

GAZETA LEKARSKA.

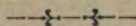
I. CHOROBY ZAWODOWE.

ZATRUCIE CYNKIEM.

Podał

Dr Med. Józef Czajkowski,

lekarz szpitala T-stwa kopalń i zakładów hutniczych Sosnowickich.



Jako lekarz kopalń węgla i zakładów hutniczych cynkowych, na każdym kroku prawie spotykam się z cierpieniami o pewnych właściwościach odrębnych, których pochodzenia poszukiwać należy w tych warunkach, jakie wytwarza sam rodzaj zajęcia chorych.

Cierpienia te, pomimo obszernej literatury do nich odnoszącej się, tak mało jeszcze są zbadane, a zarazem tak są ciekawe, a pouczające, że — sędzę — nie będą pozbawione pewnego interesu opisy chorób zawodowych, właściwych robotnikom zakładów cynkowych i kopalń węgla, jakie zamierzam przedłożyć Czytelnikom Gazety, korzystając z bogatego stosunkowo materiału klinicznego, pozostającego w moim rozporządzeniu.

Przystępuję do tej pracy tem chętniej, że — o ile się nie mylę — choroby zawodowe w naszym piśmiennictwie lekarskiem aż dotąd mało były poruszaniem.

Zamierzam zatem, w myśl założenia, opisać kolejno: choroby zawodowe u robotników zakładów hutniczych cynkowych, jak zatrucie cynkiem i zatrucie tlenkiem węgla, a następnie choroby zawodowe spotykane u osobników kopalń węgla, a mianowicie: choroby pochodzenia pyłowego i zatrucia t. z. gazami minowymi.

Szereg rozpraw tym kierunku rozpoczynam opisem zatrucia cynkiem, pod względem klinicznym; rozbiór zaś warunków ¹⁾ i sposobu powstawania tego rodzaju zatrucia odkładam do czasu późniejszego, gdy przeprowadzę odnośne badania doświadczalne.

I.

Zatrucie cynkiem.

Zatrucie cynkiem, o którym mówić zamierzam w niniejszej pracy, nie należy zapewne do rzędu cierpień często i powszechnie spotykanych, tem nie mniej jednak zasługuje na uwagę z naszej strony nietylko ze względów teoretycznych;

¹⁾ Pewne wskazówki w tym względzie znajdzie Czytelnik w pracy mej, zamieszczonej w czasopiśmie „Zdrowie“ r. b.

pojedyncze bowiem przypadki zatrucia cynkiem — szczególnie w postaci przewlekłej — spotkać możemy tam nawet, gdzie one nie mają sposobności występować w postaci zatruc zbiorowych, jak to ma miejsce np. w hutach cynkowych.

I w samej rzeczy, zważywszy, że cynk metaliczny łatwo ulega działaniu nawet słabych kwasów organicznych, a nawet wody [szczególniej deszczowej, która często zawiera w sobie kwasy: azotny i siarczany], łatwo sobie możemy przedstawić taką ewentualność, że przy użyciu, przez czas dłuższy, napojów i pokarmów, przechowywanych w naczyniach cynkowych, nastąpić może przewlekłe zatrucie cynkiem.

Podobne przypadki były w samej rzeczy spostrzegane niejednokrotnie, a przypuszczać należy, że ilość tych przypadków okazałaby się znacznie większą przy zwróceniu baczniejszej uwagi na etyologiczne momenty wielu cierpień przewlekłych, których źródła poszukujemy często napróżno i mylnie poza warunkami bytu danych chorych.

Nie przesądzając wcale znaczenia cynku, jako momentu etyologicznego w ogólności, nie omylę się — zdaje się — twierdząc, że cynk należy pod tym względem do zapoznanych, a choroby przezeń powodowane — do traktowanych pobieżnie i zbyt ogólnikowo, bez uwzględnienia objawów klinicznych cierpienia.

Fakty, z bezpośredniej obserwacji czerpane, wcale nie upoważniają nas do podobnego traktowania tych cierpień, często tak dotkliwych, zawsze groźnych dla chorych, a ciekawych dla spostrzegającego je lekarza.

Będąc w posiadaniu znacznego materiału klinicznego, podaję niżej opis zatrucia cynkiem ostrego i przewlekłego; przyczem odnośnie do zatrucia ostrego opiszę zatrucie cynkiem metalicznym i zatrucie tlenkiem cynku, z pominięciem zatruc innymi przetworami cynku, których aż dotąd, jako zatrucia zawodowe, nie spostrzegano.

1) Ostre zatrucie cynkiem.

Objawy i przebieg ostrego zatrucia cynkiem, powstającego pod działaniem cynku w stanie pary, a objawy i przebieg takiegoż zatrucia przy działaniu na ustrój tlenku cynku, tak dalece różnią się pomiędzy sobą, że oba rodzaje zatrucia, spostrzegane z osobna, możnaby przyjąć za sprawy zasadniczo odmienne.

Różnica pomiędzy ostrem zatruciem parą cynkową a zatruciem tlenkiem cynku, w wyżej wspomnianym względzie, pochodzi głównie stąd, że przy zatruciu za pomocą pary cynkowej — cynk, będąc wchłanianym wprost do krwiobiegu, wywołuje prędzej objawy ogólne, gdy tymczasem w przypadku drugim mniej lub więcej silne objawy miejscowe występują na pierwszy plan, objawy zaś ogólne albo nie występują wcale, albo — w słabym tylko stopniu.

Wobec tego zmuszony jestem każdą z tych postaci ostrego zatrucia cynkiem opisać osobno.

a) Ostre zatrucie parą cynkową.

