Przez wszystkie te dni chory przyjmował po 4 gramy salolu dziennie, razem więc wyżył 32 gramy salolu. Chory jednak nie poprawia się, chudnie, wysięk nie zmniejsza się. Pozostawiono nadal salol i 29 Maja zrobiono próbne przekłucie. Wyciągnięty płyn był krwawy, nieprzezroczysty, badany pod drobnowidzem, przedstawia prawie równą ilość ciałek ropnych i czerwonych krążków krwi. W dniu 5 Czerwca zaprzestałem stosowania salolu i przepisałem choremu chininę 0,8 grama dziennie. Chory zażywał chininę przez dni 12 i stan chorego podczas zadawania chininy względnie poprawił się. Dreszcze ustały, gorączkowe wzniesienia ciepłoty były niewielkie, tylko 2 razy przez 12 dni była spostrzegana ciepłota 38° C. i to wieczorem, łaknienie wróciło a wysięk znów się zmniejszył. W dniu 17 Czerwca stłumienie z przodu było pod V-em żebrem, w linii pachowej pod VI-em, z tyłu na X-em, tarcie opłucnej na całej przestrzeni wyraźnie słyszalne. Z powodu mocnej biegunki podawania chininy w dniu 18 Czerwca zaprzestano. Chory dotychczas [początek Lipca] pozostaje w szpitalu.

W powyższym przypadku, w którym mieliśmy do czynienia z wysiękiem rodno-krwotocznym, zadawanie przetworów salicylowych [salicylan sodu i salol] pozostało bez skutku. Godnem uwagi jest, że chinina okazywała daleko lepszy skutek na przebieg choroby, oraz na zmniejszenie się wysięku. Być może, że zapalenie opłucnej w tym przypadku było następstwem zakażenia zimniczego.

[D. n].

II. O NAJNOWSZYCH POGLĄDACH CO DO WARTOŚCI METODY ZAWIESZANIA CHORYCH PRZY LECZENIU ZANIKU NERWÓW WZROKOWYCH.

Skreślił

D-r Med. Br. Ziemiński.

W pracy, ostatnio w *Recueil d'Ophtalmologie* [Nr. 5. 1889.] pomieszczonej, prof. GAŁĘZOWSKI twierdzi, że powyższy środek leczniczy—w roku 1883 po raz pierwszy przez D-ra MOCZUTKOWSKIEGO [w Odessie] w praktyce zastosowany, a następnie przez D-ra RAYMOND'a, głównie zaś przez prof. CHARCOT'a rozpowszechniony — mimo, że oddaje niezaprzeczone usługi, polepszając nieraz subiektywny stan chorych, dotkniętych wiałdem rdzenia kręgowego, a nawet modyfikując w sposób pomyślny niektóre z obiektywnych objawów tak złośliwego cierpienia, mimo to, zdaniem prof. GAŁĘZOWSKIEGO, ów środek leczniczy pozostaje bez poważniejszego wpływu na tabetyczne objawy, występujące w układzie nerwowym oka. Zawieszanie chorych z różnemi cier-

pieniami oczu, spotykaniami przy wadzie ośrodkowego układu nerwowego, pozostaje bez skutku, tak co się tyczy ruchowych nerwów oka, jak i co do nerwów wzrokowych, dotkniętych sprawą zanikową.

Podobnyż wniosek można zresztą wyciągnąć ze spostrzeżeń prof. CHARCOT'a, w szpitalu Salpêtrière dokonanych, a przez D-ra GILLES DE LA TOURETTE'a w *Progrès Médical* [NNr. 3 i 9. r. 1889] ogłoszonych: „Żadnemu z naszych chorych, nawet z tych, którzy doznali najznacniejszego polepszenia, po upływie trzech miesięcy, nie powróciły odruchy rzepkowe, podobnież objawy źreniczne pozostały *in statu quo ante*“. Pewien z tabetyków CHARCOT'a doznał na czas pewien polepszenia, poczem objawy cierpienia na nowo wystąpiły wraz z powtórnem opadaniem powieki. Bez zaprzeczenia, zawieszanie chorych działa skutecznie przy objawach, będących wynikiem władu, umiejscowionego w rdzeniu. Że zaś sprawie wladowej ulecz może zarówno rdzeń jak i inne części ośrodkowego układu nerwowego, a w szczególności różne okolice korowej istoty mózgu, co w ostatnich czasach ¹⁾ niejednokrotnie stwierdzono przy pośmiertnych oględzinach tabetyków, dotkniętych cierpieniem nerwów wzrokowych — ztąd zrozumiemy, dlaczego sposób leczniczy, przez MOCZUTKOWSKIEGO podany, skutecznym bywa jedynie przeciw objawom, występującym wskutek władu, ograniczonego do rdzenia.

D-r DARIER, zdając sprawę w Paryżkiem Towarzystwie okulistycznem z wyniku stosowania metody MOCZUTKOWSKIEGO u chorych, dotkniętych zanikiem nerwu wzrokowego, oraz stwierdziwszy zaznaczone już przez MOCZUTKOWSKIEGO [Wracz] i CHARCOT'a (*Progrès Médical* i *La pratique médicale. 1889*) pomyslnie skutki tego sposobu leczenia, oddaje się nadziei, że i okuliści odniosą znaczną korzyść ze stosowania tej metody u chorych, dotkniętych zanikiem nerwu wzrokowego. D-r DARIER twierdzi, że wszyscy jego chorzy odczuwali, co do stanu oczu, wyraźne podmiotowe polepszenie, a nawet u kilku mógł przedmiotowo przekonać się, że siła wzroku stosunkowo znacznie wzmożła się: w jednym przypadku z $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{3}$, a potem prawie do $\frac{1}{2}$; w innym (przy *atrophia nervi optici juvenilis*) z $\frac{1}{1}$, do $\frac{1}{6}$ tak, że chory, który od trzech miesięcy nie był w stanie odczytywać dzienników, w krótkim czasie z łatwością—bez użycia okularów — mógł to czynić; nareszcie u 38-letniego tabetyka, u którego objawy chorobowe raptownie występowały, metoda MOCZUTKOWSKIEGO miała przywrócić „do pewnego stopnia“ odruchy rzepkowe. Wyniki te D-r DARIER otrzymał po sześciotygodniowym stosowaniu omawianego sposobu leczenia.

