

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. RYDYGIER. O lezeniu wola za pomocą podwiązania tętnie tarczowych (Dokończ.). — II. BR. ZIEMIŃSKI. O drzeniu gałek ocznych u osób pracujących w kopalniach węgla (Dokończ.). — III. T. A. JANISZEWSKI. Badania nad nowym sposobem leczenia ran, pod wilgotnym strupem krwi bez zmiany opatrunku (Dokończenie). — *Dział sprawozdawczy.* 47. H. SCHMIDT. Przyczynek do nauki o recydywach tyfusu brzuszego. — 48. OSTWALT. Chorio-retinitis syphilitica i jej stosunek do przymiotu mózgu. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Od Wydawcy. — Dodatki — Ogłoszenia.

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdzielniejszym w skutkach—przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innymi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicę, kwas garbnikowy i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu. — Różne obserwacje w tym kierunku robione dowiodły „że cała skuteczność zawisła:“ 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy) 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy) 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winniem że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotnie doświadczenia przekonały mnie, że *Extr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy—gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnem miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność. Wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dyjetę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną—chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterki cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasmiemiec kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju ryecynowego ażeby wydalili martwego tasmiemca.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47—45

Dla doktora karetkę parokonną wynajmę tanio
miesięcznie. Nowy-Świat 32.

2—1

ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE POŚWIĘCONE HYGIENIE

Pod redakcją J. Polaka.

Celem czasopisma „Zdrowie“, jest badanie postępów i potrzeb sanitarnych kraju naszego oraz przedstawianie postępów nauki sanitarnej w ogólności. „Zdrowie“ nie będąc przeznaczonem dla naszej publiczności uwzględnia przedewszystkiem potrzeby osób ściślejszy z higieną stosunek mających, a więc przedewszystkiem lekarzy. Od ich też poparcia wyłącznie zależy trwałość istnienia i pomyślny rozwój wydawnictwa, należącego do kategorii pism jakie zwykle przez instytucje rządowe lub przez stowarzyszenie są podtrzymywane.

Treść „Zdrowia“ stanowią: Stosunki ludnościowe u nas i w innych krajach, stosunki meteorologiczne, epidemiologia, stan sanitarny miast, asenizacja, kanały i wodociągi, higijena mieszkań, ogrody i place publiczne, kąpiele, zakłady dobroczynne, zdrojowiska i miejscowości klimatycznie-lecznicze, higijena żywienia, rozbiory wody, powietrza, pokarmów i gruntu, szczepienia ochronne, wynalazki i przyrządy sanitarne, higijena szkół, fabryk, rzemiosł i t. d.

W ogóle pismo składa się z następujących działów: 1) artykuły wstępne, 2) rozporządzenia rządowe w zakresie praktyki sanitarnej, 3) prace oryginalne, 4) sprawozdania, 5) notatki o postępach praktyki sanitarnej, 6) krytyka i bibliografia, 7) protokoły posiedzeń komitetu higienicznego warszawskiego towarzystwa lekarskiego i prace towarzystw higienicznych w ogóle, 8) korespondencyje krajowe i zagraniczne, 9) kronika, 10) wiadomości statystyczne.

Każdy numer zawiera około 30—40 stron (60—80) szpalt) druku. W miarę potrzeby dołącza się drzeworyty i litografie.

Komitet redakcyjny stanowią obecnie: D-r Odo Bujwid, Bolesław Danielewicz, mag. nauk fiz. mat., Alfons Grotowski, główny inż. m. Warszawy, Wojciech Górski, dyr. szkoły, prof. Henryk Łuczkiwicz, D-r Alfons Malinowski, ord. szpitala dla dzieci, D-r Henryk Nussbaum, D-r Józef Polak, Wincenty Rakiewicz budow., Emil Sokal, inż. kanal, D-r Szumlański ord. klin., Kazimierz Wenda redaktor Wiad. farm.

WARUNKI PRZEDPŁATY:

<i>w Warszawie.</i>	<i>Na prow. i Ces.</i>	<i>Za granicą</i>
Rocznie rs. 4	rs. 5 kop. —	6 flor. 10 m. 10 s. 14 fr.
Półroc. „ 2	„ 2 „ 50	3 „ 5 „ 5 „ 7 „

Cena pojedynczego numeru 45 kop.

Prenumerować najlepiej w Redakcyi. — i w Austrii można prenumerować w administracyi Przeglądu lekarskiego w Krakowie lub u D-ra Merunowicza (12 Piekarska) we Lwowie, do którego też można składać rękopisma dla pomieszczenia w „Zdrowiu“. — W Niemczech przedpłatę przyjmuje księgarnia Żupańskiego w Poznaniu. — We Francyi księgarnia Luksemburska.

Nadto „Zdrowie“ otrzymało złoty medal na wystawie higienicznej w Paryżu, oraz list pochwalny towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Adres: Redakcyi „Zdrowia“ 25 Ś-to Krzyżka w Warszawie. 0—1

GAZETA LEKARSKA.

I. O LECZENIU WOLA ZA POMOCĄ PODWIĄZANIA TĘTNIC TARCZOWYCH.

[Według wykładu mianego na V zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie].

Podał

Prof. D-r Rydygier [w Krakowie].

[Dokończenie. — Patrz Nr. 49].

Z krótkiego opisu naszych przypadków, jaki na zakończenie podajemy, pokazuje się, że w znacznej liczbie chorzy w pierwszych dniach po operacji gorączkowali, mimo że przebieg dalszy był zupełnie dobry. Mogła to tylko być t. zw. przez VOLKMANN'a i GENZMER'a gorączka aseptyczna, którą tu, gdzie nie używaliśmy sączków, a ranę całą zaszywaliśmy i gdzie kilka razy zauważyliśmy po zdjęciu pierwszego opatrunku podbiegnięcia krwią, sięgające aż daleko na klatkę piersiową, łatwo sobie wytłumaczymy: krew nie mogąc z rany wypłynąć na zewnątrz, wylewała się pod skórę, została wessaną i nastąpiło podwyższenie ciepłoty wskutek wessania fermentu włóknikowego. Dalej zwracam uwagę, że w kilku trudniejszych przypadkach spostrzegaliśmy po operacji *myosis* jako dowód, że nie zupełnie zdołaliśmy ominąć nerw współczulny.

Przypadek I. Bazyli K., lat 20, osobnik zdrów. Z 7 rodzeństwa cierpi 4 na wole. Chory już w 7 roku życia zauważył mały guzik na przedniej powierzchni szyi, który powoli wzrósł aż do obecnych rozmiarów.

Rozpoznano: *struma parenchymatosa*, po prawej stronie powiększenie gruczołu znaczniejsze niż po lewej. Ponieważ choremu wole sprawia trudności w oddechaniu i chrypkę, więc mu poradzono usunięcie cierpienia drogą operacyjną.

Operacja: podwiązanie tętnicy tarczowej dolnej i górnej po stronie prawej wykonano d. 11 Listopada 1887 roku. Sączków nie założono, tylko opatrunek przeciwnilny. W pierwszych dniach po operacji była ciepłota nieco podwyższoną, potem prawidłową.

Dnia 23 Listopada zmieniono opatrunek. Rana okazała się przez rychłozrost zagojoną. Dnia 23. XI. chory opuścił klinikę.

Dnia 20. VI. 1888 r. zgłosił się w celu przedstawienia się. Oświadcza, że nie ma żadnych dolegliwości, pozostała tylko lekka chryпка. Obwód szyi jest w dolnej części o 3 ctm. mniejszy, w górnej zaś o 1 ctm. większy jak przed operacją; na prawem oku widać *myosis*.

Przypadek II. Piotr K., lat 19, pochodzi z okolicy obfitującej w wola. Powiada, że dopiero przed rokiem zauważył zgrubienie szyi, od 2 miesięcy zaś wystąpiły trudności w oddechaniu i chryпка. Zresztą zdrów.

Rozpoznano: *struma parenchymatosa* składające się z większej ilości mniej lub więcej elastycznych guzów. Przy badaniu wzornikiem krtaniowym można stwierdzić lekkie porażenie lewej struny głosowej.

Dnia 19. XI. 1887 r. podwiązano wszystkie 4 tętnice tarczowe dolne, jak zawsze, na zewnętrznym brzegu mięśnia mostko-obojęczykosutkowego sposobem DROBNIKA. Przebieg po operacji bardzo dobry, tylko jednego dnia była ciepłota 38° C.. Dnia 27. XI. chory opuścił klinikę.

Przedstawił się d. 8. VII. 1888 roku. Pracuje jako ślusarz bez żadnych dolegliwości, obwód szyi zmniejszył się w najszerszym miejscu o 3½ ctm.. Lewa żrenica nieco większa niż prawa.

Przypadek III. Jan S., lat 47, pochodzi z okolicy wolej od wola, zauważył przed 15 laty po raz pierwszy zgrubienie szyi, od 4 zaś lat guz ten powoduje trudności w oddechaniu i przeszkadza mu przy pracy.

Rozpoznano: *struma parenchymatosa* obu płatów gruczołu tarczowego, guzy znacznej wielkości; dnia 27. III. 1888 roku podwiązano wszystkie 4 tętnice tarczowe na jednym posiedzeniu [jak w poprzednim przypadku]. Przebieg po operacji dobry, tylko w 2—4 dniu po operacji podniosła się ciepłota do 38,3° C.—39° C.. Przy pierwszej zmianie opatrunku zauważono, że guz po stronie lewej się zmniejszył, po prawej zaś pozostał niezmienny, przy dokładniejszym zaś badaniu zauważono po prawej stronie chęłbotanie, a nakłócie próbne wykazało, że w guzie jest zawartość płynna.

Dnia 19. IV. wydobyto tę torbiel z prawego płatu, gruczoł i ranę wytamponowano gazą jodoformową, po 3 dniach zaś zaszyto. Dnia 11 Lipca 1888 roku, odebraliśmy wiadomość listowną, że operowany ma się zupełnie dobrze i bez żadnej przeszkody pracuje. Obwód szyi zmniejszył się o 9 centymetrów.

Przypadek IV. Jan S., lat 11, pochodzi z okolicy wolej od wola. Zauważył przed rokiem guz na szyi, który wkrótce się zwiększył, a obecnie szczególnie przy bieganiu powoduje trudności w oddechaniu. Wole (*str. parenchymatosa*) zajmuje oba płaty gruczołu tarczowego, obwód szyi wynosi 29 ctm..

Dnia 5. V. 1888 r. podwiązano wszystkie 4 tętnice tarczowe na jednym posiedzeniu. Przebieg bardzo dobry, po 14 dniach zmieniono pierwszy raz opatrunek; rany znalezione przez rychłozrost zagojone, obwód szyi znacznie się zmniejszył.

Dnia 12. VII. 1888 r. chory się przedstawił. Obwód szyi zmniejszył się o 2 ctm., po prawej stronie można wyczuć 2 guziki wielkości orzechów włoskich, po lewej tylko sznurowate stwardnienie, żrenice jednak szerokie.