Zatrucie tego rodzaju, powszechnie znane pod mianem fe b r y c y n k o w e j (*Zinkfieber, Giessfieber, brass founders ague*), do dzisiejszego dnia jeszcze nie przestaje być przedmiotem sporu, a mianowicie w tym względzie, co jest właściwą przyczyną wywołującą dane cierpienie, spostrzegane często u robotników wy-

stawionych na działanie pary cynkowej [robotnicy w hutach cynkowych] lub też pary cynkowej w połączeniu z parą innych metalów ciężkich, jak miedź i cyna [robotnicy w fabrykach wyrobów miedzianych, mosiężnicy, lub robotnicy w fabrykach złota szychowego].

Rozmaici autorowie, zabierający głos w tej sprawie, zgadzając się pod względem klinicznego opisu cierpienia, wygłaszali częstokroć zdania wręcz przeciwnie co do istotnej przyczyny febrы cynkowej.

Podczas gdy jedni, jak PLASELLER, utrzymują, że febra cynkowa powstaje pod wpływem działania na ustrój cynku metalicznego w postaci pyłu [cynk metaliczny amorfny, powstający z pary cynkowej]; inni, jak: BLAUDEL, BECQUE-REL, GREENHOW i t. d., bezpośrednią przyczynę febrы cynkowej upatrują w parze cynkowej, wdechanej przez robotników przy wytapianiu cynku z rudy, lub przetapianiu jego w rozmaitych celach; a inni jeszcze, jak HIRT¹⁾, któremu zawdzięczamy klasyczny opis kliniczny febrы cynkowej, oparty na doświadczeniu na sobie samym, skłaniają się ku przypuszczeniu, że t. zw. febra cynkowa [właściwie *Giesfeber*, nie *Zinkfeber*] nie jest wynikiem działania na ustrój pary cynkowej samej przez się, lecz że powstaje przy współdziałaniu pary miedzi, a może i kwasu arsenawego, stale znachodzącego się [w ścisłym związku chemicznym z cynkiem] w cynku.

Przypuszczenie to ostatnie wzmiankowany autor opiera na tym jakoby pewniku, że febra cynkowa prawie stale oszczędza robotników hut cynkowych, zajętych wytapianiem cynku metalicznego z rudy cynkowej, a wdechających przytem prawie czystą parę cynkową, gdy tymczasem zapadają na to cierpienie często ci robotnicy, którzy, jak: kotlarze, mosiężnicy, szycharze i inni, wdechają parę cynkową w połączeniu z parą miedzi i innych metalów.

Na zasadzie osobistego mego doświadczenia, opartego na 62 spostrzeżeniach febrы cynkowej właśnie u robotników huty cynkowej, wdechających nieraz wielkie ilości pary cynkowej, uchodzącej z tyglów, w których wytapianie cynku się odbywa, czuję się w prawie zaprzeczyć wyżej przytoczonemu zdaniu HIRT'a, wedle którego para cynkowa, jako moment etyologiczny w powstawaniu febrы cynkowej, co najwyżej, współrzedną tylko odgrywa rolę.

W naszych przynajmniej spostrzeżeniach para cynkowa występuje jako jedyna przyczyna febrы cynkowej; przetapiane bowiem w należącej do T-stwa Sosnowickiego hucie galmany zawierają zaledwie ślady miedzi i kwasu arsenawego.

Jeszcze bardziej przekonującym dowodem na korzyść wypowiedzanego przezemnie zdania służy ten fakt, że typowe przypadki febrы cynkowej spostrzegalem kilka razy u robotników walcowni blachy cynkowej, zajętych przetapianiem cynku surowego, który jeszcze mniej zawiera w sobie miedzi i kwasu arsenawego, aniżeli para cynkowa, uchodząca z naczyń, służących do wytapiania cynku z rudy.

¹⁾ Prof. D-r HIRT. Die Gasinhalations-Krankheiten, w Handb. der Hygiene und Gewerbskrankheiten, herausgegeben v. M. v. PETTENKOFER und H. v. ZIEMSEN.

Co się tyczy wpływu pyłu cynku metalicznego, czyli t. zw. „pussjeru“ na powstawanie febry cynkowej, to wpływ ten wydaje mi się bardzo problematycznym; sprzeciwia się temu mechanizm powstawania febry cynkowej, polegający na szybkim przedostawaniu się do krwiobiegu większej ilości cynku, w stanie pary, wywołującego swoiste objawy ogólne zatrucia cynkiem ostrego; tymczasem pył cynkowy, chociażby w największych ilościach wdychany, nie może przedostać się do krwiobiegu jako taki, lecz po uprzednim przeistoczeniu się w sole cynkowe rozpuszczalne, co — samo przez się rozumie się — wymaga więcej czasu. A że przytem bardzo znaczna część wdychanego pyłu cynkowego będzie wydalana za pomocą kaszlu, pozostanie zatem niewielka ilość, która powoli może być wchłonięta do krwiobiegu, przyczem wywoła prędzej zatrucie cynkiem przewlekłe, aniżeli ostrą postać tegoż zatrucia.

Zdanie moje co do znaczenia pary cynkowej w etyologii febry cynkowej popierają także analogiczne spostrzeżenia POPOWA ¹⁾.

Co się tyczy objawów i przebiegu febry cynkowej, to one w większości naszych przypadków przedstawiały się wogóle zgodnymi z tymi, jakie podaje HIRT w swym opisie.