W dyskusyi, jaka wywiązała się wskutek powyższej komunikacji, zaznacza WECKER, że stosowanie przez niego tej metody przy zaniku nerwu wzrokowego u tabetyków pozostało bez skutku; WECKER sądzi, że zdaje się być wskazaniem zalecenie tej metody przy kurczu powieki (*blepharospasmus*) w celu naciągania nerwu twarzowego. D-r LANDOLT przytacza zdanie CHARCOT'a, że metoda zawieszania chorych okazuje się bezskuteczną wobec mózgowych objawów władu. D-r GILLET DE GRAMMONT dodaje, że mimo ulepszeń, jakie wprowadził w przyrządzie do zawieszania chorych, nie godnego

¹⁾ ERNEST JENDRASSIK. Deutsches Archiv f. klin. Med. XLIII.

uwagi w wynikach tego leczenia nie spostrzegł: wszelkie polepszenie w stanie wzroku jest tu natury czysto psychicznej. D-r PARINAUD, który, jako jedyny okulista, jest czynnym w Salpêtrière, twierdzi, że, dokładnie badając stan oczu chorych, leczonych podług tej nowej metody, żadnego polepszenia nie znalazł. D-r ABADIE, wyrażając się z równym zapalem, jak DARIER, o tym sosobie leczenia przypomina, iż polepszenie wzroku pacjentów można było obiektywnie stwierdzić; nadmieniam jednak, że najlepsze wyniki dały się osiągnąć u chorych nie tabetyków — szczególnie zaś pomyślny wynik był oczywistym u pewnego młodzieńca, dotkniętego samoistnym zanikiem nerwów wzrokowych.

W konkluzji D-r DARIER wyraża się, iż jest zwolennikiem metody zawieszania chorych przy zaniku nerwów wzrokowych, gdyż chorzy podmiotowo o wiele lepiej czują się — polepszenie jest w tym razie trwalszem, niż po bezpośrednim naciąganiu nerwu wzrokowego; nareszcie nawet najdrobniejsze zwiększenie się siły wzroku jest godnem uwagi. Czy ten pomyślny skutek wynika raczej z polepszenia się ogólnego stanu chorego, czy też z bezpośredniego oddziaływania na odżywcze ośrodki w rdzeniu? — to i owo przypuszczenie jest tu możebnem. Chorych należy zawieszać wprost za głowę, zakładając właściwy kołnierz pod brodę i na potylicę, pętle zaś, przypadające pod pachy (*brassières*), zakładać jedynie w chwili, skoro ciągnięcie staje się nader przykrem. Posiedzenia powtarza się systematycznie co dwa dni.

Sam miałem sposobność, w ostatnich dwóch miesiącach, badać stan oczu trzech mych dawnych chorych, dotkniętych w różnym stopniu [posiadających jednak pewną siłę wzroku] objawami zaniku nerwów wzrokowych pochodzenia tabetycznego; chorzy ci poddali się za granicą leczeniu metodą Moczutkowskiego. Mimo całego entuzjazmu chorych do tego sposobu leczenia oraz zapewnień, iż stan ich znacznie polepszył się, nie znalazłem, przy bezstronnem badaniu, najmniejszej zmiany w stanie narządu wzrokowego. Przyznać jednak należy, iż już samo utrzymanie sprawy zanikowej nerwów wzrokowych na tym stopniu, na jakim cierpienie oczne było przed rozpoczęciem leczenia — zwłaszcza w przypadkach, świeżo rozwijających się, gdzie, przy wziernikowaniu, zaznaczamy t. z. odbarwienie tarczy nerwu wzrokowego (*decoloratio papillae nervi optici*) — byłoby nieocenionym wynikiem tej metody wobec bezsilności wszelkich innych tu dotychczas stosowanych środków leczniczych. Teoretycznie wydaje się to nieprawdopodobnem; praktyce, sumiennym badaniom klinicznym, na szerszą skalę przedsięwziętym, ostatni głos przyznać musimy.

Przy ocenie wyników tej, jak każdej innej, w różnych epokach zaleconej metody leczenia cierpienie oczu natury tabetycznej, należy zachować się nader sceptycznie — zwłaszcza, skoro leczenie dotyczy niedowładu lub porażenia nerwów ruchowych oka (*paresis* lub *paralysis nervi abducentis*, albo pojedynczych gałązek *nervi oculomotorii*), gdyż te objawy chorobowe, przy władze rdzenia po prostu występujące, są w zasadzie przemijające tak, że nieraz bez wszelkiego leczenia znikają, niekiedy nie wznowiając się w obrębie czynności danego nerwu, lecz wcześniej lub później dotykając inny nerw oczny.

NOTATKI LEKARSKIE.

9. Przypadek zupełnego wrodzonego braku macicy i pochwy.

Dnia 5 Listopada roku zeszłego zjawiała się do mnie włościanka ze wsi Szunkajmie, gminy Tomaszbudzkiej [gubernii Suwalskiej], N. N., uskarżając się na brak dzieci [pomimo pożycia z mężem przez lat 8], oraz na brak prawidłowego miesiączkowania, zamiast którego co miesiąc powtarzają się rozmaite dolegliwości, trwające od dni kilku do kilkunastu.

