

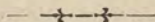
# GAZETA LEKARSKA.

## I. RESEKCYA STOPY

SPOSOBEM OBALIŃSKIEGO.

Napisal

**Aleksander Koczyński.**



Cierpienia stawu skokowego oraz kości stępu i śródstopia, przeważnie pochodzenia gruźliczego, należą do względnie bardzo częstych zjawisk. Nie więc dziwnego, że posiadamy cały szereg zabiegów operacyjnych, skierowanych do usunięcia tego rodzaju spraw chorobowych. Z drugiej zaś strony znaczna liczba zbliżonych do siebie sposobów postępowania operacyjnego wskazuje, że żaden z nich nie odpowiada w zupełności swojemu założeniu. Rzadko sprawa gruźlicza ogranicza się do pojedynczego ogniska chorobowego w tej lub innej kości stopy, najczęściej spotykamy zajęcie wielu kości odrazu.

Tymczasem prawie wszystkie metody operacyjne mają na celu usunięcie tylko pewnych ograniczonych części stawu skokowego, jak np. usunięcie kości skokowej podług Vogt'a i są skierowane do wielkich kości stępu. Zaledwie nieliczne z nich umożliwiają rozejrzenie się w mniejszych kościach stępu i częściach dalej leżącego śródstopia. W tym ostatnim kierunku posiadamy metodę BARDENHEUER'a i zbliżoną do niej LINK'a; sposoby te dają obszernie pole operacyjne, ale są połączone z przecięciem ścięgien i nerwów co w następstwie, pomimo nałożenia szwów, pociąga za sobą zaburzenia ruchowe i czuciowe.

Z tego pobieżnego zestawienia widać, że nie posiadaliśmy dotąd sposobu, pozwalającego swobodnie rozejrzeć się niejako w całej stopie, nie narażając chorego na następce, zbyt wielkie zaburzenia czynnościowe kończyny. Dotkliwy ten brak daje się w znacznej mierze usunąć dzięki sposobowi resekcyi stopy, podanej przez ś. p. prof. OBALIŃSKIEGO.

W 1890 r. OBALIŃSKI (1) wystąpił z projektem podłużnego przecięcia stopy. Na razie myślał on o dwóch podłużnych, bocznych cięciach, lecz dają one zbyt mało dostępu do naocznego zbadania chorych kości, nie odpowiadają więc należycie wymaganiom, gdy tymczasem przecięcie podłużne całej stopy, pomiędzy 3-im i 4-ym palcem, jest najbardziej dogodnym i celowym, ponieważ uszkadza się najmniej ścięgien, nerwów i naczyń i otwiera się dogodny dostęp

do kości śródstopia i małych kości stępu. Później OBALIŃSKI do pierwotnego planu operacyjnego dodał jeszcze przepiłowanie kości piętowej, przez co otworzył się dostęp do kości skokowej i dolnego odcinka kości goleniowych. W ten sposób wytworzyły się niejako dwa sposoby operacyjne: resekcja stopy podłużna mniejsza (*resectio longitudinalis minor*), kiedy ograniczamy się przepiłowaniem stopy tylko do przedniej powierzchni kości skokowej i piętowej i resekcja stopy podłużna większa (*resectio longitudinalis major*), kiedy do poprzedniego cięcia dodajemy przepiłowanie kości piętowej i uprzystępniamy sobie staw skokowy. Sam OBALIŃSKI tak opisuje plan zabiegu: W przestrzeń pomiędzy silnie rozciągnięte III i IV<sup>a</sup> palce stopy wprowadza się nóż amputacyjny średniej wielkości i silnym poruszeniem posuwa się go pomiędzy III i IV<sup>a</sup> kością śródstopia, następnie pomiędzy sześcienną a zewnętrzną klinową i czółenkową do przedniej powierzchni kości skokowej i piętowej. Otrzymane w ten sposób dwie połowy stopy, odciągamy silnie na boki, prawie do utworzenia kąta prostego z wierzchołkiem w stawie CHOPART'a.

Ponieważ sprawa gruźlicza zajmuje liczne kości stopy, więc, usunąwszy jedną chorą, otwieramy sobie dostęp do następnej i w ten sposób możemy dokładnie obejrzeć kości śródstopia i małe kości stępu. Jeżeli do tego dodamy podłużne przepiłowanie kości piętowej, to wytworzymy ze stopy dwa płyty kostno-mięśniowe, po których rozsunięciu otrzymujemy dostęp do kości skokowej, *resp.* do całego stawu skokowego.

Powstałą po usunięciu zniszczonych kości jamę, zalewamy zawiesiną glicerynowo-jodoformową i zakładamy paski gazy; części miękkie zeszywamy szwami jedwabnymi, węzełkowymi, przeprowadzamy sączek przez grzbiet stopy i piętę i nakładamy opatrunek unieruchamiający.

Zalety powyższego sposobu są następujące: 1-o Prostem cięciem podłużnym, pomiędzy kośćmi śródstopia i drobnymi kośćmi stępu, dochodzimy do przedniej powierzchni kości skokowej i piętowej, co daje nam możliwość rozejrzenia się we wszystkich ogniskach chorobowych, mieszczących się w przedniej części stopy. Żaden z poprzednich sposobów powyższej zalety nie posiada. 2-o Cięciem tem przecina się tylko mięśnie wyprostne i zginacze dwóch zewnętrznych palców i mięsień strzałkowy długi; po dokonaniem zabiegu łatwo je zespoić szwami. 3-o Z nerwów—przecinamy tylko nerw podszwowy zewnętrzny. 4-o Rozdzielając za pomocą piły kość piętową, umożliwiając sobie obejrzenie wielkich kości stępu i stawu skokowego.

Na razie OBALIŃSKI ograniczył się na przytoczonych wywodach teoretycznych, gdyż nie miał odpowiedniego materiału klinicznego; wkrótce jednak ogłosił opis (2) 6 spostrzeżeń, które pozwoliły mu rozszerzyć wskazania do omawianego zabiegu i wyprowadzić niektóre wnioski praktyczne. Tu należy wspomnieć, iż początkowo stosował on tylko cięcia mniejsze, dopiero, nie otrzymawszy w trzech pierwszych przypadkach pożądanego wyniku, z powodu ognisk gruźliczych, mieszczących się w dużych kościach stępu, postanowił posunąć się dalej i uciekł się do przepiłowania kości piętowej, tworząc w ten sposób cięcia podłużne większe.

PIOTROWSKI (3) zebrał wyniki 19 resekcji stępu, dokonanych sposobem OBALIŃSKIEGO przez samego autora, ja zaś miałem sposobność spostrzegania trzech podobnych zabiegów, dokonanych na oddziale chirurgicznym w szpitalu Ś-go Rocha w Warszawie, które poniżej przytaczam.

**Spostrzeżenie I.** R. Zofia, 19 lat, przybyła do szpitala d. 9. XII. 1894. Od 1½ roku cierpi na bóle i obrzmienie prawego stawu skokowego. W okolicy kostki zewnętrznej istnieje przetoka, przenikająca do obnażonej kości. Chora chodzi z trudnością, opierając się na palcach prawej stopy.

Rozpoznano gruźlicze cierpienie kości stępu i d. 14. I. 1895 Dr. GĄBSZEWICZ dokonał rozszerzenia przetoki i wyłęczkowania rozmiękłych ognisk w kości. Rana pooperacyjna, pomimo stosowania miejscowego środków przyżegających, nie goiła się należycie; zaczął występować obrzęk całej stopy, co skłoniło G. do przedsięwzięcia wtórnego zabiegu sposobem OBALIŃSKIEGO, który wykonał d. 20. IV. 1895. Po rozpołowieniu stopy nożem amputacyjnym [kość piętowa była do tego stopnia zniszczona, że użycie piły okazało się zbyt cennym] usunięto kość sześcienną, wszystkie trzy klinowe, czółenkową, piętową i ¾ skokowej. Powstała po usunięciu kości jamę, wypełniono gazą jodoformową od strony piętowej; na miękkie części na stronie grzbietowej i piętowej nałożono szew węzełkowy, pozostawiając miejsce na sączek na wierzchołku pięty. Stopę ułożono w położeniu prawidłowym i umocowano w opatrunku unieruchamiającym. Po 10-iu dniach usunięto część szwów: na całej przestrzeni rychłozrost, ropienia niema, położenie stopy prawidłowe, stan bezgorączkowy. Od tego czasu gojenie przetoki na pięcie i drugiej, powstałej później w okolicy kostki zewnętrznej, postępowało powoli. W miesiąc po zabiegu dały się zauważyć niejaki ruchy w stawie skokowym, które, zwiększając się stopniowo, pozwoliły chorej w 3½ miesiąca po operacji chodzić, opierając się nieco na stopie. Dnia 26. IX. 1895 chora opuściła szpital w następującym stanie: prawa stopa ma wygląd prawidłowy, jest bardzo nieznacznie obrzmiała; ruchy w stawie skokowym nadspodziewanie dobre; chora chodzi w trzewiku z wysokim obcasem, nie doświadczając bólu. W okolicy kostki zewnętrznej pozostała niewielka przetoka, która po paru miesiącach zagoiła się w zupełności.

**Spostrzeżenie II.** K. Piotr, lat 27, służący, przybył do szpitala Ś-go Rocha d. 16. VI. 1897. W dzieciństwie przechodził zapalenie prawego stawu skokowego. Obecnie bolesność i zaczerwienienie w okolicy kostki wewnętrznej i kości piętowej; stan gorączkowy. Rozpoznano ostro przebiegające zapalenie lewej kości piętowej i d. 30. VI. 1897 Dr. GĄBSZEWICZ usunął ją zupełnie zmartwiałą. Po operacji stan gorączkowy trwał dalej bez przerwy, zjawiło się obszerne obrzmienie, zajmujące okolicę kostek i część śródstopia, przy obfitem ropieniu, wobec czego G. wykonał wtórną resekcję stopy sposobem OBALIŃSKIEGO d. 14. VII. 1897, usuwając zniszczone kości klinowe, sześcienną, czółenkową i ½ skokowej, oraz wiele tkanek chorobowo zmienionych. Ranę zaszyto, pozostawiając sączek, idący od grzbietu stopy do wierzchołka pięty. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy: d. 14. VIII usunięto sączek i zastąpiono go paskami gazy; rana wypełniała się po woli ziarniną i d. 26. X. 1897 chory opuścił szpital z zupełnie zagojoną raną.

Kształt stopy, ruchy w stawie skokowym zupełnie zadawalające; chory chodzi swobodnie, wynagradzając skrócenie o  $1\frac{1}{2}$  ctm. wysokim obcasem.

**Spostrzeżenie III.** L. Bolesław, lat 15, pochodzący z gubernii płockiej, wstąpił do szpitala Ś-go Rocha d. 5. VII. 1898. Przed rokiem uderzył się w lewą stopę o kamień; stopa nieco obrzmiała, lecz chory chodził. Po paru miesiącach, z powodu bólów i utrudnionego chodzenia, probowano „nastawić mu nogę“, ale zabieg pozostał bez pożądanego rezultatu, natomiast bóle znacznie się wzmogły i uniemożliwiły chodzenie. Stwierdzono znaczne obrzmienie lewego stawu skokowego i obecność dwóch przetok na grzbiecie stopy, wiodących do obnażonych kości stępu.

Dnia 12. VII. 1898. Dr. CIECHOMSKI wykonał resekcyę stopy sposobem OBALIŃSKIEGO, usuwając kości klinowe, czółenkową, sześcienną i część skokowej i piętowej. Części miękkie zeszyto szwami jedwabnymi i przeprowadzono sączek przez całą grubość stopy; d. 26. VII. 1898 zdjęto szwy: rychłozrost części miękkich. Dnia 8. VIII. 1898 usunięto sączek, zamieniając go paskami gazy jodoformowej. Przetoki powyższe nie goiły się należyście; zaczęto stosować kąpiele sublimatowe, pomimo to jednak obrzęk bolesny stopy powiększał się stopniowo coraz bardziej. Chory zaczął gorączkować, ropienie z przetok wzmogło się; wprowadzony do przetok zgłębnik opierał się o obnażone kości. Wobec stale pogarszającego się stanu, C. d. 12. XI. 1898 otworzył szerokiem cięciem bliznę na grzbiecie stopy. Znalezione znaczną ilość ziarniny i rozmięczenie w pozostałej części kości piętowej i skokowej, oraz w kościach śródstopia; nasada kości goleniowej również okazała się chorobowo zmienioną. Po usunięciu wszystkich zmienionych kości i części miękkich, ranę wypełniono gazą wyjałowioną i częściowo zaszyto, pozostawiając na zewnętrznym brzegu stopy drugi otwór z sączkiem. Początkowo rana goiła się prawidłowo, nawet po dwóch miesiącach zaczęły pojawiać się ruchy na miejscu stawu skokowego, wkrótce jednak potem ropienie i obrzęk stopy się wzmogły, ziarnina w przetokach zaczęła bujać. Zaproponowano odjęcie stopy, na co chory i rodzina jego nie zgodzili się i z tego powodu wypisano chorego dnia 16. V. 1899 ze stopą obrzmiałą i dwiema przetokami, przy ogólnym stanie zadawalającym.