Choroba zjawia się zazwyczaj nagle, bez objawów zmiastunnych, często podczas pracy chorego. Najpierwszym objawem choroby jest silny ból głowy w okolicy czołowej i tyłogłowiu, a jednocześnie występują bóle w mięśniach karku, pleców i kończyn, ściskanie w piersiach, mrowienie skóry i mdłości, a nieraz i wymioty.

Powoli objawy te wzmagają się do tego stopnia, że chory czuje się zmuszonym położyć się do łóżka, coraz więcej utyskując na bóle głowy i w mięśniach. Po upływie 1—2 godzin od początku choroby zjawiają się dreszcze, przechodzące wkrótce w prawdziwy napad febry: chory drży całym ciałem, szczeka zębami; głowa odrzucona w tył, mięśnie karku w stanie lekkiego skurczu tężcowego, źrenice mocno lecz równomiernie rozszerzone; tętno twarde, przyspieszone, 90—100 uderzeń na minutę.

Po upływie $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny dreszcze przechodzą całkowicie; chory rozpalaony; skóra gorąca, sucha; oczy błyszczą; język czysty, nieobłożony; w narządach wewnętrznych zmian żadnych. Ciepłota 39,0°—40,0° C. Tętno mocno napięte, jeszcze bardziej przyspieszone, 100—124 uderzeń na minutę. Zjawia się suchy kaszel, w czasie którego chory chwytą się odruchowo za piersi, skarżąc się na silny ból w nich. Przytomność całkowicie zachowana. Powoli ciepłota jeszcze podnosi się o 0,5—1,0° C. i na tej wysokości utrzymuje się kilka do kilkunastu godzin, poczem zwykle wśród obfitych potów opada poniżej prawidłowej. W tym okresie chory nieraz dostaje wymiotów i biegunki.

Wraz ze spadkiem ciepłoty i potami ustępują od razu wszystkie męczące objawy cierpienia i chory zasypia, poczem wstaje często zupełnie zdrowym i wraca do swojego zajęcia, a tylko pewne osłabienie i niejaka sztywność w mięśniach przypomina mu o przebytej chorobie.

¹⁾ Berl. klin. Wochenschr. 5. 1893.

Podobny przebieg cierpienia spostrzegam w większości przypadków; zdarzają się jednak i takie przypadki, w których poty i spadek ciepłoty nie zuamionują wcale końca choroby: na drugi dzień, a czasami i tego samego dnia jeszcze, kiedy chory zdaje się już powracać do zdrowia, ciepłota czasami znowu się podnosi o 1,0^o—2,0^o C. ponad prawidłową, a jednocześnie występują i inne objawy chorobowe, febrze cynkowej właściwe, jak: ból głowy, bóle mięśniowe, ściskanie w piersiach i t. d., słowem, występuje cały zbiór objawów napadu febrzy, znowu jak pierwszy kończącego się potami.

Ten drugi napad, zazwyczaj znacznie słabszy i krócej trwający, aniżeli pierwszy, zwiastuje zawsze powolny powrót do zdrowia, co następuje nieraz po upływie tygodnia i więcej.

W rozpoznaniu cierpienia, w wielu przypadkach nie przedstawiającem żadnej trudności, opierać się będziemy: 1-o na nagłym rozwoju choroby, bez objawów zwiastunnych, 2-o na przedmiotowych i podmiotowych objawach cierpienia, 3-o na znajomości warunków pracy danego chorego i 4-o nakoniec na przebiegu choroby.

Ważne znaczenie dla różniczkowego rozpoznania tego zagadkowego pod względem patogenezy cierpienia od chorób zakaźnych ostrych, do których febra cynkowa, przynajmniej w początkowych okresach, tyle jest podobną, posiada brak jakichkolwiek bądź chorobowych zmian w narządach wewnętrznych, dających się wykazać przy przedmiotowym badaniu chorego.

Zejsście, a zatem rokowanie w febrze cynkowej bywa zwykle pomyślnem: po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu następuje zwykle zupełne wyzdrowienie chorego, przyczem raz przebyta choroba nie zabezpiecza danego osobnika od powtórnego zachorowania. Znam wielu robotników huty cynkowej, którzy przechodzili febrę cynkową po kilkanaście i więcej razy przez przeciąg kilkunastu lat pracy w hucie.

Czy rokowanie i zejście w febrze cynkowej bywa zawsze pomyślnem? Jest to pytanie, na które w danej chwili nie mogę wprowadzić dać odpowiedzi stanowczej, jednakże muszę wyznać, że wydaje mi się to rzeczą, jeśli nie nieprawdopodobną, to przynajmniej — wątpliwą.

Pomijając już względy teoretyczne, które, bądź co bądź, wielce przemawiają za możliwością zejścia śmiertelnego przy ostrem zatruciu cynkiem, czyli t. zw. febrze cynkowej, wiarę w stałe pomyślne zejście w tem cierpieniu zachwiały we mnie dwa spostrzeżenia, dotyczące robotników huty cynkowej, w których postawiłem rozpoznanie febrzy cynkowej [z wielkim prawdopodobieństwem], a które zakończyły się śmiercią chorych.

Ta okoliczność, że oba te przypadki nie były obserwowane w szpitalu, lecz w domu chorych, a zatem spostrzeganie nie mogło być przeprowadzonym z należyłą ścisłością, a w dodatku — w żadnym z tych przypadków nie była dokonana sekcya zmarłych, okoliczność ta zmusza mnie naturalnie do pewnej oględności w rozstrzygnięciu tej ciekawej skąd inąd sprawy; w każdym razie jednak — powtarzam — niepomyślne zejście w febrze cynkowej wydaje mi się najzupełniej możliwym.

b) Zatrucie tlenkiem cynku.