Przypadek V. W. K., lat 26, zauważył już od kilku lat wole, które się ciągle powiększało, a w ostatnim czasie przeszkadzało mu przy pracy. Objawów bicia serca nie ma. Wole (*struma parenchymatosa*) silnie unaczynione, bardzo znacznych rozmiarów, zajmuje oba płaty gruczołu tarczowego. Największy obwód szyi wynosi 46 ctm.. Na guzie widać dokładnie tętnienie kilku naczyń; serce uderza szybciej niż zwykle. Dnia 17. V. 1888 r., podwiązano wszystkie 4 tętnice tarczowe. Przebieg po operacji dobry, ciepłota dochodziła najwyżej do 37,6° C., dnia 6. VI. chory opuścił klinikę.

Dnia 11 Lipca otrzymaliśmy piśmienne zawiadomienie, że chory nie ma żadnych dolegliwości, a obwód szyi wynosi 41 ctm., więc o 5 ctm. mniejszy.

Przypadek VI. Reg. L., lat 16. Podaje, że przed 4 laty zauważyła zgrubienie szyi, które się powiększało powoli, a w ostatnich 2 latach zaczęło się prędzej zwiększać; obecnie skarży się, że od roku ma chrypkę i trudności w oddechaniu przy pracy.

Chora jest wzrostu małego, zresztą dobrze odżywiana. Na szyi widać guz większy po stronie lewej, składający się z 3 miękkich, elastycznych, łatwo poruszalnych, ze sobą jednak w związku będących guzów.

Badanie wzornikiem kraniowym okazuje, że przy wyższych tonach struny głosowe się do siebie nie zbliżają dokładnie.

Operację wykonano dnia 19. III. 1888 r.. Po podwiązaniu obu tętnic tarczowych po stronie lewej i tętnicy tarczowej górnej po prawej, odszukano z łatwością tętnicę tarczową dolną prawą i założono na nią 2 nitki za pomocą igły DECHAMP'a. Po zawiązaniu nitki górnej, chciałem dolną nieco ściągnąć na dół, aby uzyskać dostateczne miejsce do przecięcia między nitkami. W tej chwili przerwała się tętnica i w jednej chwili zostało całe pole operacyjne krwią zalane. Natychmiast zatamowałem za pomocą ucisku palcem krwotok, a ponieważ o wyszukaniu przerwanego końca nie można było bez wielkiego krwotoku myśleć, więc założyłem dwie zasówki pod uciskający palec i krwotok został zatamowany. Ranę wytamponowano gazą jodoformową, zostawiwszy w niej zasówki i założono opatrunek przeciwnilny. Dnia 21. III. zdjęto opatrunek, aby wyjąć zasówki. Jednakowoż zaraz po zdjęciu ich powtórzył się krwotok i trzeba było 3 zasówki założyć, żeby go opanować. Wytamponowano znowu ranę i założono opatrunek. Dopiero dnia 27. III. zdjęto znowu zasówki i krwotok się już nie powtórzył. Dopiero dnia 11. V. opuściła chora z zupełnie zagojoną raną klinikę.

Dnia 13. VII. przedstawiła się chora i znaleziono stan następujący:

Przed operacją.		Po operacji.
Obwód szyi na górnej granicy guza	37 ctm.	32 ctm.
Największy obwód	43,5 "	37 "
Na dolnej granicy guza	43 "	39 "

Więc guz znacznie się zmniejszył, tylko chora uskarża się na niedowład ręki prawej, który jednak już jest mniejszy, niż w czasie, gdy zasówki były w ranie, wówczas bowiem skarżyła się na silne bóle i znaczny niedowład ręki.

Na prawem oku można stwierdzić, choć w mniejszym stopniu, jak w chwili wyjścia z kliniki, *myosis* i niższe ustawienie gałki ocznej w oczodole. Zdaje się, że przy zakładaniu zasówek zostały jakieś gałązki nerwu współczulnego oka ugniecione.

Przypadek VII. Anna S., lat 25, pochodzi z rodziny i okolicy zupełnie wolnej od wola. Przed 4 laty zauważyła guz, który powoli ale ciągle się zwiększał. Chrypka i trudności w oddechaniu już dość dawno trwają, w ostatnim zaś czasie pojawiły się jeszcze trudności w polykaniu.

Chora słabo zbudowana, na szyi guz po stronie prawej większy niż po lewej (*struma parenchymatosa*). Operacja d. 3. V. 1888 r.. Podwiązano bez trudności wszystkie 4 tętnice, sączków jak zwykle nie założono, opatrunek przeciwnilny.

Dnia 23. V. pierwsza zmiana opatrunku, rany przez rychłozrost zagojone.

Dnia 11. VI. chora opuszcza klinikę.

Dnia 8. VII. odebraliśmy wiadomość od proboszcza jej gminy, że chora się ma dobrze, guz się zmniejszył, czego najlepszym dowodem, że kołnierze od koszul, których dawniej zapiać nie mogła, teraz się łatwo zapinać dają. Miara nadesłana wykazuje zmniejszenie się największego obwodu szyi o 5 ctm..

Przypadek VIII. A. R., lat 23. Chora ma *struma parenchymatosa*, która jej wprawdzie dolegliwości oddechowych nie sprawia, ale chora twierdzi, że od czasu zauważenia guza cierpi na bicie serca. Dnia 4. V. podwiązano wszystkie 4 tętnice tarczowe, przebieg dobry, chora opuszcza klinikę dnia 7. VI.

Według wiadomości otrzymanej dnia 12. X. 1888 r., od miejscowego proboszcza dolegliwości chorej znacznie się zmniejszyły, największy obwód szyi zmniejszył się o 4,5 ctm..

Przypadek IX. Bar. S., lat 26. Podaje, że i jej matka cierpi na wole, ona sama zaś ma już od dzieciństwa zgrubienie szyi, które w ostatnich latach się zwiększyło i powoduje jej obecnie trudności w oddechaniu. *Struma parenchymatosa*, składa się z 3 guzów, z których prawy jest znacznej wielkości, środkowy zaś wielkości śliwki.

Operacja dnia 5. V. 1888 roku. Podwiązano wszystkie 4 tętnice tarczowe bez trudności. Dnia 13. V. opuszcza chora klinikę bez zmienienia opatrunku.

Dnia 23. V. pierwsza zmiana opatrunku, wszystkie rany zagojone przez rychłozrost.

W Lipcu chora się przedstawiła. Guz zmniejszył się o 4 ctm., chora nie skarży się na żadne dolegliwości.

Przypadek X. M. S., lat 34, pochodzi z okolicy, w której wole dość często się znajduje. Zgrubienie szyi zauważyła już przed kilku laty. Powiększało się ono powoli. *Struma parenchymatosa* średniej wielkości, składająca się z kilku miękko elastycznych guzów.

Operacja dnia 6. V. 1888 roku. Podwiązano wszystkie 4 tętnice tarczowe. Podczas przebiegu pooperacyjnego chora przebyła zapalenie płuc krupowe po stronie prawej. Dnia 1. VI. pierwsza zmiana opatrunku, rany przez rychłozrost zagojone.

Dnia 7. VI. opuszcza chora klinikę. Dnia 12. X. otrzymaliśmy od miejscowego proboszcza wiadomość, że stan chorej jest znacznie lepszy niż przed operacją.

Przypadek XI. B. S., l. 17, matka jego miała także wole; w okolicy, z której pochodzi, wole jest częstym zjawiskiem. Pierwszy raz spostrzegł guz przed 6 laty, z początku powiększał się wolno, w ostatnich dwóch latach daleko prędzej. Obecnie chory skarży się na duszność, szczególnie przy pracy i skutkiem tego zgłosił się do kliniki.

Struma parenchymatosa, zajmuje oba boczne płaty gruczołu. Obwód szyi w środku wynosi 33 ctm.. Dnia 18. X. podwiązał D-r Bossowski, I asystent, w wszystkie 4 tętnice tarczowe na jednym posiedzeniu.

Przebieg pooperacyjny dobry, pomimo, iż chory z powodu silnego zapalenia oskrzeli nieco gorączkował.

Dnia 31. X. 1888 r., pierwsza zmiana opatrunku, rany przez rychłozrost zagojone. Dnia 5. XI. wychodzi z kliniki. Obwód szyi w środku wynosi 31 ctm.. Duszność ustąpiła.

Przypadek XII. J. S., lat 25 wieku. W rodzinie chorego jeden z braci miał guz na szyi, który jednak zniknął sam po kilku tygodniach; w okolicy, z której chory pochodzi, wole zdarza się dość często. Chory zauważył guz na szyi już przed 12 laty. Guz ten w ostatnich latach sprawiał mu znaczne dolegliwości, wskutek czego zgłosił się do kliniki dnia 20. X. 1888 roku.

Struma parenchymatosa, złożona z kilku guzów konsystencji elastycznej, miękiej. Obwód szyi w środku 44 ctm.. Dnia 2. XI. podwiązano wszystkie 4 tętnice tarczowe i opatrzone rany jak zwykle. Przebieg był bez zaburzeń, mimo że pierwsze 3 dni po operacji ciepłota była podwyższona, a jednego dochodziła aż do 39° C..

Dnia 13. XI. pierwsza zmiana opatrunku, rany przez rychłozrost zagojone. Obwód szyi w środku 39 ctm., a więc o 5 ctm. już mniejszy, niż przed operacją.

II. O DRZENIU GAŁEK OCZNYCH U OSÓB,

PRACUJĄCYCH W KOPALNIACH WĘGLA.

Podał

Dr. med. Br. Ziemiński,

okulista w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 49].

Z powodu znacznych odmian, jakie zachodzą między różnymi przypadkami drżenia gałek ocznych u górników - węglarzy, trudność wielka zachodzi przy ustanowieniu jednej teorii, któraby dała zastosować się w każdym razie do objaśnienia natury poszczególnego przypadku.

Nie ulega wątpliwości, że przypadłość, o jakiej mowa, jest właściwą robotnikom, którzy rąbią węgiel w kopalni. Czynniki, które mogą być brane w rachubę, jako przyczyniające się do spowodowania tej przypadłości u górników węglarzy, dają zestawić się jak następuje:

- 1) wziewanie pyłu węglowego i gazów, z podziemi wydobywających się;
- 2) niedostateczne oświetlenie i
- 3) nienaturalnie skrzywiona postawa przy pracy. Jeden z tych czynników, współobecność pewnych z tychże, lub też wszystkie one razem zdają się wywoływać omawiany rodzaj „drżenia gałek ocznych“.

Przytoczmy zdanie dotychczasowych badaczy na tem polu i zastanówmy się, czy możemy przyjąć ich teoryje w tym przedmiocie; zastanówmy się, czy takowe zgadzają się z faktami przez nas obserwowanemi.

Von REUSS twierdzi, że bieganie oczu u górników węglarzy występuje wskutek działania powietrza kopalnianego na ośrodkowy układ nerwowy. Przypuszczenie to jednak, nie oparte na żadnych poważniejszych podstawach, niczem dotąd stwierdzone nie zostało.