Przy oględzinach znalazłem: N. N., blondyna, średniego wzrostu, licząca lat 28; budowę ciała ma zupełnie prawidłową, sutki piersiowe prawidłowo rozwinięte, średniej wielkości, nie obwisłe, brodawki prawidłowe. Narządy płciowe zewnętrzne również prawidłowe, wargi sromne zewnętrzne i wewnętrzne średniej wielkości; między wargami wewnętrznymi odrazu rzuca się w oczy brak prawidłowego otworu pochwowego, w miejscu odpowiednim widać pofałdowaną, zgrubiałą błonę śluzową; także fałdy okalają i ujście cewki moczowej, prawidłowo umieszczonej. Ku przodowi od *fossa navicularis* widzimy znaczniejsze zagłębienie w postaci lejka; błona śluzowa w tem miejscu jest bardzo podatną, o czem przekonywamy się, wprowadzając palec, który bez najmniejszego oporu cały się zagłębia w krocze. Palcem wyraźnie można było wymacać przednią i tylną ściankę mniemanej pochwy. Rozciągnąwszy między palcami wspomniane fałdy błony śluzowej, wprowadziłem igłę strzykawką Pravaz'a, która doznała tylko chwilowego oporu, przechodząc przez błonę śluzową, następnie dawała wrażenie, jakby się przesuwała w przestrzeni zajętej tylko powietrzem; próba wydobycia za pomocą pomienionej strzykawki zawartości dała wynik ujemny — strzykawka pozostała pustą. Chora opowiedziała mi, że przed zamążpójściem radziła się u powszechnie znanego w tych okolicach lekarza — dobrego praktyka, który po obejrzeniu zadecydował, że „wrota“ nie są otwarte, czyli że błona dziewicza jest zarośniętą, ale że zamążpójście ją wyleczy. Lecz po 8-iu latach pożycia z mężem, nie mogąc się doczekać dzieci, ani zjawienia się prawidłowego miesiączkowania, zaniepokojona zwróciła się do akuszerki, która, obejrawszy, zadecydowała, że potrzeba przeciąć błonę dziewiczą, a wszystko będzie dobrze. W tym właśnie celu chora zwróciła się do mnie, domagając się koniecznie operacji. Na zasadzie opinii mego poprzednika oraz swego własnego badania, przyszedłem do przekonania, że mamy do czynienia z wrodzonym brakiem otworu w błonie dziewiczej, która skutkiem długoletniego spółkowania zgrubiała i rozciągnęła się, formując wyżej wzmiankowany lejek.

Przy pomocy pana Z. przystąpiłem do przecięcia błony, lecz ku memu zdziwieniu, pomimo przekroju przynajmniej na 2—3 milim. wgląd błony, do otworu pochwowego jeszcze nie dotarłem. To mię naprowadziło na myśl, że nasze rozpoznanie może być mylne. Zaniechawszy przeto dalszej operacji, przystąpiłem do ściślejszego zbadania narządów płciowych. Przyłożywszy do krwawiącej rany tampon z waty, wprowadziłem prawy wskaziciel do odbytnicy, lewym zaś wypychałem w międzycrocze ów tampon; palcem, wprowadzonym do odbytnicy, nigdzie nie mogłem wymacać ani śladów macicy, swobodnie nim obchodziłem w koło sztucznej, za pomocą tampona wypiętej, pochwy i docierałem do podstawy pęcherza oraz cewki moczowej. Przez ostatnią wprowadziłem do pęcherza metalowy kateter i znowu badałem palcem przez odbytnicę. Kateter doskonale dawał się wymacać i wyczuć można było, że oddziela go od palca cienka tylko warstwa tkanek. To badanie powtórzone kilkakrotnie, dostatecznie mnie przekonało, że mamy do czynienia z zupełnym brakiem macicy oraz pochwy, jeżeli nie przyjmować za ostatnią zagłębienia w błonie śluzowej, spowodowanego długoletnim spółkowaniem.

Dalszej operacji zaniechałem ku ogromnemu niezadowoleniu chorej, przekonanej, że przecięcie małej dziurki wszystkiemu złemu koniec położy. Narzekać zaś miała bardzo słuszne powody, gdyż czując prawidłowy, a nawet wzmożony pociąg płciowy, nie znajdowała w stosunku nietylko żadnego zadowolenia, lecz czuła się po każdym akcie zupełnie rozstrojoną przez dni kilka. Mąż dodał od siebie, że podczas aktu żona jego często omdlewa. Oprócz tego dokuczają jej co miesiąc powtarzające się objawy, w części zwykłe, w części zaś niezwykle u kobiet prawidłowo miesiączkujących, jako to: ogólne niedomaganie, ból w krzyżu, niewyraźny, głęboki ból w pachwinach, przechodzący do międzykrocza; chora czuje, jakby się coś we środku przelewało po krzyżu ku dołowi; piersi przytem silnie nabrzmiewają i dokucza ból głowy od dni kilku do kilkunastu. Godniejszym uwagi jest to, że w dolnej części brzucha w okolicach pachwinowych zjawiają się guzy [z lewej strony większy — objętość pięści], które po dniach kilku, przy objawach zwiększenia ilości oddawanego moczu, znikają; mocz, podług słów chorej, staje się wtedy czerwonym, jak krew. Oprócz tego ostatnimi czasy zaczęła się zjawiać co miesiąc i puchlina nóg, ustępująca również jak i guzy w pachwinach przy objawach wzmożonego oddawania moczu. Przy obmacywaniu brzucha w okolicy pachwinowej lewej strony można wymacać walcowaty twór, objętości dużego palca, grubszym końcem zwrócony do góry, ku dołowi zaś przechodzący w powrózek grubości małego palca i skierowany ukośnie z góry i zewnątrz ku dołowi i na wewnątrz do podstawy pęcherza moczowego. Z prawej strony takż powrózek, tylko nieco mniejszej objętości i przebiegający w tymże kierunku.

Z wywiadów dowiedziałem się, że N. N. [podług słów jej matki] urodziła się ciężko [wiejska baba wyciągnęła ją rękami], z jakimś czerwonym na międzykroczu guzem, który wkrótce znikł. *Molimina menstrualia* zaczęły się w 16 roku życia, lecz jakoby po przyjęciu olejku bursztynowego i łyżki terpentyny ustąpiły zupełnie, zjawily się zaś znowu w kilka lat po zamążpójściu. Z chorób przechodziła tylko tyfus, zresztą do 16-go roku życia czuła się zupełnie zdrową.