Ostre zatrucie tlenkiem cynku spotyka się względnie rzadko, przynajmniej w postaci całkowicie rozwiniętej, częściej spostrzegać się dają formy — że tak się wyrażę — poronne, t. j. takie, w których występują niektóre tylko objawy zatrucia cynkiem, a głównie objawy miejscowe.

Zatrucie to, jako zatrucie zawodowe, spotykamy przeważnie u robotników fabryk bieli cynkowej, którzy, pracując w atmosferze, nasyconej drobnymi pyłami tlenku cynku, polykają ze śliną znaczne jego ilości.

Działanie na ustrój tlenku cynku, nierozpuszczalnego w cieczach obojętnych lub alkalicznych, a rozpuszczalnego w cieczach kwaśnych, sprowadza się do działania chlorku cynku, w jaki zamienia się tlenek cynku pod działaniem kwasu solnego, znajdującego się w soku żołądkowym.

Objawy ostrego zatrucia tlenkiem cynku, jako zatrucia zawodowego, jakie mamy tutaj na względzie, nigdy nie dochodzą do tego stopnia natężenia, co przy zatruciu przypadkowym, lub też zatruciu w celach morderezych.

Objawy zatruc tego rodzaju ograniczały się w moich spostrzeżeniach na objawach podrażnienia błon śluzowych żołądka i kiszek, bez głębszych zmian chorobowych w samych tkankach tychże błon, w połączeniu ze słabymi i nie zawsze występującymi objawami ogólnymi zatrucia cynkiem, jak: bólem głowy, ściskaniem w piersiach i bólami mięśniowymi -- w słabym stopniu.

Podrażnienie błon śluzowych przewodu żołądkowo-kiszkowego wyraża się wymiotami i biegunką, nierzadko połączoną z bólami w okolicy żołądkowej.

Wszystkie te objawy przechodzą zwykle prędko, pod wpływem odpowiedniego leczenia, a przeważnie pod wpływem diety mlecznej i czasowego powstrzymania się od pracy, względnie nie wystawiania na działanie przyczyny wywołującej cierpienie.

Jak często występuje ostre zatrucie tlenkiem cynku, orzec trudno; robotnicy bowiem, będąc z niem oswojeni, mało zwracają uwagi na to cierpienie, które, o ile powtarza się częściej, o tyle prędzej doprowadza do zatrucia cynkiem w postaci przewlekłej.

Co się tyczy leczenia ostrego zatrucia cynkiem i jego solami, to zauważyć muszę, że jest ono czysto przypadkowe; nie posiadamy bowiem ani jednego środka leczniczego o własnościach swoistych, i muszę wyznać, że często objawy ostrego zatrucia cynkiem przechodzą same, pod wpływem li tylko powstrzymania się od wystawienia na chorobotwórcze działanie jego na ustrój.

Ze wszystkich środków leczniczych, jakie wypróbowałem przy leczeniu tego cierpienia, najskuteczniejszymi okazały się: jodek potasu lub sodu i przetwory makuwa w wielkich dawkach [przy podrażnieniu przewodu żołądkowo-kiszkowego], obok mlecznej diety, którą w tych przypadkach należy stosować z całą ścisłością.

Na czem mianowicie polega dobroczynny wpływ tych środków w leczeniu danego cierpienia, wobec braku wiadomości o istocie cierpienia, powiedzieć trudno; być może, że sole jodowe przyspieszają wydzielanie się cynku z ustroju,

wskutek wzmożonego rozpadu białka, z którym pierwszy wchodzi w związek, a wydzielanie to przyspiesza jeszcze moczopędne działanie dyety mlecznej.

Jakkolwiek bądź skutecznem może się okazać leczenie istniejącego już ostrego zatrucia cynkiem, zawsze jednak najważniejsze znaczenie posiadać będzie leczenie zapobiegawcze, polegające na całkowitem usunięciu chorego z pod wpływu chorobotwórczego cynku i jego przetworów, co, niestety, nie zawsze jest wykonalnem.

Zapobiegawcze leczenie, w tem znaczeniu, jeszcze ważniejszą rolę odgrywa w leczeniu zatrucia cynkiem przewlekłego, do opisu którego przejdę potem.

[C. d. n.]

II. PRZYPADEK NIEDOKRWISTOŚCI ZŁOŚLIWEJ, ZAKOŃCZONEJ WYZDROWIENIEM.

Podał

A. Puławski,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus.

Wśród licznych już obecnie opisów niedokrwistości złośliwej ¹⁾ bardzo rzadko spotykamy się z pomyślnem zejściem tej choroby. Takie właśnie zejście będzie przedmiotem niniejszego opisu.