Z góry zaznaczmy, że skrzywiona postawa, w jakiej zmuszeni są pracować górnicy w kopalni węgla, jest, zdaniem naszym, główną przyczyną omawianego cierpienia, mimo to bynajmniej nie lekceważymy faktu, że niedostateczne oświetlenie przy pracy w podziemiach może też w pewnym stopniu przyczyniać się do występowania tej przypadłości. Odżywianie ośrodków nerwowych jest poniekąd zależne od podniety, jakiej dostarczają wrażenia siatkówkowe. Wszak u dzieci z wadą wrodzoną oka, np. zaćmą, istnieje nieraz bieganie oczu; skoro jednak zaćma wcześniej usuniętą zostanie z dobrym skutkiem co do siły wzroku, w takim razie i drżenie oczne znika.

Ta ostatnia przypadłość u górników mogłaby być uznana za fakt analogicznie powstały. Górnik w kopalni węgla nie jest również w stanie dokładnie rozeznawać przedmioty przy tak niedostatecznym¹⁾ zazwyczaj oświetleniu

¹⁾ Jak skąpem rzeczywiście bywa oświetlenie w kopalniach węgla, przekonamy natychmiast. Wiadomo, że dla możliwego usunięcia częstych dawniej, a fatalnych wybuchów w kopalniach węgla zastosowano do oświetlenia tychże zamiast zwykłych lamp t. zw. lampy ochronne pomysłu G.

w podziemiach, tembardziej, że wzrok górników nader często już jest osłabiony po przebytych cierpieniach ocznych (*trachoma, iridochoroiditis, atrophía n. optici*), tak często u tej klasy roboczej wydarzających się. Brak dostatecznych wrażeń siatkówkowych może więc, tak jak i w powyższym przykładzie, przyczyniać się do wywołania drżenia ocznego.

Lecz ogólnie prawie przyjętą, najbardziej ponętą, gdyż dającą możność objaśnienia pewnej części przypadków przypadłości, o jakiej mowa, jest teoria francuzkiego okulisty P. DRAUSART, którą podzielają, choć z pewnemi zastrzeżeniami, tak znani okuliści innych krajów jak Pp. FOERSTER i SNELL. Teoryja ta uznawać każe drżenie gałek ocznych u górników węglarzy jako cierpienie mięśni (*myopathia*), w szczególności mięśni kierujących oczy w górę i na wewnątrz (*m. rectus sup. et inf.*, oraz *obliquus inf.*), połączone nieraz z niedowładem akomodacyi. Zatem stosownie do tej teorii drżenie gałek ocznych w tym razie jest cierpieniem czysto miejscowem. W rzeczy samej, przy rąbaniu węgla górnik jest zwykle zmuszony mieć wzrok stale skierowany wprost w górę lub też skośnie w górę [na prawo lub na lewo], to zaś wywołuje znaczne zmęczenie przyrządu ruchowego oka, a ztąd ma wydarzać się, zdaniem p. DRAUSART, drżenie [tutaj oczu] w tenże sam sposób co i drżenie w innych częściach ciała po znacznym wysiłku fizycznym. Oto treść tej teorii. Powtarzamy, że teoria ta jest nader ponętą, już dla samej prostoty; niestety przekonamy się, że opinija p. DRAUSART i jego wyznawców w tym względzie jest, jedynie powierzchownie rzeczy biorąc, zrozumiałą, jasną i prostą, a nadewszystko nie daje nam możności zrozumienia natury pewnej liczby przypadków omawianej przypadłości. Najsamprzód spotyka się chorych, co do których stanowczo wiadomo, że nigdy, a przynajmniej nigdy w ostatnich czasach nie pracowali w postawie, która mogłaby w jaki bądź sposób przyczynić się do nateżenia mięśni, na osłabienie których p. DRAUSART w swej teorii naciska kładzie. Dalej znane są dobrze przypadki, w których najłatwiej wywołać można drżenie oczu przy skierowaniu tychże w innych płaszczyznach pod nad poziomą; nader często zaś spostrzegać można, że drżenie oczne, raz wywołane przy spojrzeniu w górę, trwa dalej nawet przy poruszeniu oczu w innym kierunku. Teoryja p. DRAUSART nie objaśnia róż-

STEPHENSON'a, ulepszone później przez DAVY'ego, CLAUUNY'ego, GRAY'a i innych. Przy konstrukcyi jednak tych lamp nie wyzyskano dostatecznie siły oświetlenia, jakie lampa taka dostarczyć może tak, że oświetlenie przy lampie zwykłej, poprzednio używanej, było silniejsze niż lamp ochronnych. Szczególnie zaś widoczną jest różnica oświetlenia, dostarczanego przez lampy zwykłe i ochronne, po kilkogodzinnem funkcyjonowaniu tych lamp w podziemiach. Fotometrycznem badaniem stwierdzić można, że po kilkogodzinnej pracy w kopalni siła oświetlenia przy lampie ochronnej stanowi zaledwo $\frac{1}{3}$ nateżenia światła, jakie, w tych samych warunkach, daje zwykła nieosłonięta lampa górnicza. Już sam miał węglowy, osadzający się na ściankach lampy ochronnej, znacznie zmniejsza jej siłę oświetlenia. Jedynie więc zastosowanie silnego światła elektrycznego usunąć może tę kardynalną wadę dotąd w użyciu będących lamp ochronnych systemu STEPHENSON'a. Jakkolwiek w niektórych kopalniach węgla, w Anglii np. w New-Castle, elektryczne lampy ochronne zostały już wprowadzone, okazały się jednak niezbyt czułymi jako przyrządy chroniące przed wybuchem w kopalni. Należy bowiem w każdej lampie ochronnej odróżnić jej zalety jako przyrządu ochronnego od zalet tejsze jako przyrządu oświetlającego. Zdaje się, że obie te zalety w wysokim stopniu posiada elektryczna lampa J. W. SWAN'a, którą w ostatnich czasach zastosowano w niektórych angielskich kopalniach węgla.

wniez przypadków „ukrytego drżenia oczu“, przyczem liczne objawy drżenia ocznego istnieją bez podmiotowo dających się spostrzedz mimowolnych ruchów gałek ocznych. Opinią p. DRAUSART nie wyjaśnia też przypadków, co prawda nieczęstych, w których mimowolnym poruszeniom podlega cała głowa i kark. Nie łatwo przytem teoryja ta mogłaby wyświecić przypadki, w których wśród objawów drżenia ocznego występują do pewnego stopnia ogólne drgawki, tak, że chory nie jest w stanie utrzymać się na nogach. Skoroby teoryja, dotąd ogólnie przyjęta, była słuszną, to powinniśmy spotykać też same lub podobne przypadłości u pracujących w innych zawodach, w których niezbędnem jest również nateżenie mięśni, poruszających gałki oczne ku górze, jak to się wydarza w malarstwie pokojowem, przy pracy bielienia ścian i przy innych zajęciach, a jednak u takich pracowników nie spotykamy drżenia ocznego. Wprost przeciwnie, zajęcia takie zdają się raczej usposabiać do stałego [tonicznego] skurczu. Za przykład może tu nam posłużyć klasyczna historyja opowiadająca, że Michał Anioł, po pracy nad freskami w kaplicy Sykstyńskiej w Rzymie, był zmuszony przez czas jakiś przy czytaniu trzymać list lub książkę wysoko po nad swoją głową.

Przyznać należy, że bieganie oczu tem łatwiej objaśnić można, im bardziej skrępowana jest postawa robotnika; mimo to wątpliwem wydaje się, aby jakąbądź postawę o wywołanie omawianej przypadłości szczególnie winić należało, gdyż doświadczenie uczy, że bieganie oczu występuje u robotników w najprzeróżniejszych postawach w kopalniach węgla pracujących. Przypuszczalnie jednak do sprowadzenia omawianej przypadłości najprędzej mogłaby się przyczynić taka postawa, przy której w skojarzonych ośrodkach następuje rozprężenie. Przy spojrzeniu w górę poruszenia obu mięśni, kierujących gałkami oczne w tym kierunku, są skojarzone z ruchami mięśni karku i grzbietu. Niezbędnym jest znaczny wysiłek do rozprężenia tychże. Skoro zaś, co niekiedy zdarza się, górnik zmuszonym jest spoglądać w górę przy jednoczesnem pochyleniu głowy ku pierśom, natenczas wywiązuje się jawny antagonizm w czynnościach ośrodków obu tych ruchów. Fakt podobny wyczerpuje układ nerwowy danej osoby, a tem samem sprowadza warunki nader pomysne dla rozwoju drżenia ocznego. Postawa, o jakiej mowa wyżej, bywa nieraz przydatną dla przekonania się o istnieniu ukrytego drżenia oczu u górników. Przy zwykłych skojarzonych ruchach każdy ruch poszczególny bywa tem wydatniejszy, im dokładniej inne skojarzone są wykonywane; skoro zaś jeden ruch napotyka na przeszkody, inne zostają też utrudnione lub osłabione.

To, co poprzedza, zmusza w logicznej konsekwencji do odrzucenia wszelkiej teoryi, uważającej omawianą przypadłość u górników za cierpienie natury miejscowej, a specyjalnie za cierpienie pierwotne przyrządu ruchowego oka. Jak już wyżej wspomniano, teoryja taka daje do pewnego stopnia możność wyjaśnienia natury niektórych przypadków, nigdy zaś nie pozwoli nam zrozumieć zupełnego obrazu tej przypadłości. Obraz ten zamyka się w szerokich ramach, skoro ma objąć wszystkie przypadki od najłagodniejszych do najbardziej groźnie występujących. Widzimy bowiem z jednej

strony przypadki, w których napotykać można li tylko osłabienie w przyrządzie wzrokowym oraz w chodzie, głównie podczas pobytu w kopalni, nadto lekki ból głowy w połączeniu z drżeniem gałek ocznych, często nawet ukrytem. Widzimy przeciwnie z innej strony przypadki, w których odrazu spostrzegać daje się drżenie oczne, brak nawykłego kojarzenia ruchów w kończynach, niekiedy powstać może nawet podejrzenie co do obecności cierpienia padaczkowego: chory traci naraz możliwość trzymania się na nogach. Pomiedzy obu temi przypadkami, które stoją na krańcach obrazu omawianej przypadłości, napotykamy przeróżne stopniowania i cieniowania, których zarysy powszechniej są znane i niesłusznie przez autorów przedstawione zostały jako przypadki typowe drżenia oczu u górników. Powód zaś nader prosty, dla którego nie zbyt często napotykać się dają przypadki, na krańcach ogólnego obrazu omawianej przypadłości stojące. Górnicy odznaczają się pewnem lekceważeniem zdrowia i życia, żadnemu z tych ciężko pracujących ludzi nie przyjdzie na myśl, że przy pierwszych objawach cierpienia należałoby zasięgnąć porady lekarskiej; skoro zaś cierpienie gwałtowniej się rozwinęło, górnik jest niezdatny do pracy, a zarazem z kopalni usunięty. Nie zżywszy się więc bliżej z warunkami, w tych kopalniach istniejącymi, można łatwo powziąć fałszywe przekonanie o zwykłych objawach drżenia oczu u górników. W wielu kopalniach pracuje masa robotników, dotkniętych pierwszemi początkami tej przypadłości, a jednak ani ciż robotnicy, ani ich dozorczy nie są tego świadomi.