Z powyższego widzimy, że mamy tutaj do czynienia z wrodzoną potwornością, polegającą na zupełnym braku macicy i pochwy. Co się tyczy jajników, to jakkolwiek ich dobrze nie udało mi się wymacać, przypuszczam, że one muszą być w związku ze wspomnianymi walcowatymi tworami, które nie są prawdopodobnie niczem innem, tylko znakomicie powiększonymi trąbami FALLOPIUSZ'a, odgrywającemi w czasie miesiączkowania rolę macicy i być może połączonymi z pęcherzem moczowym; czem dałoby się wytłómaczyć zjawianie się co miesiąc guzów w pachwinach, znikających w ciągu dni kilku przy objawach zwiększonego wydzielania krwawego moczu.

Możnaby też przypuścić, że trąby FALLOPIUSZ'a nie są w ścisłym związku z pęcherzem moczowym, a tylko, że mają kierunek więcej pionowy i zrosły się z jego podstawą, krwawy zaś mocz należałoby w tym razie przypisać chyba krwotokowi zastępczemu (*menstruatio vicaria*). Rozumie się, że ściślejsze określenie wewnętrznych zbroczeń anatomicznych, mogących rzucić pewniejsze światło na przyczynę nieprawidłowości w danym razie, możebnem byłoby tylko na stole sekcyjnym.

Zupełnie prawidłowa pod innemi względami budowa organizmu, właściwa ustrojowi niewieściemu, oraz brak jakichkolwiek moralnych zbroczeń w charakterze u naszego osobnika, przemawiają za prawidłową [przynajmniej względnie] czynnością jajników, które niezależnie od braku macicy i pochwy musiały się ozwinać prawidłowo.

Juljan Aleksa.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

44. Grube [prof. w Charkowie]. Zator tłuszczowy.

W klinice prof. GRUBE'go zdarzył się w końcu zeszłego roku bardzo ciekawy przypadek zatoru tłuszczowego, który zachęcił do bliższego zajęcia się tą sprawą chorobową i zestawienia otrzymanych wyników w zajmującej i gruntownej pracy.

W dniu 17 Października 1888 r., o godzinie 10½ wieczorem, przybył do kliniki, w stanie niezupełnie przytomnym, Grzegorz Fedorow, 38 lat wieku liczący, należący do służby Cesarskiej.

Po dokładnem zbadaniu chorego znaleziono: 1) Ślady stłuczenia głowy, twarzy i lekkie wstrząśnienie mózgu. 2) Zgruchotanie prawego obojczyka, z nieznacznem uszkodzeniem opłucnej i płuca. 3) Poprzeczne złamanie chrząstek VI i VII lewego żebra. 4) Ukośne złamanie lewej kości piszczelowej w dolnej trzeciej części. 5) Rozliczne uszkodzenia miękkich części z powierzchownymi i głębszemi wybroczynami krwi. Chory odznaczał się silną budową, rozwiniętym doskonale szkieletem i mięśniami, posiadał grubą bardzo podskórną tkankę tłuszczową.

W prawem płucu osłabiony oddech pęcherzykowy, tony serca stłumione, uderzenia słabe; przy wyjściu aorty szmer rozkurczowy. Tętno szybkie, małe, łatwo uciskać się dające.

Po dokładnem obmyciu całego ciała mydłem karbolowem, a następnie 5% kwasem karbolowym, nałożono na złamaną lewą dolną kończynę opatrunek z kawałków tektury i nagipsowanych opasek. Na lewą stronę klatki piersiowej, na przestrzeni od V—VIII żebra, nałożono opaskę, złożoną z pasków lepkiego plastra; ze względu zaś na utrudniony i bolesny oddech, w celu unieruchomienia kawałków zgruchotanego prawego obojczyka, musiano się ograniczyć tem jedynie, że prawa ręka odpowiednio ułożoną i do klatki piersiowej przymocowaną została. Na miejscu złamań położono nadto pęcherze z lodem.

W ciągu następnych dwóch tygodni, stan chorego stopniowo, ale ciągle znacznie się poprawiał: bóle zmniejszały się i nakoniec zupełnie ustały, kaszel złagodniał; płwocina, która w początkach była nieco krwawą, stała się czystą; ciepłota, tętno i oddech nie przedstawiały już nic nieprawidłowego; sen — chory miał dobry, jak również i łaknienie.

Dopiero 30 Października, rano, nagle chory począł się uskarżać na duszność, objaw ten wszakże minął bez żadnych złych następstw i w ciągu całego dnia nie było nic takiego, coby jakkolwiekbydź trwogę budzić mogło.

O godzinie 2-ej po północy chory się przebudził. Na twarzy jego malował się silny niepokój, oświadczył on ordynującemu lekarzowi, że czuje się bardzo źle. Przy znacznej duszności, poczęły szybko chłodzić kończyny, twarz zbladła, tętno zaledwie można było wymacać, skóra zimnym pokryła się potem. Przy objawie CHERNE-STOKES'a oddech stawał się coraz radszym. Wkrótce chory utracił przytomność i pomimo wszelkich środków ratunku w 15 minut życie zakończył.

Przy sekcji między innemi znaleziono:

Prawe płuco na całej powierzchni przyrośnięte do klatki piersiowej za pomocą starych, mocnych, włóknistych błon. Żyły płucne zawierały stwardniałe, ciemno-czerwone, wałeczkowate czoipy, wypełniające zupełnie światło naczyń. Śledziona nie powiększona, ciemno-czerwona, dawała na przekroju znaczną ilość ciemnej krwi płynnej. Wątroba powiększona, granice zrazików niewyraźne. Na lewej goleni skóra naprężona, zielonawo-żółta, zcieńczona. Pośrodku kości goleniowej, nad okostną, znaleziono rozlane wynaczynienie wśród

tkanki głębokiej powięzi, z oddzieleniem tejże od okostnej, przez co utworzyła się jama wielkości dłoni, zawierająca krew, podobną do dziegciu i zmieszaną z kroplami tłuszczu. Nad ścięgnem ACHILLES'a luźna tkanka łączna nacieczona krwią na pół skrzepłą i również z kroplami tłuszczu zmieszaną.