Dnia 29 stycznia r. b. policya dostarczyła do szpitala chorego, podniesionego na ulicy w stanie ciężkiego osłabienia. Był to 38-letni flis, Walenty K... Zdawało się, że chory jest *in extremis*. Skóra barwy woskowej, błony śluzowe niesłychanej bledkości, tętno nitkowate, ginące pod palcem, głos słaby; przytomność zachowana, ale apatya i osłabienie tak wielkie, że się niczego od chorego dowiedzieć nie można. W dodatku chory ma taki szum i huczenie w uszach, że źle słyszy. Przy badaniu w położeniu siedzącym, chory blednie jeszcze bardziej i traci przytomność. Przy tem wszystkim chory wcale nie jest wychudzony i budowy jest krępej, prawidłowej; mięśnie są miękkie, lecz dość rozwinięte, pokryte wcale obfitym pokładem tłuszczu, twarz dość pełna, jakby obrzękła. W czasie dalszego pobytu chorego, dowiedziałem się, iż pochodzi z Galicyi i corocznie przybywa do Królestwa na tratwach. W lecie roku zeszłego, będąc poprzednio zdrowym, zaczął niedomagać, stracił łaknienie, miewał biegunkę, bóle głowy, potem szum w uszach i takie osłabienie, że musiał porzucić swoje zajęcie. Zamieszkał u znajomych w Tarczynie. Z początku zarabiał trochę na życie lżejszą pracą, ale później żył już tylko z miłosierdzia, nie mogąc się ruszać. Wtedy przywieziono go do Warszawy i puszczono gdzieś na ulicy, licząc na to, że się nim zaopiekuje policya. Z chorób pamięta tylko jedną, którą przechodził przed 20 laty: leżał wtedy kilka miesięcy, był bledy i osłabiony, ale szczegóły już mu wyszły z pamięci. Syfilisu nie przechodził, wódki nie nadużywał.

¹⁾ Cała najnowsza literatura przedmiotu podaną jest w HOFFMANN'a „*Lehrbuch der Constitutionskrankheiten*“ Stuttgart. 1893. U nas pisali o niedokrwistości złośliwej: DUNIN [Gaz. Lekar. 1878. referat i 1881 trzy własne przypadki], BAYER i ELSBERG [Gaz. Lek. 1881].

Dalsze badanie wykazało, że płuca są prawidłowe, tępość serca nieco powiększona w wymiarze poprzecznym, u podstawy serca daje się słyszeć szmer skurczowy, w żyłach szyjowych silne buczenie. Śledziona niewyczuwalna, wątroba również. Brzuch niebolesny, łaknienia niema, zato bardzo silne pragnienie trudne do zaspokojenia. Mocz bładny w ilości 2000 ctm. na dobę, ciężar właściwy 1010, nie zawiera ani białka, ani cukru. Wypróżnienia po 2—3 dziennie, papkowate, nie zawierają ani ciałek ropnych, ani jaj pasożytów [badanie wykonywano często].

Krew, otrzymana z palca przez ukłucie, ma barwę żółtawą. Pod drobnowidzem przedstawia ciałka czerwone nie układające się w rulony, blade, różnych rozmiarów bez zmiany kształtu [przeważają małe mniej więcej jak $\frac{1}{2}$ ciałka czerwonego]; ilość białych ciałek jest nieco zwiększoną. Przy odpowiednim zabarwieniu [eozyna i błękit metylowy] znaleziono niewielką ilość ciałek białych eozynofilowych; więcej niż zwykle małych okrągłych limfocytów.

Dnia 6. I. określiłem hemoglobinę za pomocą przyrządu FLEISCHL'a i znalazłem ilość jej znacznie zmniejszoną [25% w stosunku do prawidłowej ilości]. Jednocześnie kolega WINIARSKI był łaskaw obliczyć ilość czerwonych ciałek [przyrząd THOMAS-ZEISS'a] i znalazł 1,584,000. Przebieg choroby przedstawiał się w krótkości, jak następuje: chory leżał pogrążony w absolutnej apatii, uskarżał się na ciągłe pragnienie, szum w uszach, huczenie w głowie, mdłości przy każdym ruchu, dużo pił wody, oddawał duże ilości moczu [po 2500—3000 ctm. na dobę], miał codziennie 1—3 wypróżnień. Ciepłota ciała była nieco podniesioną, a mianowicie:

Dnia	30. I.	31. I.	1. II.	2. II.	3. II.	4. II.	5. II.	6. II.	7. II.
Rano	37°	37°	38,4°	38°	38,2°	37,6°	37,5°	37°	37°
Wiecz.	38°	38,4°	38,7°	38,7°	38,2°	38°	38°	37,6°	37,6°
			Dnia 8. II.	9. II.	10. II.	11. II.			
			Rano	36,6°	37°	37°	36,8°		
			Wiecz.	38°	37,6°	37,6°	37,2°		

Następnie ciepłota utrzymywała się już w granicach prawidłowych.

Chory dostawał z początku za pokarm wyłącznie mleko; gdy się łaknienie poprawiło — chleb, mięso, tran w dużej ilości. Ze środków leczniczych przepisałem żelazo z arsenikiem [*ferris sulph.*, *kali carb.* aa $\bar{5}$ s, *acidi arsen.* gr. 1, 3 razy dziennie po 2, potem po 3, wreszcie 4 razy dziennie po 3 pigułki]. Stopniowo chory zaczął się poprawiać, nabierać lepszej cery, mniej się uskarżał na szmer w uszach i pragnienie.

Dnia 21. II. Hemoglobiny znalazłem 45%.

Dnia 26. II. Hemoglobiny 80%, ilość czerwonych ciałek wynosi 2,859,400.

Dnia 6. III. Chory nie skarży się już na szum w uszach, zaczyna wstawać z łóżka i chodzić.

Dnia 10. III. Pomaga posługaczowi w sprzątaniu. Szmer skurczowy u podstawy serca jeszcze istnieje, jak również szmer w żyłach szyjowych. Granice tępości serca prawidłowe.

Dnia 21. III. Ilość czerwonych ciałek wynosi 4,375,200. Hemoglobiny nie określałem. Niema już we krwi ani leukocytozy ani mikrocytozy. Szmer w żyłach szyjowych jeszcze istnieje. Szmeru skurczowego u podstawy serca niema.