Choć trudno z pewnością twierdzić, jaka postawa przy pracy przyczynia się do sprowadzenia omawianej przypadłości, orzec jednak śmiało można, że postawa, w której ta klasa robocza oddaje się pracy jest główną przyczyną przykrych objawów drżenia oczu u tych robotników. Tak w stojącej, jak w siedzącej lub też na wpół leżącej postawie, najczęściej względny stosunek głowy do tułowia robotnika, rąbiącego węgiel, jest taki, że głowa bywa w tył odrzuconą. Górnik, rąbiący węgiel, kieruje wzrok swój w mniejszym lub też większym stopniu, ale zawsze stale ku górze. Przy spojrzeniu w górę mięśnie karku, których czynność jest zespolona z ruchami oczu, odrzucają głowę w tył; ruch ten staje się tem wydatniejszym, im większa zachodzi potrzeba dokładnego widzenia, a to z następującego powodu. O ile więcej oczy spoglądają ku górze, o tyle trudniejszym staje się zadanie przyrządu przystosowawczego oka, o tyle trudniej też skupić wzrok na jeden przedmiot; w tym razie więc im wydatniej głowa odrzuconą bywa w tył, tem mniej oczy zmuszone będą do wykonywania krańcowych ruchów ku górze, a to sprawia znaczną ulgę w danym razie. Odrzucenie głowy w tył sprawia tu ulgę oczom, górnicy odrzucają też głowę, o ile można, najwięcej w tył „à la Heine“. Zastanowiwszy się zaś nad anatomiczną budową okolicy, w której te ruchy się odbywają, dojdziemy do przekonania, że dłuższy czas trwające naprężenie mięśni, o których mowa, sprowadzić musi szkodliwe skutki dla całego układu nerwowego, szczególnie dla pewnych części tegoż. Przedewszystkiem twierdzić można z zupełną pewnością, że naczynia krwionośne znajdują się muszą w tym razie w zupełnie odmiennych, nienormalnych warunkach.

Krew dopływa do mózgu już to przez obie tętnice szyjowe domózgowe już to przez tętnice kręgowe. Wszelkie ruchy w okolicy, w której czaszka łączy

się z kręgosłupem, mocno utrudniałyby dopływ krwi do mózgu, gdyby nie istniała znaczna krętość naczyń tej okolicy. W fizjologicznych warunkach budowa taka naczyń krwionośnych zupełnie zapobiega wszelkim złym skutkom jakichkolwiek poruszeń głowy, w warunkach wyżej podanych jednak, wśród których górnicy zwykli pracować, nawet ta, zazwyczaj dostateczna krętość naczyń, przypuszczalnie nie może być wystarczającą. Dalej przy najdrobniejszych zmianach chorobowych w ściankach naczyń (*atheromathosis etc.*) te ostatnie tem trudniej zniosą wpływ, jakim podlegają przy krańcowych ruchach głowy.

To, co powiedziałem, dotyczy zarówno tętnic szyjowych i kręgowych; jasnym jest jednak, że ostatnie najwięcej uciepieć muszą, jeden rzut oka na warunki anatomiczne przekonać o tem może.

Postawa więc, w której pracuje robotnik w kopalni węgla, sprowadza do pewnego stopnia niedokrwistość mózgu, szczególnie wyraźną w tych okolicach, które są odżywiane przez tętnice kręgowe. Tu zaś na szczególną uwagę okulisty zasługują zrazy potylicowe, w których mieszczą się najprzedniejsze ośrodki wzrokowe (*centr. psychoptie.*). Nie wyda się też niesłusznym wniosek nasz, że to upośledzenie odżywiania ośrodków wzrokowych jest główną przyczyną osłabienia przyrzędu wzrokowego u górników, w kopalniach węgla zajętych.

W wywołaniu cierpienia nerwowego, o którym mowa, grają też może niepoślednią rolę i inne, czysto mechaniczne warunki. Przedni brzeg namiotu mózdzku, dotykając do górnej części mostu tuż przed odłączeniem się odnog mózgowych, znajduje się pomiędzy wzgórkami czworaczemi a górnymi odnogami mózdzkowemi. W zwykłych warunkach brzeg namiotu nie wywiera ucisku na przyległe części, skoro jednak głowa zostaje silnie w tył odrzuconą, wówczas tenże [brzeg namiotu] może stać się znacznie zbliżonym do przyległych mas mózgowych; na trupie odczuwa się w tym razie, że brzeg namiotu jest w stanie wywierać nawet pewien ucisk na części sąsiednie. Skoro więc takie warunki dłuższy czas istnieją, szkodliwe skutki niebawem objawić się muszą. Łatwo też wystąpić może drżenie oczne po części wskutek bezpośredniego podrażnienia tych okolic mózgowia, które, jak na przykład mózdzek, stoją w niezaprzeczonem, choć dotąd niedostatecznie zbadanym związku z ośrodkami mięśni ocznych, po części zaś wskutek osłabienia ¹⁾ wpływu regulującego, który, objawiwszy się w ruchowej okolicy istoty korowej mózgu ²⁾, wywiera swe skutki po wszystkich drogach przewodniczących do różnych ośrodków ruchowych oka.

Chcąc dokładnie zrozumieć, w jaki sposób objawia się w wyżej podanych warunkach drżenie gałek ocznych u górników węglarzy, należy zwrócić uwagę na stosunki, jakie zachodzą pomiędzy dowolnemi i odruchowemi poruszeniami

¹⁾ Z powodu upośledzenia w odżywianiu.

²⁾ Wszak zresztą liczne obserwacje kliniczne dowodzą, że nader często drżenie oczne występuje przy zmianach chorobowych, dotyczących mózdzku i jego przydatków lub też — bądź to pierwotnie bądź wtórnie — istoty korowej mózgu (*Paralysis progressiva* u obłąkanych, *meningitis et pachymeningitis, haemorrhagiae subdurales etc.*).

gałek ocznych a ośrodkami nerwowymi, pod których wpływem te poruszenia zostają.

Każdy bodziec świetlny, działający na siatkówkę, skierowanym zostaje do dwóch różnych okolic ośrodkowych mózgowia. W jednym kierunku dochodzi do ośrodka wzrokowego, położonego w istocie korowej każdego ze zrazów potylicowych, tu sprowadza świadomość poczucia światła. W innym — do odruchowych ośrodków oka, do ośrodków kojarzenia, do wzgórków czworaczych i do ośrodków okoruchowych, umiejscowionych w przewodzie SYLWIJUSZA oraz na dnie czwartej komórki. Nadto istnieje blizki, dotąd niezupełnie wyjaśniony związek pomiędzy ruchami oczu a mózdzkiem, który ogólnie uważanym jest jako ośrodek dla wszelkich od woli zależnych ruchów skojarzonych.

Za tem, jeden i tenże sam ruch oczu może powstać zarówno pod wpływem woli jak i wprost odruchowo.

W prawidłowych warunkach te odruchowe poruszenia gałek ocznych są podrzędne, przynajmniej do pewnego stopnia od woli zależne. Przy drzeniu ocznym zaś, regulujący wpływ woli ze strony istoty korowej mózgu jest zbyt słabym w stosunku do odruchowej czynności mózdzku i rdzenia kręgowego [które są zbiorem ośrodków kojarzenia natury odruchowej], aby mógł utrzymać równowagę w działaniu mięśni ocznych.

Przy drzeniu ocznym odruchowe poruszenia gałek ocznych są co najmniej współrzędne z dowolnymi poruszeniami oczu. Ztąd wypływa, że warunki objawiania się drzenia ocznego mogą istnieć albo w razie, skoro od woli zależna pobudliwość ośrodków mięśni ocznych nie istnieje lub jest zmniejszoną w stosunku do odruchowej pobudliwości ośrodków okoruchowych, albo też w razie, skoro ta ostatnia w znacznym stopniu staje się spotęgowaną; w każdym razie z tem zastrzeżeniem, że drogi przewodnicze pomiędzy ośrodkami okoruchowymi a mięśniami gałek ocznych w zupełności lub w części przynajmniej są nieuszkodzone.

Refleksyje anatomiczne pozwoliły nam wyżej przekonać, że przy drzeniu ocznym u górników węglarzy oba przytoczone warunki istnieją: rodzaj zajęcia przy rąbaniu węgla, a głównie skrępowana postawa przy pracy sprowadza nie tylko zmniejszenie od woli zależnej, ale może nawet spotęgowanie odruchowej pobudliwości ośrodków okoruchowych.

* * *

Wszystkie zagadnienia, dotyczące patologii mózgu i nerwów wogóle, są tak trudne do wyjaśnienia nawet w przypadkach, w których przychodzi w pomoc najdokładniejsze badanie pośmiertne, że nie może być wziętem za złe, rozpatrywanie się teoretycznie powodów powstawania cierpień takich, które — mimo że są nader przykre i dręczą osoby, temż dotknięte — nie przyczyniają się jednak nigdy, o ile wiadomo, do skrócenia życia danej osoby.

P R Z Y P I S E K.

Po złożeniu powyższej pracy w Redakcyi, miałem możność — dzięki uprzejmości Szanownego Redaktora Gazety Lekarskiej, D-ra WŁ. GAJKIEWICZA — poznać pracę prof. KNOLL'a „*Ueber die nach Verschluss der Hirnarterien auftretenden Augenbewegungen* (Separatabdruck aus dem XCIV Bande der Sitzb. der Kais. Akad. der Wissenschaften. Wien). Niektóre wyniki tejsze, które poniżej przytoczę, składają ważne, gdyż na badaniach doświadczalnych oparte, dowody, że obserwacje kliniczne i refleksyje anatomiczne, w mej pracy pomieszczone, a dążące do ustanowienia nowej teoryi t. zw. drżenia gałek ocznych u górników węglarzy, są w zupełności słuszne i tym sposobem teoryja w mej pracy wyłuszczone, tracąc cechy hipotezy, zdaje się obecnie nie podlegać już żadnej wątpliwości.

Ze spostrzeżeń prof. KNOLL'a nad ruchami oczu przy sztucznie — przez powstrzymanie dopływu krwi — wywołanym stanie niedokrwistości mózgu dają się wyciągnąć następujące wnioski, mogące mieć związek z tematem, w naszej pracy rozpatrywanym :

1. Ruchy oczu, przy niedokrwistości mózgu wydarzające się, nie występują w pewnym zawsze niezmiennym porządku. Wszystkie zewnętrzne mięśnie gałek ocznych mogą w tym razie w różnorodnych kombinacjach być czynne.

2. Ruchy oczu występują w chwili najgwałtowniejszego pobudzenia ośrodka naczynio-ruchowego oraz ośrodka oddechania, nie są jednak w związku z pojawieniem się jakiegokolwiek ściśle określonego objawu w krążeniu krwi lub oddechaniu.

3. Zwykle po usunięciu krótko-trwającej niedokrwistości mózgu, znikają wydarzające się w czasie trwania tejsze ruchy oczne, często jednak przedtem jeszcze szybko mijające ponowne wzbudzenie tych ostatnich wystąpić może; toż samo dotyczy i drgawek mięśni kośćca, w tychże warunkach objawiających się. Nie rozstrzygniętem pozostaje, czy to pobudzenie spowodowanem jest przez wznowione odżywianie mózgu lub też ma być uważanem za skutek następczego nawału krwi tętniczej do tegoż.