Dodając powyższe 3 spostrzeżenia do 19-u, zebranych przez PIOTROWSKIEGO (3), otrzymamy 22 przypadki, operowane podług planu, nakreślonego przez OBALIŃSKIEGO. Ostateczne wyniki zabiegu, oparte na tych danych, są następujące: Przy t. zw. resekcyi mniejszej, wykonywanej wyłącznie przez OBALIŃSKIEGO, bądź to z powodu nie odważenia się na razie na resekcyę większą, bądź też z powodu ograniczenia się sprawy do małych kości stępu, w 13 przypadkach otrzymał on 8 wyzdrowień zupełnych, gdzie kształt stopy i ruchomość w stawie skokowym były zupełnie dobre, 1—z nieco upośledzoną ruchomością, 2 razy zastosowano wtórne odjęcie kończyny z powodu zajęcia wielkich kości stępu, 1 raz odjęcie stopy z powodu zastosowania w przebiegu pooperacyjnym tuberkuliny KOCH'a i pojawienia się wielkiego rozpadu tkanek, nakoniec 1 przypadek śmierci wskutek zapalenia płuc.

Przechodząc do resekcji większej, rozporządzamy tu 9-u spostrzeżeniami: 4 wyzdrowienia zupełne [OBALIŃSKI—2, GABSZEWICZ—2], 2 wyzdrowienia niezupełne, gdyż ruchy w stawie pozostały nieco upośledzone, 2 następcze odjęcia kończyny i 1 przypadek śmierci z powodu daleko posuniętej gruźlicy płuc. Wogóle, na 22 dokonane zabiegi, otrzymano 15 razy wyniki dodatnie, co stanowi 68,2% wyleczeń. Pozwoliłem sobie wliczyć 3 przypadki z nieco upośledzoną ruchomością w stawie skokowym, przy zachowanym dobrym kształcie stopy, do szeregu wyleczeń, opierając się na poglądzie RYDYGIERA (4), że przy resekcji stawu skokowego należy dążyć do zeszywnienia w tym stawie; wtedy nawroty cierpienia są rzadsze, natomiast drobne stawy stępu z czasem nabierają większej sprawności i pełnią rolę dodatkową zupełnie wystarczająco. Jak widać z tego zestawienia, wyniki operacyjne są bardzo zachęcające, dodatnie zaś strony rękoczynu polegają na możliwości otrzymania dobrego kształtu stopy i mniejszej lub większej ruchomości w stawie skokowym. Zazwyczaj stosując inne sposoby postępowania przy cierpieniach stawu skokowego, otrzymujemy zniekształcenie kończyny, która staje się w wielu razach tylko niepotrzebnym ciężarem dla chorego i bardzo często prowadzi do wtórnego zabiegu amputacji; sposób OBALIŃSKIEGO pozwala nam, nawet przy rozległym zniszczeniu kości stępu i śródstopia, spodziewać się uratowania kończyny z zachowaniem jej kształtu i ruchomości.

Za wskazania do opisanego zabiegu służą cierpienia gruźlicze kości śródstopia i małych kości stępu [resekcya mniejsza] oraz daleko posunięte rozległe zniszczenie wszystkich wogóle kości stępu i samego stawu skokowego. Do warunków dobrego wyniku operacji należy względna całość skóry.

Opisane dotąd przypadki, ze względu na bardzo dodatnie wyniki, powinny zachęcić do szerszego stosowania tego nowego sposobu, który, zgodnie z wymaganiami współczesnej chirurgii, pozwala naocznie sprawdzić i usunąć ogniska chorobowe, tkwiące we wszystkich kościach stopy.

## L I T E R A T U R A.

- 1) OBALIŃSKI. Neue Schnittmethode für die Fusswurzelresection. Centralbl. für Chir 1890. Nr. 40.
- 2) OBALIŃSKI. O wynikach, osiągniętych za pomocą własnej metody resekcyjnej na stopie. Przegląd Lekarski. 1892 r. Nr. 1,
- 3) PIOTROWSKI. Wyniki resekcji stępu sposobem OBALIŃSKIEGO. Zbiór prac, wydanych ku uczczeniu pamięci prof. D-ra OBALIŃSKIEGO. Kraków. 1899.
- 4) RYDYGIER. O leczeniu gruźlicy stawów. Odczyty Kliniczne. Nra. 78 i 79. 1895.

Z ODDZIAŁU D-RA M. JAKOWSKIEGO W SZPIT. DZ. JEZUS.

## II. PRZYPADEK

# SEPTICO PYEMII

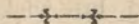
wskutek zakrzepu w żyłę biodrowej podczas ciąży.

Poród przedwczesny. Wyzdrowienie.

Podał

**Tadeusz Korzon,**

asystent oddziału.



Dnia 23 czerwca 1898 r. przybyła na oddział Józefa K., lat 20, służąca. Chora była w 4-ym miesiącu ciąży. Przed dwoma tygodniami dostała dreszczów, które się parokrotnie powtarzały, zaczęła doznawać bólu w prawej nodze i kaszlu. Skarży się na mocny ból w prawej nodze, zwłaszcza w kolanie i czuje się trochę ogólnie rozbitą.

Przy badaniu znaleziono: chora dobrej budowy i odżywiania, z ciepłotą ciała wieczorną 38,1°, rano 37,6°; z tętnem 100, dosyć napiętem, miarowem. W klatce piersiowej pod prawą łopatką lekkie stłumienie odgłosu opukowego, drżenie głosowe i oddech trochę osłabione; słychać nieliczne trzeszczenia.

Wymiary serca prawidłowe, tony u wierzchołka trochę głuche, wyraźniejsze u podstawy serca. Brzuch powiększony odpowiednio do 4-go miesiąca ciąży. Śledziona nad 9 żebrzem, niewyczuwalna. Prawa dolna kończyna wogóle obrzmiała, bolesna przy ruchach i na ucisk. Poniżej więzów POUPART'a, z prawej strony, wyczuwa się na przebiegu żyły biodrowej twardy wałek, około 2 ctm. długości, przy ucisku bardzo bolesny. Stolec zaparty. Mocz o ciężarze właściwym 1025, kwaśny, białka nie zawiera. Innych składników nieprawidłowych w moczu niema.

Rozpoznano zakrzep w żyłę biodrowej prawej. Stłumienie opukowe pod prawą łopatką, z osłabionym trochę oddechem i drżeniem głosu uważaliśmy za kończące się zapalenie płuca prawego, które chora przeżyła w domu.

Zrobiono przekłucie stawu kolanowego prawego i otrzymano płyn surowiczny. Chorej podano salicyl i nogę prawą wzięto w bandaż gipsowy.

Przez parę dni po przybyciu do szpitala chora miewała wieczorem ciepłotę 38,3°, rano 37,6°, ale d. 29. VI. ciepłota stała się już prawidłową. Subiektywnie chora czuła się znacznie lepiej, bóle w nodze zmniejszyły się. Stłumienie opukowe pod prawą łopatką znikło, oddech dochodził wyraźnie. Stolec był stale zaparty, tak że często trzeba było stosować ławatywy.

Dnia 8 lipca bandaże z nogi zdjęto. Kolano okazało się spuchniętem, przy ruchach biernych bolesnem, obrzęk całej nogi trochę mniejszy. Twardy

walek, mniej bolesny, wyczuwa się poniżej więzu POUPART'a. Przy spokojnem leżeniu chora bólu w nodze nie doznaje i czuje się wogóle dobrze.

Dnia 26 lipca chora zaczęła się skarżyć na ból głowy, nudności i ogólne niedomaganie. Ciepłota, która już od 3 przeszło tygodni była normalną, podniosła się do 38,5° wieczorem. Dnia 30 lipca na skórze tułowia, a zwłaszcza na kończynach górnych i dolnych, ukazała się grudkowata wysypka, czerwona, bolesna, przy ucisku palcem znikająca. Po paru dniach chora zaczęła doznawać bólów w stawach napiętka lewej kończyny górnej, później w lewym kolanie, to znów pod kolanem i w kolanie prawem, które ciągle było spuchnięte. Później jeszcze ból wystąpił w prawym stawie łokciowym, to znów w obu stawach łokciowych. Ból występował w jednym stawie, a znikał w innym, ale żaden ze stawów, prócz prawego kolana, nigdy nie był obrzmiałym.

Gorączka o typie przepuszczającym trwała ciągle, wieczorami 38,0°—38,7°, z rana 37,2°. Wysypka to bladła, to znów wyraźniej występowała; w jednych miejscach znikwała, a pokazywała się w innych. Najobfitszą była zawsze na kończynach, zwłaszcza dolnych, a słabo wyrażoną na twarzy. Wysypka miała charakter *erythema multiloculare*, czasami tworzyły się czerwone i bolesne nacieczenia wielkości miedzianej dziesiątki; parę razy na papulach tworzyły się nawet małe pęcherzyki, wypełnione płynem surowicznym. Tętno wahało się w granicach pomiędzy 100 i 120 uderzeniami na minutę, było miękkie, małe, miarowe.

Stan taki trwał aż do 5 sierpnia, kiedy przy gorączce przepuszczającej, przelotnych bólach stawów i ciągle trwającej wysypce wystąpiło stłumienie opukowe pod lewą łopatką i oddech osłabiony. Przy próbnem przekłuciu otrzymano płyn ropny. Hodowla, zrobiona z tego płynu na agarze, dała wynik ujemny. Następnego dnia, t. j. 6. VIII., można było zauważyć stłumienie odgłosu opukowego i pod prawą łopatką, bez widocznej jeszcze różnicy w oddechu. Lecz już nazajutrz wystąpiło osłabienie oddechu i próbne przekłucie wykazało również obecność ropy w jamie opłucnej prawej. Gorączka stała się jeszcze bardziej nieprawidłową. Niejednokrotnie zrana ciepłota dochodziła do 39,0°, a wieczorem spadała do 36,8°.

Dnia 17 sierpnia można było stwierdzić wyjaśnienie się tonu opukowego w dolnych ustępach płuc i głośniejszy oddech. Pod więzem POUPART'a nie można już było wyczuć wálka w żyły biodrowej. Kończyna dolna prawa nie obrzęknięta; prawy staw kolanowy spuchnięty i bolesny przy ruchach, które są zresztą bardzo ograniczone.

Wysypka na całym ciele, zwłaszcza na kończynach, trwała w dalszym ciągu. Serce powiększyło się w wymiarze podłużnym, górna granica serca była pod 3-em żebrem. Pierwszy ton u podstawy serca niejasny. Około 20. IX. gorączki zupełnie nie było [ciepłota wieczorna 37,1°, zrana 36,7°], ale już d. 21 września znów podskoczyła wieczorem ciepłota do 39,1°, zrana 36,1°, poczem znowu spadała i stan subiektywny chorej ciągle się poprawiał; ciepłota coraz częściej stawała się normalną: od czasu do czasu bywały jednak podskoki do 38,0—38,5°. Wessanie wysięków w jamach opłucnej powoli postępowało naprzód.

Pod koniec września chora zaczęła miewać codzieln kilkakrotne wymioty. W moczu podczas choroby parokrotnie można było wykazać ślady białka, ale wałków nie znaleziono.

Dnia 10. X. chora urodziła przedwcześnie w 8-ym miesiącu dziecko żywe, które przyszło na świat bez wysypki; na drugi dzień zmarło. Zaznaczam dla tego, że dziecko urodziło się bez wysypki, ponieważ jeden z ordynatorów, na którego oddziale chora czasowo przebywała podczas odnawiania naszej sali, przypuszczając na zasadzie wysypki syfilis i ulegając pogładowi syfilidologa, który zauważył na migdale u chorej coś, przypominającego lepiej płaski, zrobił chorej kilka [3] wstrzyknięć sublimatu [0,015], co zresztą na wysypkę u chorej żadnego widocznego wpływu nie wywarło. Po porodzie chora przestała zupełnie gorączkować, wysypka znikła i powoli następowało zupełne wyzdrowienie. Pozostała ankyloza w prawem kolanie i ślady przebytego obustronnego zapalenie opłucnej pod postacią zrostów obustronnych.

Chora, która przybyła do szpitala jako tęga i rumiana dziewczyna, przez czas choroby wychudła i zmieniła się do niepoznania. Po porodzie atoli szybko zaczęła nabierać tuszy i cery. Aliści w lutym chora zaczęła uskarżać się na codzienne bóle głowy, zjawiające się zwłaszcza po południu, na uczucie chłodu, przytem zjawiała się wieczorami gorączka. Śledziona wypukiwała się na 8-ym żebrze, wyczuwalna. Poddano krew badaniu i znaleziono plasmodye malarji. Chinina wraz z arsenikiem, który chora przez dłuższy czas brała, usunęły malarję w przeciągu tygodnia.

Obecnie chora przebywa jeszcze na oddziale, wygląda wyśmienicie, utylą bardzo i przed paru dniami miała zrobione przez D-ra KRAJEWSKIEGO *brisement forcée* pod chloroformem, w celu usunięcia dość znacznej akylozy prawego kolana.