Dnia 15. IV. Chory ma się wybornie, dużo jada, chętnie usługuje innym chorym. Ilość czerwonych ciałek wynosi 5,049,500.

D. 10. V. Hemoglobiny 105%, t. j. tyleż, ile w moim przyrządzie FLEISCHL'a znalazłem u posługacza, zdrowego i tęgiego mężczyzny. Pacjent zupełnie zdrów wypisuje się ze szpitala; barwa skóry rumiana, błony śluzowe żywo zabarwione; znacznie utył.

Zdaje mi się, że rozpoznanie w danym przypadku niedokrwistości złośliwej dostatecznie jest usprawiedliwionem. W obrazie chorobowym brak tylko jednego objawu, na który nie zwróciłem uwagi przez zapomnienie, mianowicie nie przekonałem się, czy nie było w danym przypadku krwawych wylewów na siatkówce. Objaw ten, jak wiadomo, uważanym jest za wysoce charakterystyczny dla niedokrwistości złośliwej. Nie sądzę jednak, ażeby nawet brak tego objawu, przy istnieniu wszelkich innych, mógł w czemkolwiek zmienić rozpoznanie.

Niedokrwistość w powyższym przypadku uważać musimy za samoistną, gdyż nie znajdujemy dla jej wyjaśnienia żadnej dostatecznej przyczyny. Nie mamy dowodu na to, aby chory przechodził którą z chorób, podawanych jako przyczynę niedokrwistości złośliwej¹⁾. Do takich zaliczają: krwawą biegunkę, zimnicę, tyfus, febrę żółtą; również nie może być mowy o zaniku błony śluzowej żołądka lub nowotworze; chory nie przechodził syfilisu, nie miał żadnych pasożytów kiszkiowych (*anchylostomum duodenale*, *botriocephalus latus*). Nędzne warunki życia są udziałem tylu ludzi, a niedokrwistość złośliwa tak jest chorobą stosunkowo rzadką, że w tym kierunku rozwiązania zagadki nie znajdziemy. Badania bakteryologicznego nie robiłem, wiadomo jednak, że badanie takie, przedsięwzięte przez HANOT i LEGRY²⁾, dało wyniki ujemne.

Jaką rolę w pomyslnem zejściu mojego przypadku odegrało żelazo, powiedzieć trudno wobec tego, że stosowałem je wraz z arsenikiem. Ten ostatni zaś, według zdania niektórych autorów³⁾, miał okazać pomyslnie działanie w niedokrwistości złośliwej.

¹⁾ MÜLLER F. [z kliniki GERHARDT'a] zur Aetiologie der perniciosen Anaemie. Charité-Analen. 1889. B. XIV. str. 253.

²⁾ Contribution à l'étude de l'anémie progressive pernicieuse. Arch. gén. de Médecine. Janvier. 1889. VIRCHOW's Jahresb. 1889. II. 359.

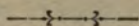
³⁾ MACPHERAN. Pernicious anaemia with a report of five cases. Med. News. oct. 1890. VIRCHOW's Jahresb. 1890. II. 334.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

CHOROBA BASEDOW'A.

Według źródeł opracował

D-r Med. Henryk Higier.



Charakterystyczną cechą choroby BASEDOW'a są 3 objawy: obrzmienie gruczołu tarczowego (*struma*), przyspieszenie tętna (*tachycardia*) i wysadzenie gałek ocznych (*exophthalmos*). Niezawsze jednak trójca ta istnieje jednocześnie; niekiedy bowiem jednego z tych podstawowych objawów brakuje, a zamiast niego występuje cały szereg innych, wikłających typowy obraz chorobowy. Choroba zaczyna się zwykle powoli i stopniowo; rzadko występuje ona nagle, przybierając gwałtowny przebieg. Najwcześniej występują objawy ze strony serca i tam, gdzie ich niema, rozpoznanie jest wątpliwem. Bicie serca, rozmaite nieprzyjemne uczucia towarzyszące kołataniu serca, przyspieszenie jego działalności [100—150 uderzeń na minutę]: są to zwykle pierwsze objawy niepokojące chorego. Tętno, ulegające przyspieszeniu przy najdrobniejszych ruchach ciała i wzruszeniach moralnych, bywa drobnem, miękkim, rytmicznym. Arytmia tętna, duszność, obrzęki, napady dusznicy bolesnej (*angina pectoris*) zjawiają się dopiero w końcowych okresach choroby, jako oznaki organicznego osłabienia serca. Szmer serca jest stosunkowo częstym zjawiskiem i występuje mniej więcej w $\frac{2}{3}$ części przypadków [REYNOLDS], w postaci szmeru skurczowego, najwyraźniejszego u podstawy serca. Rozszerzenie serca rzadko się zdarza, częściej zato wyraźne tętnienie tętnic szyjowych lub brzusznych. W tętnicach szyjowych można prawie zawsze słyszeć szmer skurczowy, na szyi w okolicy tarczowej bardzo często tętno żyłne [GUTTMANN].

Obrzmienie gruczołu tarczowego [wole] bywa zwykle równomiernem, niekiedy zaś jednostronnem, lub zajmuje tylko przesmyk. Nad gruczołem, jeżeli to jest wole naczyniowe, widać wyraźne tętnienie i słychać buczenie. Objętość i rezystencja wola częstym ulega wahaniom, występującym niekiedy bardzo szybko w ciągu kilku godzin. Typowy obraz choroby Basedow'a rozwija się niekiedy także u osób dotkniętych zastarzałym wolem mięszowem lub śródmiażdżowem.