4. Po przemijającej niedokrwistości mózgu narząd ten dochodzi do stanu, w którym na działanie różnych bodźców nader łatwo odpowiada ruchami oczu, szczególnie pod postacią drżenia ocznego. Wywnioskować to można z faktu, że pobudzenie nerwu słuchowego lub też lekkie pobudzenie nerwów skórnych w tym razie daleko prędzej niż to zwykle ma miejsce sprowadza pomimowolne ustawienie oczu (*Zwangstellung*) i raz po razie występujące drgawki oczne, narreszcie, że przy ponownem powstrzymaniu dopływu krwi większe jest prawdopodobieństwo pojawienia się drżenia gałek ocznych, aniżeli za pierwszym razem.

III. BADANIA NAD NOWYM SPOSOBEM LECZENIA RAN,

POD WILGOTNYM STRUPEM KRWI BEZ ZMIANY OPATRUNKU,

dokoneane w szpitalu Ś-go Jana Bożego w Lublinie.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego w dniu 4 Czerwca 1888 roku].

Przez

T. A. Janiszewskiego,

kierownika tegoż szpitala.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 49].

W dalszym ciągu moich badań doszedłem do przekonania, że próby leczenia pod wilgotnym strupem krwi, nawet w przypadkach bardzo ciężkich, kiedy miejsce chorobowo zmienione dokładnie na drodze operacyjnej usuniętem być nie mogło, lub nie było, nie sprowadzają szkodliwych dla zdrowia ogólnego następstw, że przeciwnie, rana taka, utrzymana w warunkach aseptycznych, jeżeli zostaje wypełnioną krwią, to skrzęp tej krwi, jakby najdzielniejszy środek antyseptyczny, chroni ją od dalszego psucia i nawet chwilowe zabliznienie sprowadza, usuwa bóle i chroni od rozwoju stanu gorączkowego; obawy zatem, wypowiedziane przez zkąd inąd śmiałych i dzielnych chirurgów, jak VOLKMANN i BERGMANN, że sposób ten należy z wielką stosować ostrożnością, szczególnie w chorobach kości, zdają się być przesadzonemi i codzienna praktyka stwierdzić ich nie może. Dwa spostrzeżenia tego rodzaju poniżej zamieszczam.

Spostrzeżenie XCVII. *Gonitis tuberculosa. Excochleatio.*

K. M., lat 15, którego ostateczne wyleczenie opisano w spostrzeżeniu LXX przybył do szpitala w dniu 22 Maja 1887 r., z rozwiniętą już gruźlicą kolana i w d. 25 t. m. miał wykonane wyłyżeczkowanie *condyli interni femoris* i części trzonu tegoż, a także *condyli interni tibiae*. Rana wypełniona krwią, brzegi zakryte, opaska przeciwnilna, ściśle zamknięta. Po dokonanych rękoźynie bóle ustąpiły, gorączki żadnej. Po 10 dniach, zdjęty opatrunek wykazuje opaskę suchą, brzegi rany zlepione, szwy utrzymują. Chory kończynę unosi bez bólu i nawet przy pomocy kija powoli chodzić może. W dniu 15 Czerwca powtórnie zdjęto opatrunek. Szwy usunięto, brzegi rany zrosnięte. Ropy ani śladu. Od 25 VI. chory zaczyna się uskarżać na nowe bóle w stawie, kolano lekko zaczerwienione, więcej obrzmiałe, gorączki nie ma, chodzenie jednak coraz trudniejsze, jak wogóle wszelkie poruszenie kończyną. Bóle najbardziej czuć się dają w nocy. Chory który już poprawiać się zaczął, obecnie traci łaknienie i sen. W d. 15 Lipca na nowo otworzyłem staw i wyłyżeczkowałem spodnią do stawu obróconą powierzchnię rzepki i zewnętrzny wyrostek stawowy biodra (*condylus externus femoris*). Rana na nowo wypełniona krwią, zaszyta i w opaskę przeciwnilną ujęta.

Bóle ustąpiły, gorączki żadnej, sen już pierwszej nocy dobry. Po 15 dniach zdjęty opatrunek wykazuje zabliznienie brzegów rany bez śladów ropienia. Przy ucisku na kolano w miejscach poprzednio bolących obecnie bólu nie ma żadnego; szwy usunięto, stan ogólny znacznie poprawiony, sen i łaknienie dobre. Chory na nowo przy pomocy łaski chodzić zaczyna.

Stan zupełnie zadawalający trwał do 18 Października, w którym to dniu chory po raz pierwszy poczuł znowu bóle lekkie w kolanie i w nocy już kilka-

krotnie się budził. Stan ten stopniowo pogarszać się począł. Kolano obrzmiało, wszelkie ruchy bolesne i niemożliwe.

W dniu 29 Października na nowo staw kolanowy otwarty po stronie wewnętrznej i znowu wyłyżeczkowano część wewnętrzną uda i kości goleniowej. Znowu rana krwią wypełniona zaszyta i w opaskę przeciwnilną ujęta, znowu bóle i gorączka ustąpiły, chory począł chodzić i miał się zupełnie dobrze do dnia 20 Grudnia.

W dnia 22 Grudnia wykonano jeszcze raz wyłyżeczkowanie, tym razem jednak do zupełnego zabliznienia nie doprowadzono, szwy się rozeszły, ropienie nieustanne spowodowało ogólne wyniszczenie i w końcu gorączkę trawiącą, w której wykonana została amputacja, opisana wyżej i zakończona zupełnym i stałym wyzdrowieniem.

Spostrzeżenie XCVIII. *Caries processus transversi vertebrae tertiae et quartae. Caries corporis vertebrae tertiae. Tuberculosis telae cellulosaе colli. Excochleatio.*

K. P., lat 36, człowiek olbrzymiego wzrostu i bardzo silnej budowy przyszedł na poradę w dniu 2 Kwietnia 1887 r. z powodu owrzodzenia na prawej stronie szyi od dość dawna trwającego i obrzmienia karku, które mu sprawia silne dolegliwości; obrzmienie to elastyczne, chełbocące, szerokiem cięciem opróżniłem. Po wprowadzeniu palca i zgłębnika pokazało się, że wyrostki poprzeczne 3-go i 4-go kręgów, jak również sam krąg 3-ci, uległy przerodzeniu gruźliczemu, *resp.* spruchniały. Wyłyżeczkowałem więc miejsca chore do zdrowych części, ranę wypełniłem krwią, brzegi skóry zeszyłem i nałożyłem opaskę przeciwnilną. Ponieważ chory w szpitalu pozostać nie chciał, zaleciłem mu przybyć do opatrunku po dniach 10. Jakoż w dniu 13 Kwietnia, po zdjęciu opatrunku, brzegi rany okazały się zlepionemi, szwy utrzymują. Z pozostawionego otworu wysącza się nieco płynu surowiczego ropnego. Założono nowy opatrunek.

W dniu 24 Kwietnia powtórnie zdjęto opatrunek, brzegi rany zrosnięte; szwy usunięto, z otworu wydziela się bardzo mało płynu surowiczego-ropnego. Chory czuje się stosunkowo lepiej, uskarża się jednak na sztywność w karku. Wszelkie najłżejsze poruszenie karku bolesne, szczególnie daje mu się to uczuć w nocy przy zmianie położenia. Chodzi jednak swobodnie, nie gorączkuje i dość duży kawał drogi do szpitala odbył pieszo.

Następnie przez cały miesiąc nie widziałem chorego. W dniu 26 Maja przywieziono go do szpitala z objawami silnej gorączki i rozwijającego się porażenia kończyn, z początku dolnych, następnie górnych, które niezmiernie szybko postępowało.

Chory przebył w szpitalu dni 3 i w stanie porażenia całego tułowia, ogromnej gorączki [41° C.] i nieprzytomności życie zakończył.

Sekcyja nie mogła być dokonana. Nie ulega jednak wątpliwości, że sprawa gruźlicza, posuwając się stopniowo zniszczyła krąg trzeci i wywoławszy zapalenie opon mózgo-rdzeniowych i ucisk rdzenia, wywołała objawy gorączkowe i porażenia, które w tak krótkim przeciągu czasu życie choremu przerwały. Dodać jednak wypada, że rana po odbytej operacyi do końca została zablizniona, oprócz małego otworu w pośrodku, z którego wydzielał się umiarkowanie płyn surowiczego ropny.

Oba jednak przypadki, zdaje mi się, na niekorzyść sposobu leczenia pod wilgotnym strupem krwi nie przemawiają; bo jakkolwiek pierwszy zakończył się utratą nogi, a drugi utratą życia, to jednak w obu wina bardziej po mojej leży stronie, w pierwszym że za długo ludziłem się możliwością zachowania kończyny

i nie wykonałem na razie typowej resekcji kolana lub odjęcia uda, w drugim — że niepotrzebnie wykonałem wyłęczekowanie w miejscu tak niebezpiecznym i tak już bardzo zniszczonem; zejście niepomyślne w tym razie odrazu było do przewidzenia, więc należało wszystko zostawić własnemu biegowi.

Nie mniej jednak w pierwszym, jak i w drugim przypadku usiłowania natury, o ile mogły, ratowały chorego ustrój do czasu, a skrzep krwi, wypełniający rany, ani w jednym ani w drugim przypadku nie przyczynił się nieczem do pogorszenia stanu chorego i żadnych groźnych nie wywołał zaburzeń. Przeciwnie, w pierwszych chwilach po dokonanych rękoczynach, jego tylko ochronie przypisać należy zmniejszenie bólów i brak zupełny objawów gorączkowych, będących zwykle skutkiem każdego silniejszego obrażenia.

Takim jest materyjał rzeczowy, podmiotowy, mający posłużyć za podstawę do wykazania wartości nowego sposobu leczenia ran pod wilgotnym strupem krwi bez zmiany opatrunku. W pracy tej czynny brali udział, pomagając mi przy wykonywaniu rękoczynów i notowaniu faktów, kol. STANISZEWSKI, ordynator szpitala i P. BIERNACKI student medycyny, z zamiłowaniem oddający się zajęciom szpitalnym w czasie zimowych i letnich wakacyj, i wielu innych koleżków będących nieraz świadkami dokonywanych rękoczynów.

Przeglądający tę pracę uważny czytelnik dostrzeżł zapewne, że we wszystkich podanych spostrzeżeniach rany goiły się dość szybko; że wykonanie rękoczynu i nieodłączne od nich obrażenie, nie wywoływały nigdy dłużej nad 24 godzin trwającego stanu gorączkowego i to w bardzo nielicznych przypadkach, w ogóle zaś rany, nawet bardzo ciężkie, goiły się w stanie bezgorączkowym; że ropienie przy użyciu tego sposobu należy do wyjątków, że, co za tem idzie, zmiany opatrunku stają się niepotrzebnymi; że w większości przypadków rany goiły się pod jednym opatrunkiem, w mniejszej liczbie wymagały dwukrotnej zmiany tegoż, zmiany zaś opatrunku więcej niż dwukrotne należą do wyjątków mniej szczęśliwych, od wielu zależnych wpływów postronnych, od których zresztą żadna metoda nie jest wolną.