---

Gdy się zastanowimy nad opisanym powyżej przypadkiem, to przedstawi się on nam w sposób następujący:

Chora, ciężarna, na dwa tygodnie przed przybyciem do szpitala miała dreszcze, gorączkę i inne objawy ogólnego niedomagania wraz z kaszlem. Przybyła do szpitala ze skargami na ból w prawej nodze. Przy badaniu znaleziono zakrzep w żyłe biodrowej prawej i kończącą się sprawę zapalną w prawem płucu. Chora przytem jeszcze gorączkuje. Połączenie takie jednoczesne dwóch spraw chorobowych, t. j. zakrzepu żylnego i zapalenia płuca, zdaniem naszym, wskazuje stanowczo na zakaźne pochodzenie zakrzepu żylnego.

Ponieważ chora stanowczo przeczyła wszelkim przypuszczeniom co do prób wywołania poronienia, nie można więc przypuszczać, aby zakażenie dostało się drogą narządów rodnych. Pozostaje zatem tylko jedno możliwe wyjaśnienie, t. j. że chora podczas ciąży dostała zapalenia płuc i działanie zakażenia wraz z uciskiem ciężarnej macicy na krwiobieg żylny spowodowało zakrzep w żyłe biodrowej prawej, co zdarza się rzadziej, gdyż zakrzepy podczas ciąży najczęściej tworzą się w lewej żyłe biodrowej<sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Real-Encyclopädie. 1888 r. T. 16, str. 200.



Twierdzenie to zgodne jest z wynikami pracy JAKOWSKIEGO o zakrzepach żylnych pochodzenia zakaźnego, który dowiódł doświadczalnie, że toksyny, krążące we krwi, przy jakichkolwiek miejscowych zaburzeniach cyrkulacyjnych mogą wywołać zakrzepę w odpowiednich żyłach <sup>1)</sup>).

Chora w parę dni po przybyciu do szpitala przestała gorączkować. Zakrzep w żyłę biodrowej prawej, jak widzimy z historii choroby, trzymał się dość uporczywie i oto raptem w miesiąc po przybyciu do szpitala chora znów dostaje gorączki, wysypki, to znikającej, to znów występującej na całym ciele, bólów przelotnych w różnych stawach, a najbardziej w prawym kolanie; gorączka ma typ przepuszczający, nieprawidłowy; wysypka ma wszelkie cechy wysypki septycznej. Nakoniec obustronne ropne zapalenie opłucnej i słabo rozwinięte zapalenie wsierdza, [które wyrażało się dość długo mocno nieczystym pierwszym tonem w sercu, słyszalnym najlepiej na mostku], razem z przytoczonymi wyżej objawami i dwu-miesięcznym przeszło trwaniem choroby, pozwalało na zupełnie pewne kliniczne rozpoznanie *septico-pyaemii*. [Hodowle zrobione ze krwi dały wynik ujemny].

Rodzi się teraz pytanie, w jaki sposób powstało u chorej zakażenie krwi?

Aczkolwiek zakrzep w żyłę biodrowej był pochodzenia zakaźnego, to jednakże nie można przypuszczać, aby te same zarazki [właściwie ich toksyny], które spowodowały zakrzep, wywołały także i rozmięczenie jego złośliwe, gdyż chora przez cały miesiąc nie gorączkowała, ogólnie czuła się dobrze; obrzęk nogi i bóle zmniejszyły się. Tymczasem raptowny wybuch *septico-pyaemii* nie daje się inaczej wytłómaczyć, jak przez rozmięczenie zakrzepu na skutek przedostania się doń jakichś zarazków, mogących wywołać ropienie. Gdyby chora dostała bodaj najłżejszego zapalenia gardła, lub innej jakiej zakaźnej choroby, to jużby jasnym było źródło zakażenia, ale bez tego pozostaje tylko przyjąć, iż zarazki przedostały się do zakrzepu, nie wywołując przedtem żadnego ogólnego cierpienia, a więc, czy to przez drogi oddechowe, czy to przez drogi trawienia, czy też może wprost przez skórę.

Przeglądając dostępną mi literaturę w celu znalezienia odpowiedzi, czy możliwym jest tego rodzaju powstanie *pyaemii*, spotkałem w podręczniku patologii szczegółowej i terapii ZIEMSSEN'a, w dziale chorób układu krwionośnego o zakrzepach żylnych, zdanie prof. QUINCKE'go, które pozwolę sobie dosłownie przytoczyć, gdyż najzupełniej tłómaczy opisany przezemnie przypadek. Pomieniony ustęp brzmi, jak następuje: „Nawet przy zakrzepie marantycznym i zakrzepie wskutek ucisku, należy wystrzegać się najłżejszego zarażenia nie tylko rzeczywistych ran, ale nawet małych zadrapań skóry, które, przy istnjącym zaburzeniu cyrkulacji, mogą łatwo stać się punktem wyjścia dla róży lub flegmony, a przez to wywołać zapalenie żył i rozpad zakrzepu. Trzeba również dbać o to, aby przez nieuszkodzone błony śluzowe narządów oddechania i trawienia nie dostały się zarazki. Pewne przypadki kliniczne sta-

---

<sup>1)</sup> M. JAKOWSKI. Przyczynek do nauki o zakrzepach żylnych pochodzenia zakaźnego. Gaz. Lek. r. 1898. Nr. 40.

nowczo wskazują na to, że w zanieczyszczonem powietrzu źle urządzonych szpitalów *pyaemia* może się rozwinąć i z dobrotliwego zakrzepu, bez żadnego uszkodzenia powłok zewnętrznych i że wskutek przypadkowych zaburzeń w przewodzie pokarmowym występują groźne objawy. Być może, fakty tego rodzaju należy sobie tłumaczyć tak, iż podobne zarażenia zzewnątrz lub ze strony wspomnianych błon śluzowych zwyciężane są przez zdrowy organizm, ale trafiając na *locus minoris resistentiae* tam, gdzie jest zakrzep, lub też zbierając się tam w większej ilości wskutek wadliwej cyrkulacji krwi, powodują chorobę“.

Sądzę, że przypadek opisany może być ilustracją do przytocznego zdania prof. QUINCKE'go.

Gdyby próbować wybrać najprawdopodobniejszą z trzech, przytoczonych przez QUINCKE'ego, możliwości przedostania się zarazków do zakrzepu t. j.: 1) przez zadrapania skóry, 2) przez drogi oddechowe i 3) przez przewód pokarmowy, to w naszym przypadku najwięcej chyba miałyby szans ta trzecia droga, t. j. przewód pokarmowy.

Chora stale cierpiała na zaparcie stolca. Na karcie szpitalnej ciągle widnieją uwagi: wypróżnienia nie było 3 dni, 5 dni, 4 dni i t. d. Zaparcie to musiano ciągle zwalczać lawatywami i środkami czyszczącymi.

Zresztą w naszych warunkach szpitalnych, zwłaszcza w szpitalu Dzieciątka Jezus, i wnikanie zarazków przez drogi oddechowe z powietrza mogło mieć miejsce, gdyż powietrze to pozostawia częstokroć wiele do życzenia.

Jedno jeszcze przypuszczenie, prawdopodobnie mające tu najwięcej racji i najbliższej stojące do miejsca zakażenia — to drogi płciowe, chociaż cięża, co do stanu narządów rodnych, przechodziła najprawidłowiej.

### III. SAMOISTNE CIERPIENIA SERCA (PRZEROST i ROZSZERZENIE).

STUDYUM KLINICZNE.

Napisal

**Stanisław Pechkranc.**

— † — † —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 36].

#### **Symptomatologia.**

Znakomita większość przypadków samoistnego cierpienia serca ma przebieg przewlekły i one to właśnie uważane być mogą za typowe. Autorowie [DA COSTA, LEYDEN, RIEDER] odróżniają w przebiegu 2 okresy: 1) lżejszy okres czynnościowych zaburzeń serca, 2) okres zmian organicznych, przebiegający z rozszerzeniem jam serca. Nie we wszystkich jednak przypadkach znajdujemy oba te okresy. Niekiedy, przy pomyślnych warunkach, cierpienie zatrzymuje się na pierwszym okresie, do rozwoju dających się

stwierdzić zmian organicznych nie dochodzi. Bywa i tak, że cierpienie odrazu prawie wstępuje w ciężki okres drugi. Pomimo to użytecznem jest, dla łatwiejszego orientowania się, zatrzymanie tego podziału.

### Okres pierwszy.

Cierpienie najczęściej rozwija się powoli, skrycie, w mniejszości zaś przypadków powstaje ostro. Chorzy przez długi czas nie szukają pomocy lekarskiej, a dopiero później, przy wzmaganiu się objawów, przeszkadzających im w pracy, zwracają się do lekarza, przyczem o pierwszych początkach cierpienia dowiadujemy się tylko z anamnezy. Jako ilustracya tego okresu, niech posłuży następujące spostrzeżenie.

W początku r. z., pod koniec stycznia, zwrócił się do mnie chory, lat 20 liczący, mieszkaniec Rużan, ze skargami na ogólne osłabienie, zwłaszcza w nogach, bezsenność, bicie serca, duszność, bóle w okolicy sercowej, zaburzenia w trawieniu, szczególnie zaś na brak łaknienia i skłonność do rozwolnienia Bicie serca występuje u niego napadami, niekiedy bez przyczyny, najczęściej zaś podczas pracy. Napady kołatania serca połączone są z dusznością. Choroba obecna rozwija się, według słów chorego, stopniowo od kilku miesięcy, Początkowo chory nie zwracał wielkiej uwagi na swoje dolegliwości, pochyłając je za następstwo chwilowego osłabienia, i dalej pracował, roznosząc towary po wsiach. Chory utrzymuje, że dawniej, przed początkiem obecnego cierpienia, odznaczał się wielką siłą fizyczną, dźwigał duże ciężary godzinami, nie męcząc się zbyt. Nigdy nie palił i nie pił napojów wysokokowych. Nie przypomina sobie, ażeby kiedykolwiek miał chorować. Chorób zakaźnych, specjalnie gośca i syfilisu, nie przechodził. Odżywiał się zawsze dobrze, zmartwień nie miewał. Obecne cierpienie zaczęło się od tego, że chory przy pracy prędzej począł się męczyć, lecz dalej pracował, choć w mniejszym stopniu. Wkrótce zaczęło wstępować bicie serca z dusznością z początku rzadziej, co kilka dni, później zaś częściej; pojawiły się zaburzenia w trawieniu [brak łaknienia, rozwolnienie], bóle w okolicy serca, bóle i zawroty głowy, bezsenność, niemożność leżenia przez dłuższy czas na lewym boku, omdlewnia, zdenerwowanie ogólne, skłonność do pocenia się. Chory kilka razy zaprzestał swej pracy i kilkakrotnie, po niejkiej poprawie, nanowo się do niej brał. Lekarze, u których się leczył, utrzymywali, „że jest nerwowo“, i przepisywali mu brom. Gdy stan coraz więcej pogarszał się, a żadne przepisywane mu leki nie sprowadzały polepszenia, chory przyjechał do Warszawy.

Chory średniego wzrostu, dobrego odżywiania. Muskulatura kończyn bardzo silnie rozwinięta. Tętno 90, średniej wielkości, umiarkowanie napięte, prawidłowe. W płucach nic szczególnego. Uderzenie wierzchołka serca w 5-em międzyżebżu na wewnątrz linii sutkowej, dość mocne. Wymiary stłumienia serca nie zbaczają od normy. Tony serca głośnie, czyste, bez akcentuacyi. Po wykonaniu przez chorego ruchów spostrzegamy znaczne przyspieszenie tętna do 110—115, przyczem zjawia się także niejaka duszność; a granice stłumienia serca nie ulegają zmianie.

Chorego widziałem kilkakrotnie. Obszar stłumienia serca pozostał bez zmiany. Tętno było niekiedy nieprawidłowe. W czasie napadu bicia serca, trwającego niekiedy minut kilka, tętno dochodziło do 130, granice serca były i wtedy prawidłowe. Badany dwukrotnie mocz nie wykazywał żadnych składników nieprawidłowych. Rozpoznałem osłabienie mięśnia sercowego (*insufficiëntia muscularis cordis*), spowodowane przemogą cielesną, objawy zaś ogólnej nerwowości [ból, bezsenność, osłabienie, zdenerwowanie, zaburzenie trawienia] postawiłem także w zależności od przepracowania i wywołanej przez nie niedomogi serca. Spokój, krzepiąca dyeta, środki nasercowe [naparstnica, strofant] wywołały po 2 tygodniach znaczną ulgę w stanie chorego, który wkrótce wyjechał z Warszawy i zabrał się do poprzedniej pracy. Po kilku miesiącach chory powrócił do Warszawy. Widziałem go wówczas tylko raz jeden. Opowiadał, że przez ten czas dużo pracował i już od miesiąca czuje się źle. Przedstawiał już wówczas drugi okres choroby. Rozszerzenie serca, zwłaszcza na prawo, było wyraźne, tony głuche, słabe, lekka sinica, obrzęki stóp. Chorego straciłem później z oczu.