Wysadzenie gałek ocznych zjawia się zwykle, podobnie jak i wole, po wystąpieniu kołatania serca, rzadko tylko przed nim. Przy wolu jednostronnem wysadzenie może się ograniczyć do jednego oka albo na jednym występować wyraźniej, niż na drugim. Jeżeli galki oczne są znacznie wypukłone, to powieki podczas snu nie są w stanie całkowicie ich przykryć, co nadaje choremu odstrasżający wygląd. Na nieprzykrytej gałce ocznej rozwija się niekiedy zapalenie łącznicy, zmętnienie rogówki, a nawet ciężkie owrzodzenia. Oprócz tętnienia naczyń siatkówki i występującego niekiedy obrzęku brodawki wzrokowej obraz oftalmoskopowy nie szczególnego nie przedstawia.

Następnym ważnym objawem ze strony oka, zauważonym po raz pierwszy przez STELLWAG'a, jest niezwykła wielkość szpary ocznej i brak mimowolnego mrugania. Od objawu STELLWAG'a ważniejszym jest pod względem rozpoznawczym objaw GRAEFE'go. Polega on na tem, że przy pionowych ruchach gałki ocznej górna powieka nie postępuje za nią, lecz pozostaje cokolwiek w tyle. Objaw ten występuje wyłącznie przy skierowaniu wzroku ku dołowi, gdy tymczasem przy podnoszeniu oczu powieka również się podnosi. W następstwie tego, gdy chory patrzy w dół, widać zawsze białkówkę na szerokość 2 milim. ponad rogówką. Dowolnie może powieka bardzo dokładnie się zamykać. Opu-

szczenie górnej powieki jest utrudnione, zdaniem niektórych, [BRUNS, MOEBIUS], „wskutek ciągłej dążności do rozszerzenia szpary powiekowej (*Erweiterungstendenz*)“. W ten sposób objaw GRAEFE'go byłby następstwem objawu STELLWAG'a; jednakże zamykanie powiek przy udziale woli pomimo jednoczesnego istnienia objawu GRAEFE'go, rzadkie występowanie objawu STELLWAG'a przy względnej częstotliwości objawu GRAEFE'go, występowanie tego ostatniego w następstwie niektórych porażień nerwu okoruchowego¹⁾: wszystkie te względy czynią mało prawdopodobnym objaśnienie tego objawu wyłącznie wzmocnionem napięciem.

Niedomoga zbieżności gałek ocznych (*insufficiencia convergentiae*), poraz pierwszy opisana przez MOEBIUS'a, potwierdzona następnie przez STRUEMPELL'a i CHARCOT'a, należy do rzadkich objawów choroby BASEDOW'a i nie może być uważaną ani jako następstwo wysadzenia gałek ocznych, ani porażenia. Niedomomość ta występuje najwyraźniej, jeżeli każemy choremu spojrzeć na sufit a następnie na własny nos. Ó objawie tym chorzy nie zwykle nie wiedzą; nie widzą podwójnie, skarżą się tylko na uczucie zmęczenia i napięcia przy zbieżności oczu.

Porażenie mięśni ocznych z zezem i widzeniem podwójnem są częstym dość zjawiskiem, głównie zaś tyczy się to *ophthalmoplegiae exterioris*, przy której zwieracz tęczówki pozostaje nietkniętym. Objawy te zjawiają się zwykle jednocześnie z porażeniem innych nerwów mózgowych [niedowład nerwu twarzowego, mięśni podniebienia, języka], co zdradza pochodzenie ich mózgowe. Występujące niekiedy przerywane, szybkie drżenie powiek należy postawić w analogii z drżeniem rąk, o którym mowa będzie niżej. Drżenie powiek przy zamykaniu oczu należy, według HOMER'a, do bardzo częstych objawów choroby BASEDOW'a.

Często dość występują zaburzenia przewodu pokarmowego, rzadziej narządu oddechowego i płciowego. Jednym ze zwykłych objawów choroby BASEDOW'a są obfite, urągające wszelkiemu leczeniu, rozwolnienia, występujące bez żadnej określonej przyczyny i w ten sam sposób znikające. Nieraz zjawiają się także wymioty i głód wilyczy.

Wątpliwą jest rzeczą, ażeby opisana przez FEDERN'a częściowa atonia kiszek miała być „najczęstszem i najważniejszem powikłaniem, a nawet, być może, przyczyną choroby BASEDOW'a“. Z objawów ze strony narządu oddechowego należy wspomnieć o silnym kaszlu, przyspieszeniu oddechu [33 razy w ciągu minuty, MARIE] i nieznacznem rozszerzeniu klatki piersiowej podczas wdechu [„objaw BRYSON'a], wszystko niekiedy w w zależności od rozpoczynającej się gruźlicy płuc, częstego powikłania choroby BASEDOW'a. Częstym jest brak miesiączki, bardzo rzadko występuje zanik sutek i macicy.

Oslabienie i wzmoczona pobudliwość nerwów naczyń neruchomych skóry tłómaczy nam skłonność chorych do ciągłego pocenia się, które niekiedy może być jednostronnem. Nieznaczny, ledwie dający się zauważyć wysięk wywołuje napady uczucia gorąca i osłabienia. Nieznaczne podrażnienie skóry wywołuje niekiedy ciemno-czerwone plamy, znikające dopiero po 1—2 minutach. Do objawów skórnych należy zaliczyć także zmiany w barwniku skóry: *vittigo* i brunatne zabarwienie, które nieraz zależą od powikłania omawianego cierpienia z chorobą ADDISON'a. Rumień, pokrzywka, łysina plackowata (*area Celsi*), również były spostrzegane. Nieraz zjawiają się obrzęki, niezawsze zależne od osłabienia serca i wystawiające lekarza na cięższą próbę rozpoznawczą. Rzadko są one ogólne, częściej zaś ograniczone albo umiejscowione wyłącznie na kończynach dolnych. W niektórych przypadkach wzma-

¹⁾ Dwa przypadki, w których typowy objaw GRAEFE'go rozwinął się w następstwie porażenia syfilitycznego nerwu okoruchowego, spostrzegalem na oddziale szpitalnym D-ra GAJKIEWICZA w r. 1885 i 1892.