Na zasadzie zatem podanych spostrzeżeń i badań w tym przedmiocie czynionych, następujące racjonalne wnioski i tezy postawić zniewolonym się widzę.

1. Że przy odpowiednim staraniu każdą ranę postawić można w warunkach zupełnej *asepsis*.

2. Że dla dopięcia tego celu nie trzeba nic więcej, jak utrzymania bezwzględnej czystości we wszystkim, co ranę otacza i jakikolwiek z nią związek bezpośredni i pośredni mieć może.

3. Że aseptycznie utrzymana rana może być śmiało wypełniona krwią i że wypełnienie to nie tylko nie powiększa jej niebezpieczeństwa, ale przeciwnie staje się środkiem ochronnym, nierównie więcej i pewniej zabezpieczającym ją od wpływów szkodliwych, niż wszelkie środki i sposoby wzięte i użyte z dziedziny farmaceutyczno-chemicznej.

4. Że nawet zbytne wypełnienie krwią nie powoduje innych następstw, jak utrudnione wessanie pewnej jej części, co przecież nie wywołuje zaburzeń ogólnych i bardzo mało okres leczenia przedłuża.

5. Że sposób ten ściśle odpowiada wymaganiom praw ogólnych przyrody, które dążą zawsze do tego, aby w dobrze prowadzonym gospodarstwie organicznym nic nie ginęło marnie, ale każdy odpadek lub zużyty materiał wracał napowrót do ogólnej zamiany i bilans wydatków równoważył stale. Że zatem krew wpływająca obficie z drobnych naczyń i przeznaczona w ogóle na stratę, nie ginie bezpożytecznie, ale przeciwnie pozostając w ranie, zabezpieczając ją od wpływów szkodliwych i wreszcie organizując się, idzie na pożytek osobnika, który ją chwilowo z zamkniętego układu naczyniowego utracił. To zapewne jest przyczyną, że rzadko bardzo, po najcięższych dokonanych operacjach tym sposobem leczonych, dostrzega się szybko rozwijający się stan niedokrwistości ogólnej, i tłómaczy szybką tychże rannych poprawę.

6. Że technika tego sposobu jest bardzo łatwą, mało wymagającą przyborów i wszędzie, gdzie tylko zachowane są warunki czystości, zastosowaną być może.

7. Że połączona z tym sposobem konieczność nie zmieniania opatrunku czyni go szczególnie dogodnym w praktyce szpitalnej i ambulatoryjnej. W większości podanych spostrzeżeń chorzy leczeni byli ambulatoryjnie. Po wykonanym rękoczynie chory powracał do domu, dni kilkanaście oddawał się zwykłym zajęciom i po pewnym oznaczonym terminie przyjeżdżał dla zmiany opatrunku. Ztąd nieraz w podanych spostrzeżeniach termin gojenia podany jest dłuższym niż był w rzeczywistości. Bardziej jeszcze czyni go dogodnym na polu bitwy, gdzie zwykle pomoc sanitarna musi być skąpą i w środkach ograniczoną, a zastosowanie zwykłego sposobu opatrywania ran przeciwgnilnego, połączone jest z przeszkodami i wymaga ciągłego nadzoru rannego. Tymczasem przy zastosowaniu omawianego sposobu, chirurg, nałożywszy na ranę odpowiedni opatrunek, śmiało na dni kilka lub kilkanaście chorego opuścić może i obecność jego wcale staje się niepotrzebną, jeżeli tylko chory odpowiednio wygodny i pożywny dyjetę zastosowaną mieć będzie.

8. Że sposób ten odpowiada wszelkim wymaganiom ekonomicznym; jeżeli bowiem uprzytomnimy sobie, ile kosztownych materiałów zużyć należy na wypełnienie głębokiej rany gazą jodoformową lub karbolową i często je zmieniać i porównamy koszt tych materiałów z krwią wypełniającą ranę, jakkolwiek zawsze cenną, ale w danym razie przeznaczoną na stratę, to porównanie nawet w tym razie miejsca mieć nie może. W obecnych zatem czasach, gdy cała praca narodów obraca się na utrzymanie i zwiększanie sił zbrojnych, mających strzedz całości i interesów poszczególnych państw, gdy wprowadzanie zasad oszczędności do potrzeb codziennego życia stało się koniecznym, a ponieważ i modnym, gdy najbardziej nawet rozrzutne i dotychczas nie pojmujące znaczenia oszczędności społeczeństwa, jak np. nasze, zaczyna zaznajamiać się bliżej z tą cnotą publiczną i coraz bardziej ją sobie przyswaja, to przyznać należy, że sposób leczenia, o którym mowa, trafił także na czas właściwy i że w państwie chirurgii, w którym wszechwładnym panem jest nóż i ręka operatora, też same prawa oszczędnościowe poczesne miejsce zająć winny, a metoda na ich podstawach ugruntowana, szerokie zastosowanie znaleźć powinna.

Szcześliwym się nazwę i za pracę moją aż nadto wynagrodzonym, jeżeli ona przyczynić się zdoła do zainteresowania szerszego koła kolegów i do nowych prac w tym kierunku pobudzi, a gdy sposób omawiany znajdzie powszechnie zastosowanie, wówczas każdy chirurg będzie mógł z Virgilim powiedzieć „*Nascitur ab integro novus rerum ordo*“.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

47. H. Schmidt. Przyczynek do nauki o recydywach tyfusu brzuszego.

Kwestyja tyfusu brzuszego nie przestaje zajmować klinicystów niemieckich. Po pracach STEINTHAL'a i ZIEMSSSEN'a, ROSENBLAT'a, BETZ'a, WEHL'a, GOTZ'a i MAY'a, autor na czele wymieniony podejmuje znowu kwestyję powrotów tyfusu brzuszego, zaznaczając na wstępie, że powroty tej choroby nie tylko w rozmaitych miejscach, lecz i w rozmaitych okresach czasu przedstawiają wielkie różnice. SCHMIDT za materiały do swej pracy bierze wszystkie przypadki tyfusu spostrzegane na klinice lipskiej WAGNER'a w ciągu lat pięciu 1882—1886.

Ogólnie autorzy odróżniają powroty [recydywy] i pogorszenia (*recrudescenciae*). Pod nazwą recydywy należy rozumieć powtórzenie sprawy chorobowej po zupełnem przebyciu tyfusu, recydywa więc bywa oddzieloną od przebiegu tyfusu przynajmniej jednym dniem bezgorączkowym.

Jeżeli jednak sprawa tyfusowa ponawia się przed ukończeniem pierwotnej choroby, nazywamy to pogorszeniem.

Rozpoznawanie powrotu niezawsze jest łatwym, szczególnie w tych epidemijach gdzie tyfus pierwotny przebiega pod postacią poronną lub nieregularną. Pewne jednak objawy służyć mogą za nie przewodnią przy rozpoznawaniu.

FLEISCHL uważa powtórna różyczkę za najważniejszy objaw. EBSTEIN i STEINTHAL przypisują różyczce znaczenie drugorzędne, uważając za najważniejszy objaw stopniowy (*staffelförmiges*) początek gorączki. ZIEMSSSEN pojedyncze objawy uważa za niedostateczne i dla rozpoznawania powrotu wymaga przynajmniej dwóch naraz. Inne objawy pojedynczo brane nie mają tu żadnego znaczenia rozpoznawczego.

Z 561 chorych tyfusowych z pięcioletniego okresu czasu, SCHMIDT naliczył 49 przypadków powrotu, z tych jednak 11 wyklucza jako nieodpowiadających warunkom wymagany przez ZIEMSSSEN'a. Pozostałe 38 przypadków czystych powrotów dają nam odsetkę 6,8, zgodną mniej więcej z odsetkami GERHARDT'a [6,3%], HAUSAN'a [6,5%] i STEINTHAL'a [7,5%].

Symptomatologija recydyw. Przebieg powrotu waha się od 6—22 dni i średnio wynosi 12,8 dni. Z powyższej liczby było 26 lekkich, 10 średnich i dwa ciężkie przypadki recydywy; wszyscy chorzy wyzdrowieli. Początek gorączki w 63% przypadków był stopniowy, w 37% ciepłota szybko bo w ciągu 12—36 godzin wznosiła się ostro do 39,5°—40° C. Przypadki ze stopniowem wznoszeniem się ciepłoty były wszystkie o lekkim przebiegu, wynoszącym przecięciowo 11,2 dni. Bez żadnych zwiastunów, gorączka przez kilka dni wznosi się wieczorami coraz wyżej, dochodząc 3—5 wieczoru do *maximum*, która w połowie przypadków sięga 40° C., niekiedy 39° i 38° C. Zwykle bywają ranne zwolnienia, niekiedy wzmaganie się. W niektórych przypadkach *stadium incrementi* łączy się ze *st. decrementi*, w innych *st. acmeos* trwa dni kilka i przerywa-

ne bywa często zwolnieniami. Wyzdrowienie *per lysin*. Niekiedy w przebiegu występują zwolnienia i wzmaganie się, raz tylko choroba zakończyła się szybko *per crisin*. Inne objawy również występują ze słabem napięciem, wzdęcie brzucha małe, stolce sformowane, niekiedy zaparte, rzadziej rozwolnienie z charakterystycznym wyglądem. Lekki nieżyt oskrzeli spostrzegano u 16, dwubitność tętna u 3 chorych. Powiększenie śledziony u 21, różyczkę u 14 [58%]. Z powikłań raz jeden wystąpił nieżyt pęcherza, który towarzyszył i pierwotnemu tyfusowi. Białkomoczu nie zauważono. Objawy ogólne były bardzo nieznaczne, a przytomność zawsze zachowaną.

Cięższym był przebieg recydyw, zaczynających się ostro; trwanie choroby wynosiło 9—21 dni średnio 15,7%. Przebieg w tych razach podobny był do form poronnych; bez zwiastunów gorączka szybko wznosiła się do 39,6°—41° C., poczem przyjmowała typ zwalniający lub przepuszczający. Połowa przypadków zakończyła się *per crisin*, połowa *per lysin*.

Objawy miejscowe miały w tych formach większe napięcie. Różyczkę zanotowano u wszystkich chorych, powiększenie śledziony i nieżyt oskrzeli u 8, wzdęcie brzucha u 6, rozwolnienie u 5 i t. p. Ogólne objawy również były silniejszego napięcia i u niektórych chorych dochodziły do bredzenia (*sopor, deliria, status typhosus*). Z powikłań spostrzegano: *cystitis, otitis media i pneumonia lobularis*. Różyczkę autor spostrzegał wogóle w 92,1% występującą między 7—11 dniem choroby, niekiedy występowała ona powrotnie i po razy kilka [4]. Raz zauważył różyczkę (*erythema*) rozlaną na rękach i ramionach, na brzuchu i piersi. Wysypka przy powrotach występuje wogóle wcześniej, aniżeli w tyfusie pierwotnym, bo już 1—2 dnia, częściej 3, 6 i 7.

Przerwa bez gorączkowa a pomiędzy tyfusem a powrotem wynosi w 92% 14 dni, w 50% około 8 dni. W czasie tej przerwy zaburzeń w trawieniu nie zauważono.

Przyczyny powrotów. Za najczęstszą przyczynę powrotu autorzy uważają błędy dyjetetyczne, inni jak WEIL, EBSTEIN, ZIEMSEN zaprzeczają temu.