Drugi przypadek, jaki w roku przeszłym spostrzegalem, przypominał poprzedni pod tym względem, że na pierwszym planie również były objawy „neurasteniczne“: kołatanie serca, klucie w okolicy serca, zaburzenia trawienia, bezsenność, uczucie słabości, różnił się zaś tem, że istniało prócz tego rozszerzenie jam serca. Jakkolwiek przypadek ten należy właściwie do drugiego okresu, podam go jednak w tem miejscu. Objawy powyższe dotyczyły młodego człowieka, liczącego lat 30 i rozwinęły się po kilkakrotnej forsownej wycieczce na rowerze. Nie bez znaczenia także była w tym przypadku przemoga płciowa. Chory, którego znam już od lat wielu, cieszył się przedtem najlepszym zdrowiem i, choć zajęty stale pracą biurową, wytrzymały był na pracę fizyczną, wycieczki piesze i t. d. Badany przezemnie kilkakrotnie przedtem dla innych przyczyn, nie przedstawiał żadnych zбочeń ze strony serca. Po ostatniej wycieczce na rowerze, która trwała kilka godzin i bardzo go zmęczyła, chory przez dłuższy czas czuł się niedobrze, był stale rozdrażniony, źle sypiał, męczył się szybko przy chodzeniu, zwłaszcza przy wchodzeniu na schody, jakoteż przy pracy umysłowej. Próby dosiadanania roweru spełzały na niczem: po krótkim czasie zjawiała się duszność i bicie serca, które zmuszały go do zaniechania prób. Badany po ostatniej wycieczce chory okazywał burzliwą czynność serca, uderzenie wierzchołkowe znacznie wzmożone w 6 międzyżebżu na 1 ctm. nazewnątrz linii sutkowej; prawa granica stłumienia serca przekraczała nieco środek mostka. Czynność serca zlekka arytmiczna. Ruchy powodują duszność. Sinicy, obrzęków niema. W jakie 10 dni później obszar stłumienia serca w granicach prawidłowych, nawet przy badaniu w nachylonej naprzód pozycji. Uderzenie wierzchołkowe serca w 5-ym odstępnie międzyżebrowym nieco nazewnątrz linii sutkowej. Tony serca przez cały czas zupełnie czyste. Chory jeszcze później przez długi czas doznawał duszności i bicia serca po cięższej pracy, a jazdę na rowerze zmuszony jest uprawiać w rozmiarach o wiele skromniejszych.

Podobne przypadki zdarzają się bardzo często, lecz, niestety, często także zostają zapoznawane, szczególnie przy przeoczeniu momentów etyologicznych. Ważne zaś są z tego powodu, że fałszywe rozpoznanie ma dla chorego najczęściej smutne następstwa.

Z przytoczonych przypadków widać, jak objawy nerwowe panują nad całym obrazem chorobowym, skutkiem czego nierzadko rozpoznaje się w takich razach neurastenię, nerwowe kołatanie serca, neurastenję sercową i t. d. Zdaniem naszym, z pośród samoistnych cierpień serca te właśnie, lżejsze postaci, zasługują na szczególne uwzględnienie, i to dla 2 powodów: 1) gdyż zdarzają się bardzo często, o wiele częściej, niż postaci cięższe, 2) gdyż przy fałszywym rozpoznaniu, do jakiego dość często dają powód, a więc przy nieracjonalnem leczeniu łatwo przejść mogą w okres organiczny. W najnowszych czasach zwraca na tę okoliczność uwagę FEILCHENFELD (27).

Godną uwagi jest okoliczność, zaznaczona już przez DA COSTA'ę, a później przez LEYDEN'a, RIEDER'a i innych, że w początku cierpienia, niekiedy już jako najwcześniejszy objaw, występują zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, szczególnie rozwolnienie. Objaw ten widzieliśmy i w naszych przypadkach, w których wysuwał się nawet na przedni plan. Uporczywa niestrawność bardzo często maskuje cierpienie serca. Często też zdarza się, że „chory przybywa do nas, jako cierpiący na żołądek, a opuszcza nas, jako chory sercowy“ [G. SÉE (54)].

U niektórych chorych uderza skłonność do pocenia się [1-szy nasz przypadek] przy najlżejszej pracy. Według spostrzeżeń ROSENBACH'a (17), chorzy z t. zw. cierpieniami idyopatycznymi serca, tem się między innymi różnią od chorych z wadami zastawkowymi, że o wiele częściej, przy najmniejszej sposobności, pocą się, podczas gdy ostatni mają często skórę rażąco suchą i chłodną. ROSENBACH uważa wzmózone wydzielanie potu przy pracy mięśniowej za oznakę, że już wcześniej stała się konieczną, wskutek osłabienia mięśnia sercowego, kompensacyjna czynność skóry.

Objawy ze strony układu krwionośnego noszą na sobie piętno eretyzmu, pobudzenia, z kąd określenie DA COSTA'y—*irritable heart*. Tętno zazwyczaj przyspieszone do 80 i kilku, a nawet przeszło 100 uderzeń na minutę. Podczas napadów kołatania przyspiesza się do 120 i wyżej. Tętno jest zwykle silne, dobrze napięte. Uderza niezmierną pobudliwość tętna [patrz przyp. I]. Niekiedy występuje arytmia, objaw, który o wiele częściej i stalej napotkać można w okresie 2-im. Napady kołatania serca zwykle połączone bywają z dusznością, lecz ta ostatnia występować może i poza napadami, przy pracy mięśniowej lub umysłowej, a niekiedy i bez widocznej przyczyny. Wzmiankowane napady kołatania serca należy odróżniać od napadów prawdziwej *tachycardiae paroxysmalis*, która również dość często występuje na tle niedomogi serca. Objawy wzmózonej czynności serca [wzmózony *ictus*, głośnie tony serca, przyspieszone tętno] początkowo występują tylko podczas napadów eretyzmu, później zaś utrwalają się, znikając dopiero przy nastąpieniu wybitniejszej niedomogi mięśnia sercowego. Granice stłumienia serca w tym okresie nie są jeszcze powiększone. Nawet przy zastosowaniu metody GUMPRECHT'a (55), t. j. per-

kutując przy nachylonej naprzód pozycji, nie udaje się częstokroć stwierdzić powiększenia wymiarów stłumienia serca. Lepsze wyniki, niż opukiwanie, ma dawać palpacya [FEILCHENFELD]: przy wciskaniu palca w międzyżebrza niekiedy wyraźnie wyczuć można rozszerzoną lewą komorę w jej rozlanych, słabych ruchach. Dla otrzymania jakiegokolwiek pozytywnych wyników należy wogóle badać często i w najrozmaitszych położeniach ciała, w spokoju i po ruchach i t. d. Zaznaczyć tu należy jeszcze jeden objaw, o którym wspominają niektórzy autorowie [SEELIGMUELLER, WITWICKI; FEILCHENFELD], mianowicie różnicę w oddechaniu przy leżeniu na prawym lub lewym boku. FEILCHENFELD, który kładzie na ten objaw przy zwiótczeniu serca szczególny nacisk, przedstawia sobie rzecz tak: w położeniu na lewym boku serce jest bardziej wiotkie, więcej rozciągnięte i ma do pokonania większy opór w słupie krwi aorty, podczas gdy przy leżeniu na prawym boku mięśnie serca są niejako zbliżone do siebie w swych punktach przyczepu, co istotnie ułatwia akcyę serca.

W cięższych przypadkach, przy dalej posuniętej niedomodze serca, mamy niekiedy połączenie znacznego przyśpieszenia czynności serca z jej nieprawidłowością (*arrythmia*), znane pod nazwą *delirii cordis, folie de coeur* [BEAU]. Choć objaw ten występuje w najrozmaitszych cierpieniach serca, jest on jednak, według LEYDEN'a, stałym prawie objawem przemożonego serca. Drugim godnym uwagi objawem, świadczącym o patologicznym stanie serca, jest t. z. rytm cwałowy, zdarzający się zresztą często i w innych cierpieniach sercowych. Wielu autorów nadaje mu szczególnie niepomyślne znaczenie prognostyczne. Co do genezy tego objawu panowała przez długi czas niepewność. W ostatnich dopiero czasach prawie wszyscy klinicyści zgodzili się na pogląd POTAIN'a, że dodatkowy ton (*bruit surajouté*), na bardzo krótko poprzedzający 1-szy ton w rytmie cwałowym, zależy od szczególnie silnej czynności przedsiionka przy osłabionej sprawności lewej komory. Za tym poglądem przemawiają także kardiogramy KRIEGE'go, SCHMALL'a i ROSENARCH'a. Niewątpliwe znaczenie prognostyczne, jakie ten objaw posiada, tłumaczy się tem, że znacznie wzmożony skurecz przedsiionka, prowadzący nawet do wytwarzania tonu, wskazuje na znaczną niedomogę innego odcinka serca, prawdopodobnie lewej komory. Lecz bezwzględnie niepomyślnego znaczenia objawowi temu przypisać nie można, gdyż osłabienie lewej komory może być tylko przemiążającym <sup>1)</sup>. Według spostrzeżeń PAWIŃSKIEGO (56), punktem wyjścia rytmu cwałowego jest często rytm wahadłowy.

Innym objawem, świadczącym o wybitnem osłabieniu serca objawem dostępnym zarówno dla dotyku, jak i dla słuchu jest t. zw. drzenie serca (*tremor cordis*). W czasach przedauskultacyjnych lekarze o wiele lepiej obznajmieni byli z tym objawem, aniżeli lekarze współcześni. I obecnie, gdy posiadamy udoskonaloną metodę osłuchową, wymacywanie może, zdaniem LEYDEN'a, oddać nierównie większe usługi, niż opukiwanie, przy ocenianiu

---

<sup>1)</sup> Z innych cierpień rytm cwałowy najeczęściej zdarza się: przy przewlekłym zapaleniu nerek, lecz nie przy typowej marskości, przy niedostateczności mięśnia sercowego wskutek stwardnienia tętnic wieńcowych, oraz przy innych postaciach zwyrodnienia mięśnia sercowego.

energii serca. Drżenie serca polega na tem, że uderzenie serca [nie wierzch ołka] jest nierówne, drżące, faliste. Pojęcie „*tremor cordis*“ nie jest bynajmniej identyczne z „*delirium cordis*“, gdyż objaw ten spostrzegać można przy zupełnej prawidłowej, lecz przyśpieszonej czynności serca. Na wytworzenie *tremoris cordis* składa się najczęściej rytm cwałowy, lub *delirium cordis* przy bardzo przyśpieszonej akcji serca. Objaw ten jest tylko oznaką niedostateczności mięśnia sercowego, nie pozostaje jednak w żadnym stosunku do pojemności jam serca, t. j. występować może i przy zupełnym braku rozszerzenia jam sercowych.

#### Okres 2-gi [rozszerzenie serca].

Okres ten przedstawia dla chorego o wiele większe niebezpieczeństwa, niż okres pierwszy, choć takie objawy niedomogi serca, jak rytm cwałowy, drżenie serca bez rozszerzenia należy, według słusznego zdania LEYDEN'a, uważać za niebezpieczniejsze, niż lekkie stopnie rozszerzenia serca bez tych objawów. Najczęściej tak bywa, że okres ten, stopniowo lub nagle, rozwija się z pierwszego, choć znamy z literatury niemało przypadków, w których okres zmian organicznych powstał ostro, bez uprzedniego okresu czynnościowego. Należą tu i moje przypadki, z których jeden wyżej został przytoczony, a drugi poniżej będzie omówiony.

Będąc od lat 8 lekarzem fabrycznym, miałem sposobność spostrzegać przypadki niedomogi serca, wywołanej przez nadmierną pracę fizyczną. Z przypadków tych przytoczę tu w krótkości tylko jeden, spostrzegany przezemnie w maju r. z., jako przykład ostrej przemogi serca z rozszerzeniem jam.

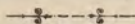
Majster, lat 40 i kilka liczący, podnosząc ciężką sztabę żelazną, uczył nagle klucie w lewym boku i w okolicy międzyłopatkowej, duszność, zawrót głowy. W tej samej chwili ściemniło mu się w oczach i był blizkim upadnięcia. Zdarzenie to zmusiło go do zaprzestania roboty i dłuższego wypoczynku. Nazajutrz po raz pierwszy widziałem chorego. Dobrze odżywiany, z doskonałym rozwiniętym układem mięśniowym, chory leży w łóżku na prawym boku. Sinica, acz niewybitna, warg. Uskarża się na duszność, zmęczenie i klucie w lewym boku. Tętno 108, miękkie, niewielkie, prawidłowe. Uderzenie wierzchołkowe wyczuwalne w 6 odstępie międzyżebrowym nieco nazewnątrz linii sutkowej. Górna granica bezwzględnego stłumienia serca w 3-im odstępie międzyżebrowym, prawa przekracza nieco prawy brzeg mostka. Ruchy faliste *in praecordio. Pulsatio epigastrica*. Tony serca czyste, nieco głucho. Lekki akcent na 2-gim tonie tętnicy płucnej. Po kilku dniach objawy ze strony układu serco-naczyniowego prawie bez zmiany, przyłączył się tylko rytm cwałowy, najwyraźniej słyszalny u lewego brzegu dolnego końca mostka. Wątroba powiększona: wychodzi na 3 poprzeczne palce z pod łuku żebrowego. Sinica trochę większa. Tętno 110, miękkie, trochę skaczące, lecz rytmiczne. Obrzęk naokoło kostek. Mocz w małej ilości [około 1/2 litra], bez białka. Osłabienie, duszność, bezsenność, brak łaknienia. Objawy te bez znacznych zmian utrzymywały się jeszcze przez kilka dni. W parę tygodni od chwili zachorowania obrzęk znikł, duszność znacznie zmniejszyła się; prawa granica serca zaledwie przekraczała lewy brzeg mostka, *ictus* na linii sutkowej w 5-em międzyżebrowu,

wątroba występuje na palec z pod łuku żebrowego. Następstwem choroby było to, że chory na długo stracił zdolność do większych wysiłków. Znałem chorego dawniej. Był zdolny do najcięższej pracy, silny, objawów ze strony serca nie okazywał. Dużo pił wódki i dużo palił. Nie przechodził chorób zakaźnych, specjalnie gościeca i syfilisu.