Drobnowidzowe badanie płuc wykazało obecność licznych, większych i mniejszych kropeł tłuszczu, już to rozrzuconych w tkance gdzieniegdzie, już też zgrupowanych w oddzielne ogniska. Włosowate naczynia płuc, w ściankach pęcherzyków będące, zawierały w wielu miejscach krople i prążki tłuszczu. Włosowate naczynia tu i owdzie były przez tłuszcz na znacznej przestrzeni zatkane. Czopki te przedstawiały się, już to w postaci przerywanych wałeczków, złożonych z owalnych, wydłużonych kropeł tłuszczu, już też w postaci wałeczków jednolitych, które na miejscach rozgałęzień naczyń miały na grubszych swych końcach rozdzielające się dychotomicznie brodawkowe narosty.

Etyjologia. Najczęstszym przyczynowym momentem zatoru tłuszczowego jest mechaniczne obrażenie, szczególnie też, jeśli ono łączy się z uszkodzeniem szpiku kostnego, gdyż w tym razie tłuszcz, w który obfitują długie kości, z łatwością do krwi się dostaje. Drugie w tym względzie miejsce zajmują ostre i przewlekłe zapalne sprawy w kościach [14%]; przewlekłe ropienia części miękkich [11%], mechaniczne uszkodzenia tychże [7%], zwyrodnienia szpiku kostnego [7%], obrażenia obfitujących w tłuszcz tkanek jamy brzusznej [2%] i t. p. Prócz tego, rzadziej spotyka się go przy gorączce połogowej, eklampsji, suchotach, moczowce, ropnem zapaleniu płucnej, przymocie, wiądzie starczym i t. d..

U mężczyzn zator trafia się w trójnasób częściej, niż u kobiet, co zresztą da się łatwo objaśnić rodzajem zajęcia mężczyzn, wystawionych więcej na mechaniczne obrażenia. Dzieci i starcy, których szpik kostny w tłuszcz jest uboższy, rzadziej ulegają temu cierpieniu, spotyka się je najczęściej u osób między 21 a 50 rokiem życia.

Anatomija patologiczna. Jedyne tylko zupełnie wolny i płynny tłuszcz może zatkać naczynie; zawiesina, złożona z małych, oddzielną otoczką opatrzonych cząsteczek, dokonać tego nie jest w stanie.

Przedewszystkiem mechaniczne uszkodzenie szpiku kostnego daje wszystkie warunki, niezbędne dla utworzenia się zatoru tłuszczowego. Tłuszcz, którego tu jest wiele, wydziela się zupełnie swobodnie z komórek i z krwią wylaną się miesza. Szerokie, z cienkimi ścianami włosowate żyły z łatwością wsysają tłuszcz pomieniony, dzięki aspiracji płuc i zwykłej *vis a tergo*, a dostaniu się tegoż do krwi sprzyja jeszcze i otwarte światło naczyń szpiku kostnego. Przy złamaniach kości wszystko to ma miejsce.

Przy sprawach zapalnych (*osteomyelitis acuta et chronica*) rolę krwotoku spełnia nacieczenie zapalne. Przy uszkodzeniach miękkich części, a także obfitujących w tłuszcz narządów jamy brzusznej, zator tłuszczowy tworzy się i w jeden i w drugi sposób.

Tłuszcz wszakże może i pośrednio do krwi się dostać przez uszkodzone naczynia limfatyczne [BUSCH]. Na to się prawie wszyscy zgadzają; ale prztem jedni, jak RIEDEL i inni, nie sądzą, aby w takich razach mógł utworzyć się zator tłuszczowy, gdyż zdaniem ich, na przeszkodzie temu stają gruczoły limfatyczne, przez które może się przedostać jedynie bardzo nieznaczna ilość tłuszczu i to w postaci zbyt drobnych kuleczek, aby te mogły zatkać włosowate naczynia, inni znów, jak np. WIENER, utrzymują, że pomienione filtry wcale nie przeszkadzają późniejszemu zlewaniu się cząsteczek tłuszczu i wytworzeniu się zatoru. WIENER twierdzi nadto, że płynny tłuszcz może przechodzić i do nieuszkodzonych nawet naczyń limfatycznych.

W tkance podskórnej mieści się mnóstwo gruczołów limfatycznych, dlatego też tą drogą zator (*embolia*) najpóźniej i z trudnością jedynie powstawać może.

Dostawszy się w jakibądź sposób do krwi obiegu, tłuszcz przechodzi przez prawe serce do tętnicy płucnej i zatrzymuje się w naczyniach włosowatych płuc. Jeśli zwierzę przy życiu zostaje, to tłuszcz z naczyń włosowatych gdzieś znika. Część jego znaczna, dzięki szerokości naczyń włosowatych płucnych i tej własności tłuszczu, że tworzy cienkie wałeczki, mało przylegające do ścianek naczyń, przedostaje się do wielkiego krwiobiegu. Reszta, zdaniem jednych [BERGMANN], przechodzi przez ściankę naczyń do tkanek; według innych, zamienia się w mydło, lub spala się w krwi i tkankach. SCRIBA twierdzi, że wszystkie tłuszcz stopniowo przez naczynia włosowate z małego krwiobiegu uchodzi.

Dostawszy się do wielkiego krwiobiegu, tłuszcz tworzy zatory we wszystkich narządach, a przedewszystkiem w śledzionie, wątrobie i nerkach.

W śledzionie spotyka się często w komórkach mięszu, większa zaś część jego z żylnych zatok przechodzi znów do krwiobiegu i ostatecznie do nerek się dostaje.

Nerki są głównym narządem, za pośrednictwem którego tłuszcz z ustroju się wydala. Tłuszcz gromadzi się tu przeważnie w kłębkach i wydziela się razem z płynnymi składowymi częściami moczu.