SCHMIDT sądzi, że błędy w dyjecie mogą wywołać powrót, lecz wstrząśnienia moralne, wysiłki fizyczne, zbyt wczesne wstanie z łóżka, niekiedy bywają także przyczyną takowego. Najskłonniejsi do powrotu są ludzie młodzi między 15 a 30 rokiem życia, dzieci również często chorują powrotnie [14% HENOCH]. Powrót podług SCHMIDT'a może również łatwo wystąpić po ciężkich przypadkach jak i po lekkich, częściej jednak zdarza się on w miesiącach zimowych. Częstość powrotu w szeregu lat waha się od 1,6% do 8,8%.

Sądzono, że metoda leczenia tyfusu wpływa do pewnego stopnia na częstość powrotów. WEIL zaleca chininę jako środek zapobiegający powrotom, a IMMERMANN i FREUNDLICH salicylan sodu. Środki te jednak podług innych autorów nie mają żadnego wpływu. GOETZE używał w tym celu naftaliny z pozytywnym skutkiem.

SCHMIDT sądzi, że występowanie powrotów zależy od charakteru epidemii, lubo grube błędy dyjetetyczne w okresie zdrowienia mogą się do wywołania takowej przyczynić. Powroty częściej bywają po lekkich i średnich formach tyfusu niż po ciężkich. Indywidualność chorego zdaje się nie mieć tu żadnego wpływu, a wpływ leczniczy zapobiegawczy jest bardzo wątpliwy.

Pogorszenia (*Recrudescenciae*). Z anatomo-patologicznego punktu widzenia są one identyczne z recydywami, ze względów praktycznych jednak należy je od tych ostatnich odróżniać. Co do przebiegu, objawy kliniczne są tu zwykle mniejszego napięcia, gdyż stanowią tylko dalszy ciąg objawów pierwotnych. Przebieg jednak bywa cięższy niż w recydywach, a śmiertelność większa [15,5%]. Powikłania towarzyszące bywają również ciężkie. Z 561 cho-

rych SCHMIDT notuje 27 przypadków pogorszenia [4,8%], z tych zaś 17 miało rozwój stopniowy, 10 wyraźny i ostry.

Różyczka wystąpiła 14 razy, powiększenie śledziony zdarzało się rzadziej, a rozwolnienie bardzo rzadko, przeciwnie, często występuje zaparcie. Pogorszenia równie jak recydywy częściej zdarzają się w miesiącach zimowych, szczególnie w Styczniu, Lutym i Marcu.

Patogeneza. Zachodzi pytanie dlaczego sprawa tyfusowa w pewnej liczbie przypadków powtarzać się może w jednym i tym samym ustroju.

Czy ma tu miejsce nowe zarażenie? Tych pytań przy dzisiejszym stanie nauki rozstrzygnąć nie podobna. Wiadomo tylko, że przebycie tyfusu do pewnego stopnia zabezpiecza od tej choroby, można ją jednak spostrzegać u jednej i tejże osoby po raz drugi i trzeci [2%]. Gdyby jednak recydywa zależała od nowego zarażenia się, niewątpliwie byłyby one częstszymi. Należy zatem przyjąć, że część zarazka, która przy pierwotnej chorobie była bezczynną, lecz w ustroju pozostała, bądź to w śledzionie, bądź w gruczołach kręzkowych, na nowo zaraża organizm. Dowodzi tego obrzmienie śledziony nie znikające w przerwie pomiędzy tyfusem a recydywą. Wiadomo bowiem, że laseczniki tyfusowe mogą się znajdować w organizmie nawet wtedy gdy tyfus klinicznie uważać należy za skończony. Tak np. FRAENKEL znalazł je w ropniu na brzuchu u chorego w 4½ miesiące po przebyciu tyfusu z recydywą. Znajdowano je również w bliznach owrzodzeń kiszkowych. Z tych to miejsc mogą zarazki przenikać do krwi i zakażać na nowo. Błędy w dyjecie, wzruszenia i wzmoczone ruchy mięśniowe mogą się do tego przyczynić. Nadto w pewnych warunkach zależnie od pory roku i t. p., laseczniki łatwiej lub trudniej mogą być eliminowane z ustroju; od tych to warunków zależy częstość recydyw.

W taki sam sposób powstają recydywy przy innych chorobach zakaźnych, jak przy tyfusie powrotnym, przy szkarlatynie, nakoniec recydywy przymiotu, a wszystkie one nie mają za przyczynę nowego zarażenia z zewnątrz, lecz powtórny rozwój zarazków, które bezczynnie dotoczyły spoczywały w ustroju, zachowując swoją żywotność i oczekując sposobności aby powtórnie zakazić ustrój. Ponieważ jednak po przebyciu jednokrotnem choroby ustrój mniejszą przedstawia odporność aniżeli organizmy zdrowe, nie więc dziwnego, że recydywy zdarzają się częściej aniżeli powtórne tyfusy, oddzielone pomiędzy sobą przerwą kilka lub kilkonastoletnią.

Deut. Arch. für klin. Med. XLIII, tom. zes. 2—3.

A. Malinowski.

48. Ostwałt. Chorio-retinitis syphilitica i jej stosunek do przymiotu mózgu.

Na podstawie badań klinicznych i anatomo-patologicznych zgodnie świadczących, że punktem wyjścia zmian przymiotowych na dnie oka, analogicznie z takimiż zmianami w mózgu opisanymi przez HENNER'a, są naczynia krwionośne, przypisuje autor przymiotowemu cierpieniu siatkówki i naczyniówki ważne znaczenie semiotyczne.

Ponieważ *art. ophthalmica*, tak jak i naczynia mózgowe, stanowi gałąź *art. carotis internae*, przeto umiejscowienie sprawy chorobowej w oku czyni wielce prawdopodobnem przypuszczenie, żei w mózgu, w obrębie którego rozgałęziają się najdrobniejsze gałązki tej samej tętnicy, jednocześnie ta sama odbywa się sprawa. Niezmierna wrażliwość subiektywna wzroku na najdrobniejsze zboczenia chorobowe sprawia, że przymiotowe cierpienia tego narządu należą do wczesnych objawów [drugorzędnych] przymiotu, kolosalna znów ilość połączeń naczyniowych mózgu jest powodem znacznie zazwyczaj późniejszego ujawniania się cier-

pienia mózgu. Ta różnica w czasie występowania objawów chorobowych ze strony tych dwu narządów jest znowu przyczyną tego, że niewątpliwy według autora, związek pomiędzy nimi tak długo pozostał ukrytym.

Na poparcie swej hipotezy przytacza autor w pracy, już dawniej temu przedmiotowi poświęconej, prócz własnych obserwacyj, 10 przypadków z literatury zaczerpniętych. Niedawno ZIEMSSSEN w wykładach swoich o przymiocie systemu nerwowego zwraca uwagę na konieczność dokładnego badania naczyń siatkówki dla rozpoznania przymiotu naczyń mózgowych.

Oparta nietylko na anatomii patologicznej, lecz i na badaniach klinicznych, hipoteza ta wyrasta nad poziom zwykłych przypuszczeń. Doniosłość jej dla celów leczniczych może stać się z czasem olbrzymią. Należy na najmniejsze skargi syfilityka na osłabienie wzroku baczną odtąd zwracać uwagę i głównie ją kierować przy oftalmoskopowaniu na sam środek siatkówki, jako na *locus praedilectionis* przymiotu i najwrażliwsze miejsce na drobne już zбочenia chorobowe. Wcześniej podjęte energiczne zabiegi lecznicze zdołają, być może, w niejednym przypadku stłumić w zarodku cierpienie przymiotowe mózgu, prawie niechybnie wiodące do śmierci.

(*Berliner klin. Wochenschrift. 1888. Nr. 45*)

Mieczysław Goldbaum.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Na posiedzeniu klinicznym dnia 20. VI, 1888 r., kol. JAWDYŃSKI okazał chorobą po operacji *pedis equino-vari*, a także zasuszony ostatni członek palucha, wyrwany przez maszynę wraz z całem ścięgnem *m. ext. pollicis*.

Następnie kol. Sokołowski opisał przypadek zapalenia płuc, pochodzenia urazowego. Jest to drugi przypadek, spostrzegany i opisany przez mówcę. Po krótkim wstępie wyjaśniającym znaczenie urazu w etyologii zapalenia płuc, kol. S. przystąpił do opisu własnego spostrzeżenia. 19-letni woźnica uderzony został 6-o pudowym blokiem granitu w prawą górną część klatki piersiowej; wystąpił ból w tej stronie klatki i suchy kaszel. Chory jednakże czuł się nieźle, dopiero po 10 dniach bóle się wzmogły, przyszło silne osłabienie, kaszel, gorączka i bredzenie. Kol. S. widział chorego 9-go dnia po wystąpieniu cięższych objawów, a w 3 tygodnie po uderzeniu. Ciepłota 40,2° C., tętno 104. Ból w prawej połowie klatki piersiowej. Rozległe stępienie z prawej strony od obojczyka do 4-go żebra, tamże oddech oskrzelowy, bronchofonija, rżężenia wilgotne, kaszel, plwocina rdzawa. W płynie, wyciągniętym z płuc znaleziono diplokokki FRIEDLAENDER'a. Piątego dnia nastąpił krytyczny spadek ciepłoty, a następnie prawidłowa rekonwalescencyja. Kol. S. sądzi, że z możliwością takiego pochodzenia zapalenia płuc, na co już i inni autorowie zwracali uwagę, będzie się musiał liczyć lekarz przy orzeczeniach sądowych.

W dyskusyi prof. BARANOWSKI zaznacza dwojaką możliwą przyczynę chorób zakaźnych po urazie; albo zarazek tkwił już w ustroju, i przeniósł się do uległej obrażeniu tkanki, albo przyszedł z zewnątrz, osiedlając się w tkance, która przez uraz stała się wrażliwszą na przyjęcie zarazy. Kol. CHEŁMOŃSKI, wobec coraz częstszego utożsamiania zarazka zapalenia płuc z pasorzytami znajdowanymi w jamie ustnej [ostatnie prace GAMALEI], przypuszcza, że po urazie z tamtąd właśnie mogą się te pasorzyty osiedlać w płucach.

Kol. PRZYSTAŃSKI opowiada przypadek zapalenia płuc, któremu uległ sam po upadnięciu z wagonu. Prezes BRODOWSKI sądzi, że nie można odpowiadać

w sądzie kategorycznie, iż dane zapalenie powstało wskutek traumas. Przy zapaleniach tego rodzaju przebieg jest nietypowy, jak to bywa np. po ranach kłutych lub postrzałowych płuca. Prof. BARANOWSKI nadmienia, że daleko częstszym następstwem urazu są sprawy nieżytowe w płucu.