Opisany przypadek przedstawia przykład ostrego rozszerzenia serca, powstałego wskutek przemogi cielesnej na tle osłabienia nerwowo-mięśniowego aparatu serca, będącego następstwem nadużycia wysokoci i tytoniu.

[C. d. n.]

## NOTATKI LEKARSKIE.



### 8 Rzadkie powikłanie zakażenia połogowego: choroiditis purulenta (*abscessus choroideae*).

Sprawy ropne przerzutowe w narządzie wzrokowym należą do bardzo rzadkich i z tego powodu mało są znane ogółowi lekarzy; a jednak znajomość ich bardzo jest ważną, gdyż rozpoznane we właściwym czasie, mogą być skutecznie zwalczone i przyczynić się do ocalenia życia chorego, w wysokim stopniu zagrożonego. Z tego też powodu podaję następujący przypadek niedawno przeze mnie spostrzegany.

Mężatka dwudziestokilkuletnia odbyła poród prawidłowo; w kilka dni po porodzie zaczęła gorączkować i doznawać bólu w dole brzucha; stwierdzono *perimetritis et parametritis puerperalis*. Gorączka, z początku ciągła, przybrała w 2-gim tygodniu typ zwalniająco-przepuszczający z powtarzającymi się dreszczami (*pyaemia puerperalis*). W 3-cim jednak tygodniu choroby tak objawy miejscowe jak i ogólne [gorączka] stopniowo zaczęły się zmniejszać a w końcu zupełnie ustąpiły; chorą przestałem odwiedzać. W kilka dni wezwano mię ponownie do chorej, która skarżyła się na ból w prawem oku. Przy badaniu znalazłem umiarkowane nastrzyknięcie białkówki i łącznicy oka i nie przypuszczając nic poważnego, zaleciłem okłady ściągające. W kilka dni zostałem znowu wezwany do chorej, która skarżyła się na silny ból w oku i coraz większe osłabienie wzroku w temże oku. Przy badaniu znalazłem obrzmienie powieki górnej, bardzo silne zaczerwienienie i obrzmienie łącznicy, która wystaje ze szpary ocznej w postaci grubego wałka (*chemosis*); gałka oczna wysadzona w wysokim stopniu (*exophthalmus*).

Przypuszczając sprawę ropienia, prawdopodobnie w tkance łączno - tłuszczowej pozagalkowej (*abscessus retrobulbaris*), chorą niezwłocznie wysłałem do Warszawy, gdzie kolega MUTERMILCH dokonał w swym oddziale, w szpitalu żydowskim, wyluszczenia gałki ocznej, przyczem, jak mi to łaskawie zakomunikował, znalazł *choroiditis purulenta circumscripta (abscessus choroideae metastaticus)* a nie ropień pozagalkowy; *exophthalmus* zaś zależał w danym przypadku od obrzęku wtórnego tkanki łącznej oczodołowej, jaki zwykł towarzyszyć temu cierpieniu.

Najczęstszymi przyczynami ropnego zapalenia naczyńki, jak również innych spraw ropnych w narządzie wzrokowym, są: uraz, rany, wniknięcie ciała obcego, rozszerzenie się sprawy zapalnej z sąsiednich narządów i t. p. do rzadkich przyczyn należą przerzuty w przebiegu chorób zakaźnych, tyfusu, gorączki połogowej. Do tej ostatniej grupy należy niewątpliwie nasz przypadek.

Kolega MUTERMILCH spostrzegał w ciągu kilkunastu lat, przy olbrzymim



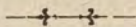
materyale, jakim rozporządza w szpitalu żydowskim w Warszawie, wszystkiego 3 przypadki *choroiditidis purulentae metastaticae*; nasz przypadek jest 4-tym.

Przypadek nasz jest zdaniem kol. MUTERMILCHA jeszcze i z tego względu ciekawym, że chora została przy życiu, gdy zwykle ropnie naczyńki występują przy najzłośliwszych zakażeniach połogowych, które sprowadzają śmierć często skutkiem ropnego zapalenia opon mózgowych. To jest powodem że wielu okulistów obawia się w takich razach niesłusznie wyluszczenia gałki ocznej.

Przypadek nasz jest pouczającym dla lekarza-praktyka; dowodzi on jak należy być ostrożnym z ocenieniem przypadłości ocznych w przebiegu zakażenia połogowego; ja sam, będąc po raz pierwszy wezwany do chorej z powodu przypadłości ocznych, ani przypuszczałem, na jak wielkie niebezpieczeństwo chora moja była narażoną.

*Feliks Arnstein* [Kutno].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



**97. T. Browicz. Pochłanianie krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną i stąd powstać mogące obrazy w tej komórce.**

U psów, którym wstrzyknięto do krwi rozczyn hemoglobiny MERCK'a, spostrzegł autor, iż komórki wątrobane mogą pochłaniać nie tylko pojedyncze krwinki czerwone, ale ich znaczniejsze ilości. Gromadki krwinek leżą w ściśle ograniczonych przestworach wśród cytoplazmy komórek. Krwinki czerwone ulegać mogą przemianom, skupiają się w jednolite masy i tworzyć mogą bezbarwne, kuliste twory, w niezabarwionych preparatach szklistego wejrzenia. Te kule barwią się eozyną, kwasem pikrynowym, fuksyną. Ponieważ obrazy mikroskopowe badanych komórek są obrazami jednego tylko okresu czynności i stanu komórki, przeto autor nie może jeszcze podać, co w razie trwania życia komórki wątrobnnej, a więc w późniejszych okresach, z temi kulami się dzieje. Prawdopodobnie substancya, z krwinek powstała, dalej przez komórkę przerobioną być może.

Kule te przypominają twory, jakie się dostrzega także w komórkach mięsaków, raków, jako twory wewnątrz-komórkowe, ciała fuksynowe RUSSELLA i t. d. Szereg obrazów przejściowych, które autor podaje, wskazują, iż twory wewnątrzkomórkowe także z krwinek czerwonych powstawać mogą.

(*Sprawozdanie Akademii Umiejętności, wydziału matem. przyr. w Krakowie z dnia 10 lipca. 1899*).

**98. T. Browicz. Drogi odżywcze w komórce wątrobnnej oraz zestawienie wyników badań nad komórką wątrobną, ogłoszonych przezeń w publikacjach akademii od r. 1897.**

Na postawie szeregu obrazów komórki wątrobnnej w wątrobach muszkatułowych człowieka, jakoteż w wątrobach psów, którym wstrzyknięto do krwi rozczyn hemoglobiny MERCK'a, dochodzi autor do wniosku, iż w komórce wątrobnnej, prócz stałych dróg, kanalików wywózowych, których początek tkwi w jądrze komórki, istnieją jeszcze stałe drogi dowozowe, będące w ścisłym związku z naczyniami krwionośnymi włoskowatymi, któremi substancye odżywcze i czynnościowe wnikają ze krwi aż w jądra komórki wątrobnnej. Autor nazywa je drogami, a względnie kanalikami odżywczymi.

Autor zestawia następnie wyniki swych badań nad komórką wątrobną, na r. 1897 w publikacjach Akademii ogłoszonych, w następujących punktach:

1) Wśród substancji jądra komórki wątrobną poczynają się drogi czy kanaliki żółciowe, które łączą się bezpośrednio z takimiż drogami czy kanałkami wśród cytoplazmy komórki wykazanemi, te zaś łączą się znowu bezpośrednio z kanałkami żółciowymi międzykomórkowymi.

2) Prócz wewnątrzkomórkowych dróg żółciowych istnieją odrębne, stałe drogi, będące w ścisłym związku z naczyniami krwionośnymi włoskowatemi, które autor drogami czyli kanałkami odżywczymi nazywa, którymi komórka wątrobną substancje odżywcze i czynnościowe otrzymuje.

3) W komórkę wątrobną wnikają temi drogami prócz płynnych substancji także krwinki czerwone, które dostają się wreszcie do jądra komórki i tworzą materiał, przerabiany przez substancję jądra na żółć, a względnie bawniki żółciowe. Jądro spełnia więc czynność wydzielniczą.

4) Komórki wątrobną mogą w pewnych warunkach pochłaniać znaczną ilość krwinek czerwonych, które gromadzą się w ściśle ograniczonych przestrzeniach, wakuolach.

5) Ze skupionych, zmienionych i zlewających się ze sobą krwinek czerwonych powstać mogą jednolite, kuliste twory, które figurują, jako twory wewnątrzkomórkowe, barwią się kwasem pikrynowym, eożyną, fuksyną.

6) Powstawanie wakuol w komórce wątrobowej tak w cytoplazmie, jakoteż w jądrze, wypełnionych różną zawartością, zależy tak od istnienia stałych dróg, kanałków wywozowych, jakoteż dowozowych. Wakuole są tylko rozszerzonymi, fizyologicznymi kanałkami.

*(Sprawozdanie Akademii Umiejętności, wydziału matem. przyr. w Krakowie z dnia 10 lipca 1899).*

**99. R. Koch. Pierwsze sprawozdanie o czynnościach wyprawy, przedsięwziętej w celu zbadania malaryi.** Pobyt w Grosseto od 25 kwietnia do 1 sierpnia 1899 r.

Blota [maremmy] tokańskie już od dawnego czasu używają złej sławy z powodu panującej tam ciężkiej malaryi. Choroba ta panuje przez rok cały, najbardziej jednak sroży się podczas miesięcy letnich od lipca do października. W okresie tym jedyny ratunek, jaki pozostaje ludności blot, jest opuszczenie swych siedlisk i udanie się w góry. Do miejscowości, dotkniętych malaryą, należy Grosseto, główne miasto prowincyi. Miasto to posiada szpital na 100 łózek, w którym autor wraz ze swymi porochnikami przeprowadzał obserwacje nad malaryą. W szpitalu tym w r. 1898 było w miesiącach od kwietnia do czerwca włącznie średnio po 50 chorych na malaryę przez ciąg miesiąca; w lipcu było ich 254, w sierpniu 384, we wrześniu 332; w następnych miesiącach liczba chorych na malaryę stopniowo się zmniejszała i w marcu r. b. wynosiła już tylko 68.

U wszystkich chorych, podejrzanych o malaryę, badał autor krew na pasożyty i tylko tych uważał za dotkniętych malaryą, u których pasożyty znaleziono; rzeczywiście dalsza obserwacja u chorych bez plasmodyi wykazywała, że miano do czynienia z inną chorobą. Gdy obecność pasożytów wskazywała, że istotnie chory miał malaryę, przez dalszą obserwację starano się dowiedzieć, czy chodziło tu o świeże zakażenie, czy też o nawrót przeszłorocznej choroby. Gdy przypadek był świeży, starano się dokładnie obejrzeć i zbadać miejscowość, w której prawdopodobnie zakażenie nastąpiło.

Pierwszą rzeczą, jaka rzuciła się w oczy przy rozpoczęciu badań, było to, że początkowo miano do czynienia nie ze świeżemi przypadkami, lecz nawrotami choroby: chorzy stanowczo twierdzili, że po raz pierwszy nabyli malaryi w lecie 1898 roku. Dopiero w końcu czerwca r. b. przybywać zaczęły przy-

padki świeże i to w ogromnej liczbie. Gdy bowiem przed 23 czerwca było wszystkiego chorych na malaryę, w przeciągu 5-u tygodni, 26 i to wszystko chorzy z nawrotami choroby; w przeciągu 5-u tygodni po 23 czerwca chorych było 222, z których tylko u 17 można było stwierdzić recydywę. Wogóle więc dla Grosseto okres, kiedy malarya jest najniebezpieczniejszą, obejmuje tylko trzy miesiące letnie: lipiec, sierpień i wrzesień. Okoliczność ta jest bardzo ważną ze względu na walkę z malaryą.