Czy obecność tłuszczu we krwi wpływa na zmianę tej ostatniej, dotąd nie wyjaśniono; gdyż nieliczne doświadczenia MAGENDIE'go, NASSE'go, SIMON'a i innych, przy których otrzymywano przez wstrząsanie krwi z oliwą rozpad czerwonych ciałek, niczego nie dowodzi, przyczyna tu bowiem jest czysto mechaniczna, a trudno przypuścić, aby takie wstrząsanie miało miejsce przy krążeniu tłuszczu w naczyniach.

W płucach, wobec zatkania naczyń tłuszczem, ma miejsce zwykły rozstrój krążenia; stopień wszakże tegoż zależy od szybkości, z jaką tłuszcz do krwi przechodzi, od obszaru, zajętego przez zator, od tego, jak długo zwierzę przy życiu pozostaje i t. p..

Chociaż płuca posiadają, jak wiadomo, końcowe tętnice, to jednak krwawych zawałów w tych razach niekiedy zupełnie nie bywa. Objasnić to można tem, iż, jak dowiódł COHNHEIM i LITTEN, rozgałęzienia tętnicy płucnej mają włosowate połączenia z gałązkami tętniczymi oskrzelowymi i w ten sposób alveolarna tkanka ubocznie odżywiana być może. Częściej jednak zawały takie bywają, ale wielkością nie przechodzą łebka od szpilki.

Prócz zawałów, spotyka się i podbiegnięcia krwią opłucnej i głębokiej tkanki płucnej, często nawet zdala od zatkanych naczyń.

Najważniejszą jednak zmianą, jaka tu zachodzi, jest obrzęk płuc. Czy powodem tego jest przekrwienie sąsiednich, niezatkanych części płuc, czy to zależy od podrażnienia ośrodka nerwów naczynio-ruchowych, przez zatkanie naczyń mózgu, czy też jest to objaw mocznicy, czy nareszcie wynik porażenia lewego serca, nie otrzymującego dostatecznej ilości krwi, zawsze obrzęk płuc bywa w tych razach powikłaniem częstym i słusznie BERGMANN stanowczo twierdzi, że zator prowadzi przedewszystkiem do ostrego obrzęku płuc. Zator naczyń włosowatych serca wielokrotnie spotykano, przytem opisywano i wynaczynienia krwi pod wsierdzie, jak również ostre rozszerzenie prawego serca, wypełnionego często mieszaniną krwi ze znaczną ilością płynnego tłuszczu.

Wątroba, otrzymując krew dwiema drogami, sprzyja bardzo nagromadzeniu się tłuszczu, który zbiera się to na obwodzie zrazików, to wśród tych ostatnich i w samych komórkach; spotykano przytem w wątrobie znaczne przekrwienie żyłne. Co do zmian w ośrodkach nerwowych, bardzo skąpe są dane. Zatory bywają tu przeważnie w naczyniach opony miękkiej mózgu i w *plexus chorioideus*. Bywa też przekrwienie żyłne opon mózgowych, przekrwienie, obrzęk mózgu, a często i wylewy krwi z włosowatych naczyń.

Objawy. 1. Ciepłota ciała. Wbrew dawniejszym poglądom STRICKER'a, BERGMANN'a, ALBERT'a i BILLROTH'a, badania CZERNY'ego wykazały, że przy zatorze tłuszczowym ma miejsce nie podniesienie, ale mniej lub więcej wyraźne, dochodzące niekiedy do 1° a nawet 2° C., obniżenie ciepłoty ciała. Obniżenia takiego może nie być, jeśli są inne warunki, sprzyjające rozwinięciu się gorączki, choć i wtedy zator tłuszczowy zdradzi się nie tak znacznem, jak tego możnaby się w danym przypadku spodziewać, podniesieniem ciepłoty.

2. Czynność serca. Wskutek zatkania naczyń włosowatych płuc, krew żylna przepełnia i rozciąga prawe serce, lewe zaś nie otrzymuje dostatecznej ilości krwi tętniczej; następstwem tego muszą być znaczne w czynności serca zaburzenia. Co do wpływu krwi, zawierającej tłuszcz, na serce, to doświadczenia RASSMANN'a wykazały obniżenie ciśnienia w naczyniach i zwolnienie tętna, a nawet, przy obfitym wstrzyknięciu oliwy, zatrzymanie serca w rozkurczu. Tem właśnie da się, zdaniem RASSMANN'a i OLSHAUSEN'a, objaśnić zwolnienie tętna w pierwszych dniach po porodzie, kiedy zwyrodniająca się tłuszczowo macica jest źródłem zatoru.

3. Narządy oddechania dają tu objawy, będące następstwem krwawych zawałów, krwotoków i obrzęku płuc. Prócz duszności i uczucia ciśnienia w piersiach, bywa kaszel z krwawą płwociną w razie zawału, lub z płwociną wodnistą i pieniącą się w razie obrzęku.

Wysłuchać przyletem można, to dźwięczne, to częściej wilgotne, tak drobno pęcherzykowe jak i wielkopęcherzykowe rżenia. Opukiwanie daje ograniczone lub też rozlane, stępienie. Oddech bywa przyspieszonym, nierównym, wdechowym; często spotyka się i objaw CHEYNE-STOKES'a.

4. Ośrodki nerwowe. Opisywano tu najrozmaitsze objawy: różnego rodzaju drgawki, zawroty głowy, wymioty, porażenia, przeważnie dwustronne, oddawanie mimowolne kału i moczu, niepokój, tęsknotę, zniechęcenie, utratę przytomności, osłabienie odruchów, upadek sił i t. p.. Co w tem mnóstwie objawów da się objaśnić zatkaniami naczyń mózgu, a co zatruciem kwasem węglanym, wskutek obrzęku płuc, lub bezkrwistością mózgu, wobec nieznacznego dopływu krwi tętniczej do lewego serca, trudno stanowczo orzec.