Prezes BRODOWSKI nie zgadza się na to, aby zapaleniom urazowym w płucu dawać miano nieżytych. Pod tą nazwą obecnie pojmujemy także zapalenia płuc, które z oskrzeli przechodzą na tkankę płucną, dawniej tylko nazywano tego terminu, posługując się nim dla oznaczenia zapaleń z wysiękiem surowicznym lub też zapaleń natury gruźliczej. Kol. DUNIN co do nazwy zapalenia płuc nie żąda, że dzisiaj żadnej prawie sprawy zapalnej w płucu nie można zaliczyć do tej kategorii. To co dawniej tak nazywano, są to według nas obecnie tylko suchoty (*phthisis*), t. zw. np. *pneumokonia* są sprawami śródmiąższowymi, a w końcu gruźlicą, nawet przy *Schluckpneumonie* spostrzegano zarazek, opisany przez SCHOU (*bac. agilis*). Prof. BARANOWSKI utrzymuje, że pewne zmiany anatomiczne i cechy kliniczne wymagają, aby wyosobnić oddzielną formę chorobową zapalenia płuc nieżytego. Tu prof. B. zalicza: zapalenia wtórne po nieżytach oskrzeli, zapalenie płuc opadowe, zapalenie asteniczne, niektóre postaci pylic. Nie ma nic dziwnego, że w późniejszych okresach tych cierpień można wykazać laseczniki gruźlicze, gdyż te ostatnie łatwo osiedlają się i rozwijają tam gdzie istnieje już jakaś sprawa chorobowa. Prezes BRODOWSKI, dzieląc w znacznej części zdanie kol. DUNINA zachowuje jednak nazwę zapalenia nieżytego, ale tylko dla tej sprawy, w której sprawa zapalna przechodzi *per. continuitatem* z oskrzeli na pęcherzyki. Zapalenie płuc opadowe jest to ta sama *pneumonia genuina*, zależna od takichże samych pneumokoków, jak o tem przekonały najnowsze badania. Kol. DUNIN zaznacza, że są zapewne pewne odrębne cechy dla t. zw. nieżytego zapalenia płuc [lobularne], ale za prototyp ich powinno być uważane zapalenie gruźlicze. Wśród wymienionych wyżej przez prof. BARANOWSKIEGO form zapaleń nieżytych nie widzi żadnej wspólnej cechy klinicznej [np. pylice i zapalenie płuc opadowe] i dlatego nie czuje potrzeby rozpoznawania kiedykolwiek zapalenia płuc nieżytego. Zastrzega się jednak, że to co mówi, odnosi do dorosłych, nie będąc w stanie zdecydować co do istnienia lub nie zapaleń nieżytych u dzieci. Prof. BARANOWSKI nie zgadza się na wykreślenie *pneum. catarrhalis* z terminologii nosologicznej. Zdarza się ona u dzieci najczęściej, rzadziej u starców, najrzadziej u dorosłych, zwykle jest wtórna, towarzyszy i jest skutkiem *bronchit. capillaris*, powstać może wskutek drażnienia gazami [Cl], innymi ciałami obcymi, wskutek zaziębienia lub infekcji. Chociaż przyczyny wywołujące są różne, chociaż jedność etjologiczna ustanowioną być nie może, chociaż nawet zejścia mogą być różne, to jeszcze nie stanowi motywu, aby przeczyć istnieniu zapalenia płuc nieżytego, jako odrębnej formy klinicznej. W obecnym czasie nie możemy jeszcze utworzyć podziału chorób jedynie wedle momentów etjologicznych, jest to rzecz przyszłości. Vice-prezes PRZEWOŚKI zaznacza, że na sekcjach z oddziału podrzutek często spotyka się z zapaleniem płuc nieżytem. Płuco takie na przecięciu są wzgórkowate, usiane stwardnieniami, w pęcherzykach płucnych znajdują się komórki wędrujące, ciała czerwone, złuszczone komórki nabłonkowe i bakterie ropne. Stwardnienia pozostają ze zlania się oddzielnych zrazików i nie można w nich wykazać śladów gruźlicy. Jeżeli zdarza się infekcyjna gruźlica, to bezwarunkowo jest to infekcja wtórna. Kol. SOKOŁOWSKI oświadcza się również za istnieniem zapalenia płuc nieżytego. Takie przypadki przebiegają z wysoką gorączką, dusznością, objawami zajęcia oskrzeli; ognisko może być bardzo małe, a w płwocinie laseczników gruźliczych znaleźć nie można. Taki przypadek, potwierdzony przez sekcję, kol. S. spostrzegł przed kilku laty razem z kol. GOLDFLAMEM.

Kol. OŁTUSZEWSKI zwraca uwagę, że nie tylko zapalenie płuc nieżytowe, ale i zapalenie płuc krupowe może się przedstawiać pod różnemi postaciami klinicznemi. Dostyć jest przytoczyć zapalenie krupowe u pijaków, starców, ludzi nerwowych, zapalenia centralne i t. d.. A jednak to nam nie przeszkadza tym różnym postaciom dawać jedną nazwę. Do przytoczonego przez kol. S. przypadku zapalenia płuc nieżytego u człowieka dorosłego, dołącza własną obserwację, dotyczącą młodej dziewczyny z nacieczeniem w wierzchołku bez laseczników w płwocinie. Kol. O. podejrzewa tutaj zapalenie płuc nieżytowe.

Kol. DUNIN na to odpowiada, że jeżeli jakiego przypadku nie uważałyby za zapalenie nieżytowe, to właśnie przypadku kol. O. Laseczników trzeba szukać niekiedy kilkanaście razy, zanim się je znajdzie i na nieznaledzeniu laseczników rozpoznania budować nie można.

W końcu kol. MATLAKOWSKI okazał wycięty przez się kawałek zwężonej mocno kiszki grubej. Chora 40-letnia nigdy na zaburzenia trawienia nie chorowała, od 3 tygodni przy ciągłych nieobfitych stolcach, zaczęła doznawać bólów w brzuchu, wzdęcia, przelewania, a przy wstrząsaniu zdawało się, jakby były gazy w jamie otrzewnej; podejrzewano zwężenie w *colon descendens* lub *flexura sigmoidea*. Przy laparotomii znaleziono zwężenie w tej ostatniej. Część kiszki zwężona i wycięta zdaje się, jakby była ściągnięta nitką. Przy bliższem oglądaniu okazuje się, że cała ta część kiszki wraz z przewężeniem jest miękką, błoną śluzowa pulchna przechodzi w owrzodzenie w obu odcinkach [ośrodkowym i obwodowym].

Prezes Brodowski sądzi, że można tu wykluczyć zwężenie wskutek dysenteryi lub wrzodów nieżytych [te ostatnie znajdowałyby się i w innych ustępach kiszki, czego nie było]. Pozostaje przypuszczenie, czy nie jest to bardzo mały i ograniczony rak, albo guma t. [Te ostatnie jednak bywają najczęściej w *rectum*]. Tylko badanie drobnowidzowe może tę wątpliwość rozstrzygnąć. [Badanie drobnowidzowe, jak o tem prezes na następnem posiedzeniu zakomunikował, wykazało, że rzeczywiście był to rak].

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1889 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla prenumeratorów prowincjonalnych Prospekt na „Życie“ w r. 1889.

Przedpłata na „Kraj“
razem z „Przeglądem
lit.“ wynosi rs. 3
kwartalnie.

KRAJ

„Kraj“ wychodzi w Pe-
tersburgu co tydz.
w rozm. 24 str. „Przeg.
lit.“ 16 str.

TREŚĆ N-ru 48-go „KRAJU“:

Artykuł wstępny: Siedmdziesiąta rocznica urodzin Riegera. **Artykuły i korespondencje:** Prawnicy w Królestwie, p. *Stanisława Libickiego*. Jubileusz Franciszka-Józefa II. p. *Wiczuka*.

Feljeton. Epidemija potwarzy we Francyi, p. *ik.* Potwarceze resztki w Galicyi, p. *ik.* „Piękne donoszą nowinki: będzie pobór na dziewczynki“. Z teki humorystycznej.

Dział zagraniczny. Zdaleka i zbliżka: ze Lwowa p. *Notę*. z Krakowa p. *Średnika*, z Poznania p. *Domarata*, ze Szlązka pruskiego p. *Resurrectusa*, z Berlina p. *Waltera* i t. d. Echa słowiańskie (Listy-kosp. „Kraju“). Z politycznego świata, p. *L. S.* Tydzień polityczny. Kronika zagraniczna.

Dział wewnętrzny: Słowo wstępne („Z tygodnia“). Wiadomości urzędowe. Wiadomości petersburskie. Kronika warszawska. (Kronika tygodniowa. p. *Nepawę*. Drobne wiadomości).

Listy z prowincyi: z Wilna p. *Ign. Ludgiewskiego*, z Białegostoku p. *P. Q. R.*, z Mińska p. *Servusa*, z Kamieńca podolskiego p. *M. z Białej*, z Żytomierza p. *B. Markora*, z Kijowa p. *M. Trzaskę* i t. d. Rozmaitości.

Ekonomista. Z chwili obecnej, p. *W. Ż.* Listy ekonomiczne: z Białegostoku, p. *K. P. R.*; z Żytomierza, p. *B. M.*; z Kowla, p. *Kreskę*. Pośrednictwo w pracy. Tydzień ekonomiczny (drobne wiadomości). Tydzień giełdowy, p. *Ad. M.* Z rynków towarowych, p. *In.*

Doniesienia. Odpowiedzi redakeyi. Zaślubiny i Nekrologia. **Ogłoszenia.**

PRZEGLĄD LITERACKI.

Na wyższych kursach żeńskich (z powodu ich dziesięciolecia), p. *Romualdę Baudouin de Courtenay*. Autobiografija poety, p. *T. L.* Poprzednicy ks. Bismarka, p. *Res. Ta trzećca*. (Z pamiętnika malarza) p. *Henryka Sienkiewicza* (d. c.). Powieść z wieku XV. Kaczkowski Zygmunt „Olbrachtowi Rycerze“, p. *Zygmę*. Książę Adam Czartoryski (według Tatiszczewa) (d. c.). Kronika literacka i artystyczna. Nowe książki otrzymane w redakeyi „Kraju“. Bibliografija tygodniowa.

0—3

SUPPOSITORIA cum GLICERINO

Polecamy uwadze Szanownych Panów Doktorów czopki glicerynowe:

- 1) z mydłem stearynowem (bez żelatyny) 90% gliceryny
- 2) z żelatyną 80% gliceryny
- 3) z żelatyną i mydłem lekarskiem 60% gliceryny

które mają tę wyższość nad ławatywami i czopkami Boasa Sautera przygotowanymi z masłem kakaowem iż daleko mniej drażnią kiszki i nigdy nie wywołują następnych tenezmów.

Massa z mydła stearynowego lub też żelatynowa nierozpuszcza się całkowicie a tylko o tyle o ile potrzeba do podrażnienia błony śluzowej aby wywołać wypróżnienia, które następuje przy zastosowaniu powyższych czopków w 10 minut. Próbowane one były z pomyślnym skutkiem w szpitalach Warszawskich.

Czopki w moście będące przygotowujemy wielkości 1,5, 2,0 i 2,5 i stale posiadamy gotowe, mamy zaszczyt polecić je uwadze Szan. Panów Doktorów.

BIERTÜMPFEL i GESSNER

aptekarze, Aleja Jeruzolimska 27 róg Kruczej.

10—10

Д-зволено Цензурою. Варшава. 1 Декабря 1888 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska. Nr. 29.