Wszystkie dotychczasowe doświadczenia wykazują, że pasożyty, malaryi, oprócz u człowieka, żyć mogą tylko u pewnych gatunków komarów. U ostatnich jednak rozwijają się one tylko podczas miesięcy letnich; w przeciągu więc 8—9 miesięcy w roku istnieć mogą tylko w ciele ludzkim. Autor szukał pasożytów malaryi w ciele innych zwierząt, lecz napróżno. Człowiek więc jest jedynym gospodarzem tych pasożytów i przenoszenie ich z jednego osobnika na drugiego, przy pośrednictwie komarów, odbywa się tylko w przeciągu miesięcy letnich. Za źródło zarazy służą liczne podczas tych miesięcy osobniki z nawrotami choroby. Osobniki więc z recydywami malaryi stanowią ogniwo pośredniczące w dojściu do skutku zakażenia. Gdyby możliwem było przerwać to ogniwo, usunęlibyśmy nowe zakażenia i malarya stopniowo zniknęłaby z danej okolicy. Możliwość taka istnieje dzięki chininie. Należałoby tylko podawać chininę nie jedynie w celu usunięcia choroby, lecz i w celu zapobieżenia jej nawrotowi. W przeciągu 8—9 miesięcy udałoby się przecieżyć wyleczyć całkowicie malaryę. Tego zupełnego wyleczenia wymaga nie tylko interes danego chorego, lecz więcej jeszcze wzgląd na dobro ogólne, gdyż chory na malaryę przedstawia poważne niebezpieczeństwo dla otoczenia. Trzeba więc walczyć z malaryą w ten sam sposób co z cholera, dżumą, trądem, z tą tylko różnicą, że w malaryi nie chodzi o wyosobnienie chorego i dezynfekcyę, lecz tylko o stosowanie chininy, aby zniszczyć zarazek.

Zgodnie z powyższemi danemi co do sposobu zarażenia się malaryą, układały się stosunki co do występowania przypadków choroby w przestrzeni. Przypadki te nie grupowały się bynajmniej według złych warunków danych miejscowości, lecz miano do czynienia z ogniskami choroby, równomiernie rozsiانemi. Nie było nieraz malaryi w najbardziej niezdrowych miejscowościach, w innych, lepiej położonych, zdarzały się ogniska choroby. W niektórych z tych ognisk udało się wykazać nawroty dawniej przebytej malaryi. Nieraz również występowała malarya w oberżach, gdzie nocowali chorzy malaryczni.

Co się tyczy rodzajów malaryi, to najrzadziej spotykano typ *quartana*: 15 na 408 przypadków. Większość należała do typu *tertiana*: 202 przypadki. Z tak zwanych gorączek letnio-jesiennych obserwowano 191 przypadków, z tych 151 świeżych. Gorączki te są zupełnie identyczne z malaryą zwrotnikową. Zawsze przy nich znajdowano wielkie, okrągłe pasożyty.

Leczenie zasadało się na podawaniu chininy w okresie bezgorączkowym. W gorączkach zwrotnikowych objawy chorobowe bywały bardzo ciężkie, wysoka ciepłota, zajęcie *sensorii* i wybitne objawy tyfusowe. Wtedy należało podawać większe dawki chininy: po 2 grm. Już po dwukrotnej dawce objawy malaryi znikaly, później powtarzano tylko dawki dla stanowczego usunięcia choroby i jej nawrotów.

Poszukiwania nad etyologią malaryi, a zwłaszcza nad przenoszeniem pasożytów przez komary, wobec niemożności robienia doświadczeń, nie dały żadnych nowych wyników. Starano się przedewszystkiem przekonać o obecności komarów w mieszkaniach, gdzie zjawiały się świeże przypadki malaryi.

W maremmach tokańskich niema żadnych odrębnych gatunków komarów. Pod względem etyologicznym ważne są jednak tylko te gatunki, które znajdują się w mieszkaniach. Albowiem mieszkańcy marem nie mają zwyczaju, właśnie z powodu malaryi, nocować na świeżem powietrzu. Komarów zaś gry-

zących w dzień niema w tych stronach, gdyż, pomimo częstych wycieczek za bagna, nie dokuczały one autorowi we dnie. W mieszkaniach znaleziono nie-liczne gatunki komarów: *Culex nemorosus*, *Culex pipiens*, *Anopheles maculipennis* i pewien gatunek *Phlebotomus*. Ten ostatni jednak nie może być przyczyną malaryi, gdyż nie znajdowano w nim plasmodyów. To samo dotyczy *Culex nemorosus*. *Culex pipiens* znajduje się zawsze w wielkiej obfitości w mieszkaniach malarycznych, a tam gdzie go nie było, znajdowano zawsze jego poczwarki. W gruczołach jadonośnych tych komarów znajdowano zarodki półksiężycowe plasmodyi. Takie same zarodki znajdowano i u *Anopheles maculipennis*. Ponieważ jednak ten gatunek komara znajduje się dosyć rzadko, nie można go uważać za jedyneho roznosiciela zarazy, jak tego chcą Ross i Grossi. Przeciwno twierdzeniu, że powyższe gatunki komarów pozostają w pewnym stosunku do malaryi, możnaby przytoczyć fakt, że komary te żyją przez rok cały i kęsają nie tylko podczas okresu gorączek. Gdy się jednak zważy, że pasożyty malaryi potrzebują dla dalszego rozwoju w ciele komarów, jak tego dowiodły doświadczenia z *Proteosoma*, pewnego stopnia ciepła, to dojdziemy do przekonania, że zarzut ten jest tylko pozornym, gdyż ten sam gatunek komara przy niskiej temperaturze, gdy wyssane z krwią pasożyty nie dojrzewają, jest nieszkodliwym; niebezpiecznym natomiast, skoro tylko ciepłota zewnętrzna podniesie się tak, że pasożyty mogą dojrzewać. Badania nad ciepłotą powietrza w maramach i przebiegiem epidemii wykazały, że ilość zapadnięć na malaryę dosięga szczytu gdy ciepłota powietrza przez trzy tygodnie wykazuje 27° i wyżej. W tym czasie ciepłota w miejscach zamkniętych wynosi 23—25°. Niżej tej ciepłoty nie rozwijają się już zarodki *Proteosomy* w komarach i to samo zapewne stosuje się do pasożytów człowieka. Ponieważ komary po nassaniu się krwią nie opuszczają mieszkań, lecz włączają w kąty, gdzie pozostają aż do znoszenia jaj, więc powstają one w ciepłocie 24° C., właściwej dla rozwoju zupełnego pasożytów. Przyjąwszy następnie, że pasożyty potrzebują 8—10 dni do rozwinięcia się w ciele komara i że, jeśli ktoś zostanie ukąszony przez komara, to napad gorączki zjawia się u niego również po 10 dniach, to czas ten 20-dniowy odpowiada okresowi między nastąpieniem maksymalnej ciepłoty 27°, a wybuchem epidemii. Że te obliczenia mają pewną podstawę, widać ztąd, że znajdujemy sierpowate zarodki w gruczołach jadonośnych komarów tylko podczas upałów, nigdy zaś w poprzedzającej je chłodniejszej porze roku.

(*Deutsche Medic. Wochenschrift. Nr. 37. 1899.*)

St. Kamiński.

### 100. A. Mosso. Przyczyny i istota choroby górskiej.

Choroba górská (*Bergkrankheit, maladie des montagnes, mountain sickness*) występuje u niektórych osób, oddechających rozrzedzonym powietrzem i cechuje się następującymi objawami: chory doznaje nagle bólu głowy, brak mu tchu, tętno zaczyna uderzać coraz szybciej, chorego nudzi i zbiera mu się na wymioty, siły go opuszczają, w dołku ściska, twarz blednie, w uszach mu szumi i dzwoni, w oczach robi się ciemno i chory niekiedy wpada w stan omdlenia. Stan taki trwa od kilku godzin do kilku dni. Dla objaśnienia tego stanu chorobowego stworzono kilka hipotez.

Dufour powiada, iż przyczyną choroby górskiej jest znużenie. Lecz stan ten spostrzegano u osób, wznoszących się balonem. KRONCKER, fizyolog z Berna, powiada, iż przyczyną tego stanu są zaburzenia w krążeniu krwi: wskutek rozrzedzonego powietrza w atmosferze, naczynia włosowate w pęcherzykach płucnych ulegają przekrwieniu, następuje zastój krwi żyłnej ze wszystkimi skutkami; nudności i wymioty zdaniem jego zależą także od przekrwienia naczyń brzusznych.

CONWAY, powiada, iż spostrzegane przez niego objawy choroby górskiej w Himalajach na wysokości 6000 metrów, zależą od zmienionego składu chemicznego powietrza, zwłaszcza nad warstwami śniegu. Bliższe jednak analizy wykazały, że zmian tych niema. PAUL BERT w swem dziele „*Sur la pression barometrique*“ popiera teorię JOURDANET'a<sup>1)</sup>, który twierdzi, że mamy tu do czynienia z „anoksyhemią“, t. j. z brakiem tlenu we krwi: hemoglobina krwi w rozrzedzonym powietrzu absorbuje znacznie mniej tlenu, niż ma go na swe usługi, wskutek czego powstaje pewien rodzaj zaduszenia, „asfiksji“ tkanek. Teoria „anoksyhemii“ trzymała się do r. 1883, kiedy badania FRAENKEL'a i GERBERT'a z Berlina wykazały, że metody badań PAUL BERT'a nie były należyte ściśle, że krew nawet pod ciśnieniem 41 ctm., odpowiadającym wysokości 4915 m., zawiera zupełnie normalną ilość tlenu, i że wogóle nie ma na świecie góry, gdzieby można się było obawiać, iż hemoglobina krwi nie będzie miała do wchłaniania dostatecznej ilości tlenu.

Na mocy całego szeregu doświadczeń i badań Mosso przyszedł do przekonania, iż przyczyną choroby górskiej jest brak we krwi dwutlenku węgla. Stan ten nazwał on „akapnią“ (ἀκαπνός—bez dymu). Mosso najpierw przypomina o ważności i roli dwutlenku węgla, który drażniąc ośrodki nerwu błędnego i oddechowy, wywołuje przyspieszenie oddechu i zwolnienie tętna, objawy, które stale na szczytach górskich ulegają zбочeniu. Doświadczenia z kamerą pneumatyczną wykazały, iż, wdechając w silne rozrzedzone powietrze dwutlenek węgla lub wykonywając umiarkowane ruchy, osoba badana czuła się lepiej. Mosso w jednym z doświadczeń oddechał powietrzem, rozrzedzonym do 192 mm. rtęci. co odpowiadało wysokości 11660 metr. Czuł się on nieco lepiej, niż przy ciśnieniu 292 mm. [7617 m.]. W pierwszym przypadku powietrze wydechane zawierało 2,1% dwutlenku węgla, w drugim tylko 0,8%. W miarę rozrzedzania powietrza tętno stawało się częstszym, oddech—rzadszym. Analiza chemiczna krwi psa na Monte Rosa [4560 m.] wykazała, iż krew ta zawiera o  $\frac{1}{6}$  dwutlenka węgla mniej, niż na nizinach. Analogię do ułatwienia się dwutlenku węgla przez płuca widzi Mosso w ułatwianiu się w ten sposób alkoholu. BENEDICENTI dowiódł, że duża część alkoholu w kamerze pneumatycznej w powietrzu rozrzedzonym ułatwia się przez płuca. POHL swemi doświadczeniami wykazał, że objawy zatrucia chloroformem w rozrzedzonym powietrzu występują znacznie później i są wogóle słabsze, aniżeli atmosferze normalnej. W podobny sposób ma się ułatwiać z płuc w powietrzu rozrzedzonym dwutlenek węgla.

Tak więc, zdaniem fizjologa turyńskiego, choroba górska—to porażenie ośrodków oddechania i bicia serca, uwarunkowane brakiem w krwi dwutlenku węgla i przypomina nieco obraz, jaki otrzymujemy u zwierząt po przecięciu obu nerwów błędnych. Wrażliwość na tę chorobę u różnych osób jest niejednakowa i zależy od ogólnej pobudliwości układu nerwowego.

[LÉPINE w swej pracy: „*Les grandes altitudes ont-elles quelque utilité thérapeutique?*“, drukowanej w „*La semaine médicale*“ w maju r. b., w której między innymi uważa wraz z DUNINEM leczenie chorych na blednicę klimatem górskim za zupełnie bezcelowe, omawia, nie opierając się na żadnych badaniach doświadczalnych; chorobę górską i teorię „akapni“, podaną przez Mosso. Przytacza on najpierw zdanie LOEWY'ego, który twierdzi, iż Mosso zbyt pośpiesznie przypuszcza zmniejszenie ciśnienia, a więc i zawartości dwutlenku węgla we krwi, wobec zmniejszonego ciśnienia w otaczającej atmosferze. Badania doświadczone LOEWY'ego wykazały, iż ciśnienie tego gazu we krwi zależy głównie od ciśnienia w pęcherzykach płucnych, to zaś nawet przy ciśnieniu

<sup>1)</sup> Patrz referat innego rozdziału z Mosso: „O zmianach we krwi pod wpływem rozrzedzonego powietrza“. Gazeta Lekarska.

atmosfery 440 mm. wyraźnym zmianom nie ulega. Fakt, podawany przez Mosso, a spostrzegany i przez Loewy'ego, że wdechowanie w rozrzedzonym powietrzu w kamerze pneumatycznej dwutlenku węgla, jak również i ruchy umiarkowane, zabezpieczają poniekąd od przykrych dolegliwości, Loewy tłumaczy inaczej, niż Mosso. Zdaniem Mosso stan nasz polepszamy dzięki temu, iż dostarczamy krwi brakującego dwutlenku węgla, zdaniem zaś Loewy'ego, wprowadzony do krwi dwutlenek węgla działa dodatnio dzięki temu, iż drażniąc ośrodek oddechowy, wywołuje głębsze ruchy klatki piersiowej, wzbogaca tlen w krew, jednym słowem, zabezpiecza nas od „anoxymii“.