Pomienione zaburzenia kończą się zwykle zupełnym upadkiem sił. Pojawia się bladłość, a potem lekka sinica skóry i błon śluzowych, ziębną kończy się, tętno staje się nitkowatę, ciało oblewa się zimnym potem i następuje śmierć.

5. Nerki. W moczu z łatwością można wykryć obecność tłuszczu. SCRIBA znajdował go przy wszystkich złamaniach, to w postaci zawiesiny, to w zupełnie swobodnym stanie. HALM i RIEDEL oznaczali jedynie płynny, swobodny tłuszcz i dla tego spotykali się z nim rzadziej: pierwszy w 28%, a drugi w 42%.

Tłuszcz, w miarę rozchodzenia się po ustroju, pojawia się peryjodycznie w moczu. Według SCRIBY, pierwszy okres ma miejsce między 2 a 4 dniem, drugi między 10 i 14 dniem, bywa niekiedy trzeci i czwarty okres. Po nadejściu każdego okresu, obecność tłuszczu w moczu da się w ciągu dni kilku wykazać. Ostatecznie tłuszcz wydala się z ustroju w 3 i 5 tygodniu. Prócz tłuszczu, RIEDEL wspomina jeszcze o jakichś tworach w postaci wałeczków brunatnych, których pochodzenie jest dotąd zagadką. Objaw ten wszakże nie zawsze bywa i dla tego wielu nie uważa go za charakterystyczny dla zatoru tłuszczowego. Jeśli kłębki MALPIGII'usza są zatkane na znacznej przestrzeni, to może wystąpić bezmocz, a nawet mocznica.

Przebieg, zejście i rokowanie. Bywają bardzo lekkie przypadki zatoru tłuszczowego, z łatwością dające się przeoczyć, które należy odróżnić od przypadków ciężkich, śmiercią się kończących. W pierwszym razie wszystko ogranicza się na szybko ustępujących napadach duszności, na wydzielaniu krwawej

plwociny i ogólnym niepokoju. W przypadkach ciężkich, przy obniżeniu ciepłoty ciała, objawy powyższe nabierają coraz więcej mocy, aż nareszcie przychodzi upadek sił i śmierć. Zwykle kilkodniowy przebieg cierpienia pozwala postawić dobre rozpoznanie, niekiedy wszakże chory umiera wcześniej, nim lekarz zdąży zorientować się i zdać sobie sprawę.

Co do zejścia zatoru tłuszczowego, podzielone są zdania. Jedni przeceniają jego doniosłość, inni uważają go za powikłanie nie groźne wcale. Ze 177 przypadków zatoru śmiertelne zejście miało miejsce 16 razy, to jest 7% prawie. Statystyka ta jednak nie może dawać dokładnej miary i odpowiadać rzeczywistości, ponieważ oparta jest na niewielkiej liczbie obserwacji, a przysiętem nie obejmuje przypadków śmierci, w których tłuszczowy zator był w liczbie innych cierpień, jak niemniej przypadków, które przeoczone być mogły. Lepszą w tym względzie wskazówkę dają zmiany, zachodzące w ustroju. Następstwem zatoru tłuszczowego jest jedynie mechaniczny rozstrój krążenia krwi przedewszystkiem w płucach.

Obrzęk płuc wszakże, zdaniem WELCH'a, ma miejsce tam jedynie, gdzie $\frac{3}{4}$ naczyń płucnych uległo zatkanii, w przeciwnym razie, o ile prawe serce dosyć siły posiada, dzięki cienkim ściankom i rozciągliwości tętnicy płucnej, zbocznie wyregulowanem być może.

Tylko prawidłowa czynność serca nie pozwala zgiąć ustrojowi, w razie przeciwnym nie już na przeszkodzie nie stoi i im zator jest obszerniejszym, tem większe niebezpieczeństwo grozi ustrojowi.

Bezpośrednią przyczyną śmierci przy zatorze tłuszczowym, jest, według najbardziej rozpowszechnionego zdania, obrzęk płuc. Ponieważ wszakże obrzęk pomieniony nie zawsze bywa, przeto CZERNY przypuszcza, że i zator mózgu winić tu w części należy. BERGMANN wskazuje na porażenie serca, zależne czy to od bezkrwistości tegoż, czy od włosowatego zatoru w jego ściankach, czy od zboczeń w ośrodkach nerwowych. WAGNER widzi śmiertelne zejście, jako wynik licznych ropni przerzutowych. SCRIBA, przekonawszy się drogą doświadczeń, że dla śmiertelnego zejścia należałoby wprowadzić do krwiobiegu 210 gm. tłuszczu, to jest trzy razy tyle, ile go się w kości biodrowej znajduje, sądzi, że taka masa tłuszczu nigdy do płuc dostać się nie może i że przyczyny śmierci szukać należy w zatorze mózgu. Według obliczeń innych, tłuszczu w kiskach jest zaledwie 8—9%, dla śmiertelnego zaś zejścia potrzebaby sześć razy tyle tłuszczu, ile go się w kości biodrowej znajduje.

Przy rokowaniu można się w części kierować tem, co powyżej powiedzianem było; dokładniejszych wskazówek dotąd nie posiadamy.

Leczenie. Zaledwie kilka istnieje tutaj wskazówek:

Wstrzykiwaniem 2% roztworu sody starano się wytworzyć zawiesinę tłuszczową, ale następstwem tego bywała śmierć natychmiastowa. Proponowano przewiązanie żyły wysysającej, lecz zwykle zbyt późno przychodzi się do tego środka uciekać. Puszczanie krwi okazało się w zupełności bezskutecznem.

Na zasadzie powyżej przytoczonych danych, wypowiada autor następujące wnioski:

1. Chociaż śmiertelne przypadki zatoru rzadko się zdarzają, przy obszer-nych wszakże uszkodzeniach skieletu i części miękkich należy zawsze mieć na względzie tego rodzaju powikłanie.

2. Należy przy takich uszkodzeniach badać codziennie po kilka razy w ciągu trzech tygodni mocz, celem upewnienia się, czy nie zawiera tłuszczu.