LÉPINE, przechylając się na stronę teorii „anoxymii“, powiada między innymi, iż doświadczenia z oddechaniem w kamerze pneumatycznej nie należy utożsamiać z oddechaniem w rozrzedzonym powietrzu na górach, gdyż w drugim przypadku działa jeszcze szereg innych czynników. Światło np. na wysokich górach, jak to wykazały badania CORNU, jest daleko bogatsze w promienie fioletowe. SUTHERLAND wykazał, iż na znacznych wyniosłościach powietrze zawiera daleko więcej ozonu. Wreszcie odkrycie argonu dowiodło, że ścisły i dokładny skład chemiczny powietrza nie jest nam jeszcze znany. *Przyp. refer.].*

(A. Mosso. *Der Mensch auf den Hochalpen*. Lipsk. 1899. Rozdział XII, XIV XXII).  
Stanisław Kopczyński.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

— 1 = 1 —

Posiedzenie z dn. 18. IV. 1899.

1) SKOWROŃSKI przedstawia chłopca 5-letniego, chorego na *spondylitis lumbalis*.

2) GROSLIK demonstruje chorego po operacji wycięcia torbieli w wylocie pęcherzowym prawego moczowodu, rozpoznanej za pomocą cystoskopu. Operację wykonał KRAJEWSKI po otwarciu pęcherza cięciem nadłonowym.

3) SAWICKI BRON. i ŁAPIŃSKI przedstawiają 27-letnią kobietę, której przed 2-ma laty pierwszy z nich wykonał laminektomię z powodu ucisku rdzenia przez dotkniętą gruźlicą kręgi grzbietowe. Obecnie chora chodzi w gorsecie z celuloиду, wykonanym przez ŁAPIŃSKIEGO.

4) FABIAN wygłosił część I swego odczytu p. n.: „Lekarz biegły przed sądem w sprawach o poczytalność umysłową“.

Posiedzenie z dn. 25. IV. 1899.

1) SKOWROŃSKI przedstawia 19-letnią robotnicę z odlewni czonek, dotkniętą porażeniem ołowianem. Obok zaleceń zwykłych środków, jak okładów ciepłych, makowca, następnie zaś jodku potasu, SKOWROŃSKI stosował w danym przypadku masaż ogólny i masaż brzucha, czemu przypisuje szybką bardzo poprawę.

2) FABIAN wygłosił drugą część odczytu p. n.: „Lekarz biegły przed sądem w sprawach o poczytalność umysłową“, Praca powyższa do krótkiego streszczenia się nie nadaje.

3) KORYBUT-DASZKIEWICZ wygłosił rzecz p. n.: „*Atrichia universalis acquisita*“. Jest to opis przypadku ogólnego wylusienia, jaki mówca spostrzegł u 49-letniego mężczyzny. Łysienie rozpoczęło się w latach dziecięcych, po jakiejś chorobie gorączkowej; w ciągu 12 lat chory stopniowo stracił wszystkie włosy na głowie. W 20 lat potem bez widocznego powodu zaczęły wypadać włosy na całym ciele. Obecnie prócz paru włosków na prawym uchu

chory na całym ciele nie posiada ani jednego włoska. Jedna z córek pacjenta wyłysiała również zupełnie zaraz po straceniu przez ojca włosów na głowie, a przed wyłysieniem reszty ciała.

Posiedzenie z dn. 2. V. 1899.

1) CIĄGLIŃSKI ADAM wypowiedział odczyt p. n.: „Z patologii komórki nerwowej“. Rzecz ta ukaże się w Gazecie.

W dyskusyi prof. PRZEWOSKI wypowiedział następujące uwagi: ostatnie badania doświadczalne nad oddzieleniem komórek nerwowych od ich wyrostków zdają się przemawiać za tem, że komórki w życiu elementów nerwowych odgrywają nie tak znaczną rolę, jak dotąd przyjmowano. Według P. komórka stanowi dla wyrostka ośrodek odżywczy, oddzielone więc od niej wyrostki te ginąć muszą. Budowę piankową protoplazmy [BUETSCHLI] widać dokładnie tylko u pierwotniaków; według ostatnich prac FLEMMING'a budowa protoplazmy jest włókienkowata, co przemieszczaniu jądra przeszkadzać nie może. Reakcyje barwne nie mogą wyjaśnić natury żółtego pigmentu w komórkach nerwowych, które, o ile z badań chemicznych wnosić można, należy do ciał azotowych, do grupy barwników lipochromowych. Uszkodzenie włókienek protoplazmy komórki nerwowej należy uważać za zmianę w skutkach dla komórki ciężką, odrodzenie się jednak uszkodzonych włókienek w pewnych warunkach powinno być możliwe, jak możliwem jest odrodzenie się włókien nerwowych obwodowych.

RYCHLIŃSKI sądzi, że złogi barwnika w komórkach nie dowodzą wzmożenia czynności komórki; gdy tak było, to u osobników, dotkniętych ostym chaosem myślowym, złogów takich byłoby więcej; tymczasem przeciwnie, złogi takie znajdujemy w przypadkach stopienia wtórnego.

FLATAU zaleca oględność we wnioskowaniu co do patologii komórek nerwowych, których budowa normalna nie jest jeszcze dostatecznie zbadana; jeszcze najodpowiedniejszemi do badania zmian patologicznych są komórki rogów przednich rdzenia, najlepiej zbadane. Na pogląd prelegenta co do pigmentu w komórkach F. zgodzić się nie może, w przypadku bowiem jednostronnego porażenia nerwu twarzowego komórki jądra tego nerwu po stronie zdrowej znalazł wypełnione barwnikiem, podczas gdy komórki jądra strony porażonej [nieczynne] zawierały pigment u jednego tylko bieguna. Przy badaniu patologii komórek nerwowych u ludzi trzeba się opierać na dużym materiale, aby mózdz przypisać pewne zmiany danej formie chorobowej; należy nadto uwzględniać zawsze ciepłotę ciała w czasie choroby, środki lekarskie, jakich chory używał, przebieg choroby ostry lub przewlekły i t. p.

CIĄGLIŃSKI odpowiada PRZEWOSKIEMU, że przytaczając fakt przemieszczania się jądra komórek nerwowych, jako argument przeciw istnieniu okołojądrowej sieci włókienkowej, miał na myśli teorię, według której budowa protoplazmy ma być siatkowata. I w takiej siatkowatej protoplazmie jądro mogłoby zmieniać swe położenie, ale w takim razie napotykaćby można jądra wydłużone, przewężone, jak leukocyty w chwili przechodzenia przez ścianę naczyń. Podobnych jednak obrazów nie napotymano.

2) BRUNNER MIKOŁAJ demonstrował sposób diagrafowania za pomocą promieni ROENTGEN'a, dający obrazy proste [nie odwrócone, jak dotąd]. W tym celu należy kliszę zwracać do źródła promieni nie powierzchnią czułą, lecz wolną powierzchnią szkła.

Posiedzenie z dn. 16. V. 1899.

1) KOZERSKI przedstawia 90-letnią kobietę z licznymi nabłoniakami (*epitheliomata*) na skórze twarzy, leczonymi z bardzo dobrym skutkiem za pomocą pendzlowania rozczytnem PEARSON'a.

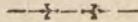
2) REMBIELIŃSKI przedstawia chorego z półpaścem (*herpes zoster*) barku i ramienia.

3) ŁAPIŃSKI demonstruje przyrząd do leczenia przykurczeń w stawie kolanowym, powstałych na tle gruźlicy, oraz chorą, leczoną tym przyrządem.

4) WINIARSKI przedstawia 50-letniego mężczyznę z brakiem tętna na całej górnej połowie ciała. W niektórych miejscach tej okolicy widać tętnice powierzchowne zgrubiałe, wężykowato przebiegające i tętniące. Chory miewa napady zawrotów głowy oraz drętwienia rąk. Prześwietlanie za pomocą promieni ROENTGEN'a wykazało szeroki cień w okolicy mostka. Prawdopodobnie istnieje w danym przypadku tętniak łuku aorty oraz zwężenie światła wielkich naczyń, wychodzących z łuku aorty, spowodowane przez *endoarteritis obliterans* czy też przez skrzepy w tętniaku.

5] KAZ. CIĄGLIŃSKI mówił: „O grypie przewlekłej“. Odczyt ten będzie zamieszczony w Gazecie.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.



### Wydział biologiczny, chemiczno-fizyczny i statystyczno-meteorologiczny.

Posiedzenie z dn. 14. IX. 1899.

1) P. BIAŁOBRZESKI mówił: „O jadowitości drobnoustrojów cholerycznych w zależności od komórek drożdżowych surowych owoców“. Pracę na temat powyższy rozpoczął prelegent w pracowni prof M. NEŃCKIEGO, a ukończył w laboratorium Towarzystwa Farmaceutycznego Warszawskiego; zadaniem jego było wyjaśnienie związku między epidemią cholery a spożywaniem owoców. Z jabłek, kawonów i gruszek otrzymano kilkanaście gatunków drobnoustrojów, między innymi grzybki drożdżowe, które po zmieszaniu z bakteriami cholery zwiększały ich jadowitość. Doświadczenia robiono na świnkach morskich i królikach. Z 15 świnek, którym wstrzyknięto powyższą mieszaninę pod skórę, padło 12. Królikom wprowadzano hodowle przecinków cholerycznych i drożdży do żołądka, po uprzednim zubożeniu jeno zawartości 1%-ym roztworem dwuwęglanu sodu. Z 24 szczepionych w taki sposób królików padło 15; z pozostałych przy życiu 3 zdradzały objawy cholery, u reszty zaś zauważono podniesienie się ciepłoty ciała, która po upływie 2—3 dni powróciła do stanu prawidłowego. Komórki drożdżowe z rozmaitych owoców nie różniły się od siebie przy badaniu drobnowidzowem; fermentacja pod wpływem drożdży rozmaitego pochodzenia odbywała się również w sposób jednakowy i dawała te same produkty.

W dyskusji nad powyższym odczytem PRUSZYŃSKI podnosi znaczenie hodowli mieszanych nie tylko w medycynie, ale i w przemyśle. Symbioza wzmacnia w wielu razach złośliwość pasożytów chorobotwórczych [przecinki choleryczne z drożdżami, laseczniki LOEFFLER'a z gronkowcami i paciorkowcami]. Przyczyna toksyczności zarazka cholery nie jest jeszcze znana; wiadomo tylko, że przecinki, podobnie jak gronkowce, paciorkowce i laseczniki dżumy, nie wytwarzają z podłoża produktów trujących; dlatego niektórzy utrzymują, że te produkty pozostają w ciele pasożyta. Ludzie z chorobami przewodu pokarmowego zapadają na cholere łatwiej może dlatego, że ich soki trawienne źle działają, a może wskutek tego, że obecność innych pasożytów wzmacnia złośliwość przecinków cholerycznych. Doświadczenia z cholera na zwierzętach są trudne z powodu braku takich objawów, jakie spotykamy u człowieka. Wreszcie zapytuje P., czy w doświadczeniach swoich zauważył B. zmiany w przewodzie pokarmowym lub we krwi zwierząt, oraz w jaki spo-



sób stwierdził identyczność siły fermentacyjnej drożdży rozmaitego pochodzenia.

P. BIAŁOBRZESKI odpowiada, że w zawartości kiszek zwierząt, użytych do doświadczeń, znajdował dużo pasożytów cholerycznych, oraz że błona śluzowa kiszek była w wielu miejscach przekrwiona. Dla określenia siły fermentacyjnej drożdży, obliczał co godzina ilość wytworzonego kwasu węglanego.

BRUNER JERZY zwraca uwagę na doświadczenia SCHOLL'a, który wykazał, że przecinki choleryczne, rozwijające się w jajku, w warunkach anaerobiozy, posiadają nader wzmoczoną złośliwość. Być może, że drożdże wymagają również złośliwość tych pasożytów, wytwarzając warunki anaerobiozy.

2) P. MUTNIAŃSKI zabierał głos „W sprawie grzybów trujących“. Mówca postawił wniosek, aby Towarzystwo Hygieniczne zajęło się wydaniem i rozpowszechnieniem tablicy z rysunkami kolorowymi najbardziej rozpowszechnionych u nas grzybów jadalnych i trujących.

Po dyskusyi, w której zabierali głos pp. PRUSZYŃSKI, TCHÓRZNICKI, ŁUBIEŃSKI, FABIAN, PISARZEWSKI, BERNSTEIN oraz projektodawca, wybrano na wniosek przewodniczącego komisję z pp. MUTNIAŃSKIEGO, FABIANA i SZNABLA do ostatecznego opracowania wniosku i ułożenia tablic.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

11. Kseroform. (Xeroformium), czyli trójbromo-fenolobizmut  $C_6H_2Br_3O [BiO]$  — jest to delikatny żółtawy proszek o zapachu, przypominającym fenol. Kseroform nie rozpuszcza się w wodzie, alkoholu i eterze; jest łatwo rozpuszczalny [3:10] w 2% roztworze kwasu solnego. Związek ten nie rozkłada się ani pod wpływem światła, ani przy ogrzewaniu do 120°.

Badania D-ra W. SCHMIDT'a <sup>1)</sup> nad przeciwnościami własnościami niektórych środków dowiodły, że co do siły działania kseroform przewyższa airol, amyroform, aristol, dermatol, jodol i jodoform. Widać to jasno z zachowania się zarodników węgla względem tych związków. Wystarczy 0,5% roztwór kseroformu aby wyraźnie wstrzymać wzrost tych zarazków. 2% roztwór kseroformu, airolu i dermatolu zabija zarodniki węgla, jodolu na to potrzeba 5%; 5% amyloforma wstrzymuje jedynie ich wzrost, a 5% roztwór jodoformu żadnego wpływu na rozwój tych zarazków nie wywiera.

Kseroform wprowadzony do ustroju *per os*, przechodzi niezmienny do kiszek, gdzie w alkalicznym odczynie rozkłada się na trójbromofenol i tlenek bizmutu. Pierwszy składnik jest to silny środek antyseptyczny drugi zaś tworzy nierozpuszczalne związki z toksalbuminami i ptomainami <sup>2)</sup>.

Mała część trójbromofenolu przechodzi do moczu i zabarwia go na brunatno.

Kseroform zażywa się w opłatkach lub jako emulsja w ilości 0,5 *pro dosi* i 4,0 *pro die*, epociaż ustrój znosi bez szkody od 0,0 — 7,0 kseroformu. Według L. REYNDERS'a świnki morskie znosiły dawki jednorazowe wynoszące 8,0.

<sup>1)</sup> Die Desinfektionskraft antiseptischer Streupulver. Inaug. Diss. Bern. Jena. 1897.

<sup>2)</sup> NENCKI. Wracz. 1893. Nr. 1.

Brak własności trujących kseroformu pochodzi zapewne ztąd, że wolny hydroksyl trójbromofenolu połączony jest z BiO. Podobnie rzecz się ma z innymi środkami, jak: salol, kreozol, węglan gwajakolu i inne, w których wodór hydroksylu jest zastąpiony przez rodniki kwasowe lub zasadowe.

W obecności soku kiszkiowego kseroform się rozkłada, wolny trójbromofenol działa antyseptycznie na kiszki, wydziela się stopniowo i prędko ulega wessaniu.

HUEPPE <sup>1)</sup> stosował kseroform przy *cholera nostras* i *cholera* z doskonałym rezultatem.

Z dobrym skutkiem używany był również kseroform przy tyfusie, przy krwotokach z kiszki [REYMONDS], przy bieguncie u dzieci [HEUSS], przy ostrych katarach kiszki [BEYER]. FASANO <sup>2)</sup> dawał kseroform po 0,5 co 2—3 godziny przy ostrej i przewlekłej *enteritis tubercul.* badał bakteryologicznie kał i mocę i przyszedł do wniosku, że co do szybkości działania kseroform przewyższa salol,  $\beta$ -naftol, benzonaftol, salicylan bizmutu i t. d.

Znacznie szersze zastosowanie znajduje kseroform w praktyce chirurgicznej. Używany bywa w postaci proszku, gazy [10, 20, 30%], maści, lasek, i suppozytoryów. Sposób użycia jest ten sam, co i jodoformu. Ponieważ działanie kseroformu ujawnia się dopiero przy bezpośrednim zetknięciu z sokami organizmu, przeto trzeba nasamprzód usunąć obumarłe części tkanek, skrzepy krwi, ropę i t. d.

Dr. JOSEPH GRUENFELD <sup>3)</sup> na podstawie swoich badań wskazuje następujące zalety kseroformu:

1) Kseroform nie tylko zabija pasożyty, lecz również niszczy działanie toksyniptomain.

2) Kseroform w wysokim stopniu osusza i zmniejsza wydzieliny rany.

3) Kseroform działa na rany odwaniająco.

4) Wskutek obecności bizmutu, który chroni powierzchnię rany od podrażnień, kseroform uśmierza bóle.

5) Przyspiesza tworzenie się ziarniny i gojenie się ran.

6) Wskutek prędkiego ścinania krwi i tworzenia trwałych skrzepów kseroform jest dobrym środkiem tamującym krew.

Do tych wniosków doszedł GRUENFELD, używając kseroformu przy ranach, zapaleniu okostnej, wyluszczeniu gruczołów, nowotworów, amputacjach, herniotomiach, fistulach odbytu, złamaniach kości i t. d.

Spostrzeżenia GRUENFELDA potwierdza TH. BEYER <sup>4)</sup>, który używał kseroform w chirurgii polowej, a więc w warunkach nie sprzyjających interwencji lekarskiej.

Jeszcze wybitniej występuje działanie kseroformu w chorobach skórnych i wenerycznych. EHRMANN <sup>5)</sup> stosował kseroform w 200 przypadkach: *balanitis, eczema malidans, corrosiones traumaticae genitatum, eczema ad et nates, eczema jodofornicum, ulcera mollia, ulcera cruris, ulcera tuberculosa narium et penis, phlegmone manus e ponaritis, bubones etc.*

Czyste rany zaszywano, przysypywano proszkiem, kładzono wyjałowioną zwyczajną lub kseroformową watę albo też na warstwę kseroformu przykładano opatrunek z *emplastrum saponatum salicylicum* 5%. We wszystkich przypadkach zagojenie nastąpiło *per primam intentionem*.

<sup>1)</sup> Die Cholera-Epidemie in Hamburg. Berl. klin. Woch. 1883. Nr. 7.

<sup>2)</sup> Archiv Internationale di medic. e chirurgia 28. VIII. 1897.

<sup>3)</sup> Wiener medicin. Blätter. 1897. Nr. 1—3.

<sup>4)</sup> Wiener medic. Blätter. 1896. Nr. 52.

<sup>5)</sup> Wiener medic. Blätter. Nr. 22, 1898.

Wskutek własności osuszających kseroform bardzo dobrze się nadaje przy oparzeniach drugiego stopnia a zwłaszcza przy wszelkich formach ślimaczących liszajów.

Prof. WICHERKIEWICZ <sup>1)</sup> stosował kseroform w chorobach ocznych, w postaci proszku lub maści 5—10%, mianowicie przy pryszczycowym zapaleniu łąnicy i rogówki według recepty:

Rp. Xeroformii 0,5  
Lanolini  
Vaselini flavi aa 5,0.

Przy *folliculosis* i *granulosis* dodaje do kseroformu *hydrarg. oxyd. fl. v. h. p.*, a przy silnie rozwiniętej *conj. granulosa cupr. sulf.* i *zinc. sulf.*

Znakomite rezultaty otrzymali WICHERKIEWICZ, WOLFFBERG, MARCINKOWSKI przy ranach rogówki i operacjach katarakty, W praktyce okulistycznej przy używaniu kseroformu nie trzeba zapominać o własnościach suszących tego środka, przy zdejmowaniu opatrunku można rozerwać zabliźnioną ranę; dlatego trzeba zawczasu przykryć oko opaską posmarowaną wazeliną.

Z bardzo dobrym skutkiem stosował LEWIS S. SOMERS <sup>2)</sup> kseroform jako środek antyseptyczny przy przewlekłym zapaleniu ropnem ucha średniego.

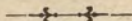
Dr. OSCAR BEUTTNER <sup>3)</sup> używa 10% gazy kseroformowej dla tamponowania przy wyskrobaniu wewnętrznej ściany macicy lub dla jej wydrenowania.

Z krótkiego opisu badań nad kseroformem okazuje się że środek ten może mieć szersze zastosowanie, jako środek nietrujący, tani, dający się łatwo wyjaławiać i przewyższający pod wieloma względami inne środki antyseptyczne i osuszające.

W. Humnicki.

---

## Wiadomości bieżące.



— Kol. ANTONI PUŁAWSKI objął obowiązki dyrektora Zakładu Hydropatycznego w Nałęczowie.

— Zmarł wiedniu Dr. STOERK, znany laryngolog.

---

## N E K R O L O G I A.

— Dnia 18-go b. m. zmarł w Gracu ś. p. MICHAŁ BORYSIKIEWICZ, profesor zwyczajny oftalmologii w uniwersytecie tamtejszym. Urodzony d. 1-go marca r. 1848 we wsi Białobożnicy w pow. czortkowskim w Galicyi Wschodniej, po ukończeniu wydziału lekarskiego w uniwersytecie wiedeńskim został tamże asystentem kliniki okulistycznej prof. STELLWAG'a von CARION'a; rzadki talent kliniczny i operacyjny młodego asystenta prędko oceniony został przez prof. STELLWAG'a, który lekarskie kierownictwo swej kliniki zdał prawie całkowicie na niego, sobie zostawiając niemal wyłącznie wykłady.

Wkrótce też ś. p. B. habilitował się na docenta oftalmologii w uniwersytecie wiedeńskim i odrazu zasłynął wśród kosmopolitycznej młodzieży lekarskiej, uzupełniającej swe wykształcenie w klinikach wiedeńskich, jako dzielny i niezwykle sumienny nauczyciel. Rozgłos, jakim cieszyły się kursy prywatne ś. p. B., zwrócił uwagę

---

<sup>1)</sup> Wochenschrift. f. Therapie und Hygiene des Auges.

<sup>2)</sup> The New York medical Journal. 25. XII. 1898.

<sup>3)</sup> Wiener medicin. Presse. Nr. 47. 1898.

sfer uniwersyteckich na młodego uczonego i sprawił, iż pomimo antypatyj rasowych powołany został w 1886 r. przez wydział lekarski w Insbruku na profesora oftalmologii i dyrektora kliniki okulistycznej; na stanowisku tem zjednał sobie miłość asystentów i uczniów oraz szczerą szacunek kolegów, o czem świadczyły wybory na dziekana i prorektora. W kilka lat później przeniósł się do Gracu na wezwanie tamtejszego wydziału lekarskiego i zdołał niebawem wzbudzić dla siebie te same uczucia dzięki niezwyklej taktowi, z jakim umiał się zachować na trudnym stanowisku słowiańskiego profesora w ognisku zajadłej agitacji wielkoniemieckiej, nie rezygnując przytem nigdy ze swoich przekonań i otaczając zawsze życzliwą opieką swoich ziomków.

Będąc przede wszystkim nauczycielem z powołania i z duszy, oddawał się ś. p. B. z zamiłowaniem i samodzielnym badaniom, zwłaszcza w dziedzinie histologii siatkówki. Owocem ich były dwie obszerne prace w języku niemieckim, a odrębne stanowisko, jakie B. zajął względem dotychczasowych poglądów na rzeczoną kwestyę, wywołało ożywioną krytykę, której autorowie, nie wahamy się wypowiedzieć tego, nie zawsze umieli utrzymać się w granicach obiektywności i dawali się unieść i innym prócz czysto naukowych względów. Wzbudziło to u ś. p. B. naturalny niesmak i zahamowało skwapliwość do pióra, skutkiem czego znaczna część cennych spostrzeżeń i badań niu została nigdy ogłoszona.

Nieprzyjazne okoliczności sprawiły, iż ś. p. B. żyć i działać musiał wśród obcych i dla obcych, pozostał też mało znanym szerszemu ogółowi naszych lekarzy; ci jednak, którzy mieli szczęście blizkiego zetknięcia się z nim, muszą na zawsze przechować o Nim wspomnienie, jako o człowieku nieskazitelnego prawości charakteru, wielkiego serca i rzadkiej szczerości. Są to przymioty, które nie czynią człowieka przyjacielem wszystkich, cześć jednak muszą wzbudzić w każdym.

#### Spis prac ś. p. Borysikiewicza.

- 1) „Pemphigus conjunctivae vulgaris n. cachecticus. Klin. Monatsbl. f. Augeneheilkunde. 1879“.
- 2) „Beiträge zur Extraction des grauen Staares der Erwachsenen“. tamże 1880 r.
- 3) „Ophthalmoskopische Betrachtungen an 191 Geisteskranken der Klinik des H. Prof. D-r MAYNERT“. Allg. wien. med. Zeitung. 1882. Nr. 44 i 45.
- 4) „Stälchenorgan der Retina“. Anz. d. k. k. Gesellschaft der Aertzte in Wien. 1883. Nr. 23.
- 5) „Untersuchungen über d. feineren Bau der Netzhaut. Leipzig u, Wien. 1887 r.“.
- 6) „Cocain in der okulistischen Praxis“. Wien. med. Wochenschrift. 1887. Nr. 10.
- 7) „Netzhautpräparate“. Verhandlung. d. anatom. Gesellschaft auf der 6 Versamml. in Wien. 1897. S. 270.
- 8) „Erwiederung auf Dimmers Angriffe gegen meine Arbeit: Ueber die feineren Bau d. Netzhaut“. Wien. med. Blätter. XVII. str. 303. 1894.
- 9) „Antwort auf die Entgegnungen des Herrn Docenten DIMMER in Wien“. tamże str. 351.
- 10) „Weitere Untersuchungen über d. feineren Bau. d. Netzhaut“. Leipzig u. Wien. Deuticke. 1894.

#### DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za r. b. Pp. zaś Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 17 Сентября 1899. Друк Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8