3. Ilościowe oznaczenie tłuszczu w moczu może wskazywać na ilość tegoż w ustroju. Zmniejszenie się ilości tłuszczu w moczu i wzmagająca się duszność, ostrzegają o niebezpieczeństwie, jakie choremu zagraża.

4. Szczególniejszą uwagę należy zwrócić na duszność i na obniżenie ciepłoty. Być może, iż jednym z objawów tej duszności jest cały szereg nagłych kichań.

5. Celem uniknięcia zatoru tłuszczowego należy uszkodzone narządy pozostawić w zupełnym spokoju, to jest nałożyć odpowiedni unieruchamiający opatrunek.

6. Masaż w podobnych razach w zupełności zaniechanym być winien, gdyż może rozwinąć *vis a tergo* i sprzyjać przedostaniu się tłuszczu do naczyń.

7. Wytwarzające się przy urazie miękkich części guzy krwawe należy przeciąć i pozwolić zawartości swobodnie wypłynąć.

8. W razie wątpliwości, czy odjąć zgruchotaną część kończyny, lub czy starać się ją ocalić, należy mieć na oku i niebezpieczeństwo zatoru.

9. W razie utworzenia się zatoru tłuszczowego należy usilnie starać się za pomocą leków działających na serce i moczopędnych, a przede wszystkim za pomocą naparstnicy o to, aby nerki szybciej tłuszcz wydzielały, a serce energiczniej pracować mogło.

(*Chirurgiczieski Wiestnik*, 1889. Str. 37).

Słupecki.

Wiadomości bieżące.

— MERUNOWICZ został mianowany protomedykiem Galicji na miejsce zmarłego profesora BIESIADKIEGO.

— Na zjeździe niemieckich dentystów RICHTER wystąpił przeciw wszelkim proszkom, eliksir i t. p., jako szkodliwym dla zębów, a zaleca szczerzeczkę i mydło jako najwłaściwsze sposoby utrzymania zdrowych zębów. Korzystnie używać *Sapo oleaceus albus* z dodatkiem mińskiego, strąconego węgla wapnia i małą ilością olejku różanego lub miętowego [ewentualnie z gliceryną, co stanowi drogi „*Calodont*“ wiedeńskiej firmy SARGAJ]. Do płukania najodpowiedniejszą jest woda z olejkiem miętowym.

Nekrologija. W d. 11 Czerwca [n. s.] r. b., zakończył nagle życie na stacyi Zalesie, wracając z podróży do Wilna, D-r FRANCISZEK KSAWERY POZNAŃSKI; pochowany na cmentarzu wileńskim „Rossa“, znany jest w piśmiennictwie lekarskim jako autor licznych rozpraw z dziedziny epidemiologii, przeważnie cholery. Niektóre prace z wydanych oddzielnie pomieścił „Słownik lekarzów polskich“, wszystkie zaś wylicza BIELIŃSKI w swej *Historii Akademii wileńskiej* na stronicy 223 i 694.

Jakkolwiek teoria POZNAŃSKIEGO, odnośnie metody leczenia cholery, nie wytrzymuje krytyki naukowej, mimo to należy nam poczynać mu za zasługę, że wówczas, gdy żaden z lekarzy nie miał pojęcia o istocie tej epidemii, POZNAŃSKI zrobił pierwszy krok naprzód, zwracając głębszą uwagę na niektóre zjawiska i stosując nową zupełnie terapię symptomatyczną. Było to w r. 1848. Zauważył mianowicie, że liczba uderzeń pulsu u osób dotkniętych cholerą dochodziła do 40 na minutę, a nawet mniej; krew zaś u takich chorych była czarna i gęsta. Otoż poczynając cholerę za chorobę krwi, stosował cyanek potasu, a później ciemierzycę, jako niezawodne środki dla przyspieszenia krwiotęgu i rozrzedzenia krwi służące. Rzecz naturalna, że ten punkt wyjścia był z gruntu fałszywym, a terapia na takich pewnikach oparta, zawiść musiała. Znalazł POZNAŃSKI groźnych przeciwników swej teorii w tych, którzy, będąc zwolennikami poglądów, datujących się jeszcze z r. 1830, stosowali i ówczesną terapię. Najgorzej wychodzili chorzy na tych doświadczeniach, gdyż procent śmiertelności pozostawał bez zmiany.

POZNAŃSKI wynalazł osobny przyrząd, za pośrednictwem którego miał podobno możność oznaczać, które osoby są dotknięte cholerą, nawet wówczas, gdy niektóre z nich, nie doświadczały żadnych jeszcze przypadłości. Przyrząd ten widzieliśmy znacznie już ulepszony i mający dogodną formę do noszenia, wielkość zwykłego kieszonkowego termometru. Czy za pośrednictwem niego można skonstatować cholerę — nie wiemy, lecz że można obserwować uderzenia tętna nawet wówczas, gdy przy zwykłym badaniu tętno nie jest wyczuwalne — to nie ulega wątpliwości.

Urodził się POZNAŃSKI w Wilnie. Do nauk przykładał się w rodzinnym mieście. Ukończył Akademię medyczno-chirurgiczną w r. 1842. Jakiś czas praktykował w Wilnie, później przeniósł się do Petersburga, gdzie w r. 1857 promowany został na doktora medycyny. Ostatnie lata również spędził w Wilnie, lecz praktykę lekarską nie poświęcał się wcale. Do ostatniej chwili życia zajmował się naukami, a w poglądach swoich lekarskich mimo to nie wychodził z granic teorii BROUSSA'go. Należał do nielicznych dziś już zwolenników kołtuna, jako choroby ogólnej organizmu, endemicznej.

Cześć Jego pamięci!

D-r Józef Bieliński z Wilna.

Do dzisiejszego N-ru *Gazety Lekarskiej* dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog dzieł“ za Czerwiec i Lipiec, księgarni W-go Paprockiego.

Wydawca D-r **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny D-r **Wł. Gajkiewicz.**

Доволено Цензурою. Варшава, 27 Июля 1889 г.

Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.