(Uwaga autora).

gają się obrzęki podczas miesiączki [SOLLIER]. Bolesne nabrzmienie zdarza się dość rzadko [HOMEN]. Najstalszem zjawiskiem ze strony skóry są obfite poty. Znaczna wilgotność skóry przy *perspiratio insensibilis* staje się przyczyną objawu, zauważonego poraz pierwszy przez VIGOUROUX, że przewodnictwo skóry dla prądu elektrycznego jest mniejsze, niż u zdrowych; opory przy chorobie BASEDOW'a wynoszą 300—600 Ohmów, podczas gdy u zdrowych równają się one 4—5000 przy użyciu strumienia o sile 10—15 Volt. Objaw ten nie nosi cechy patognomonicznej, gdyż jak obecność jego nie przemawia za stanowczem rozpoznaniem choroby BASEDOW'a, tak i brak jego nie wyklucza tego cierpienia.

Ogólny stan chorych również bywa upośledzony: mamy tu zwykle niedokrwistość, osłabienie i wychudnienie. GAUTIER ze względu na występujące przy tem cierpieniu charactwo nadał mu nazwę *cachéxie thyroïdienne*. Pomimo często występującego uczucia nadmiernego gorąca podwyższenie ciepłoty wyjątkowo tylko daje się zauważyć [CHARCOT]; BARTOYE jednak często je spostrzegał, GOWERS zaś tylko w końcowych okresach choroby. Gorączka może mieć charakter zwalniający lub przepuszczający. W przypadkach ciężkich bywa ona uporczywą, towarzyszą jej wtedy i inne objawy gorączkowe [zaczerwienie twarzy, bóle głowy, obłożenie języka, brak łaknienia, moczu gorączkowy].

We krwi znajdujemy zmniejszenie zawartości hemoglobiny i zwiększenie ilości leukocytów eozynoflowych [KLEJN].

Co się tyczy objawów ze strony układu nerwowego, to dość często można zauważyć zawroty głowy, połowiczny ból głowy, senność, drgawki, przygnębienie moralne i drażliwość.

Drżenie rąk, stanowiące właściwie powikłanie choroby, należałoby ze względu na częstotę jego uważać za objaw omawianej choroby. Drżenie to jest bardzo prawidłowo rytmicznym i na podobieństwo drżenia, występującego przy zatruciu wyskowem, odbywa 8—9 oscylacyi w ciągu sekundy. Niekiedy jednak staje się nieregularnem, jak przy płasawicy, niekiedy zaś przypomina drżenie przy drżączce porażennej. Pod wpływem zimna i wzruszeń moralnych drżenie się wzmacnia. O drżeniu powiek wspomniałem wyżej.

CHARCOT zwracał kilkakrotnie uwagę na pewien objaw, należący, zdaniem jego, nie do powikłań, lecz do objawów cechujących chorobę BASEDOW'a. Mowa tu o porażennem osłabieniu nóg, które poprzedza *giving way of the legs* autorów angielskich, t. j. nagle zginanie się, osłabienie nóg, mogące obalić chorego. Niedowładowi obu nóg towarzyszy osłabienie odruchów skórnych i kolanowych. Często także notowano zaburzenia odżywcze skóry, włosów, mięśni, kości.

Powikłania. Właściwie trudno nieraz bardzo rozstrzygnąć, gdzie się kończy jeden z licznych objawów tej choroby, gdzie się zaczyna powikłanie. Jednem z częstych powikłań jest histerya z całym bogactwem jej objawów; niekiedy poprzedza ona chorobę, niekiedy znów zdaje się, jakoby ta ostatnia zachowywała się w stosunku do pierwszej jako „*agent provocateur*“. Oba te cierpienia występują przeważnie u osobników obdarzonych zbyt wrażliwym układem nerwowym. Dlatego też częstem powikłaniem choroby BASEDOW'a są zaburzenia umysłowe. Na tle isniejącej zwykle nadmiernej wrażliwości, niepokoju, zmienności usposobienia rozwija się niekiedy obraz niewątpliwej psychozy. Nastrój hypochondryczny, zależny od ciągłego i nieprzyjemnego uczucia kołatania serca, od bezsenności, występuje naprzemian z maniactwem. Najczęściej jednak mamy do czynienia z pomieszaniem natury histerycznej i z ogólną neuro-psychozą zwyrodniałych.

Z pomiędzy czynnościowych i organicznych cierpień nerwowych, wikłających niekiedy obraz podstawowej choroby, wspomnieć należy tu: padaczkę,

migrenę, płasawicę, nerwobóle, moczówkę cukrową i zwykłą, i przepuszczający cukromocz i białkomocz.

Przebieg i postaci choroby. Początek choroby jest zwykle powolny, choroba sama trwać może całe lata, przyczem z początku zjawia się kołatanie serca, następnie zaś przyłącza się powiększenie objętości szyi z wypukleniem gałek ocznych. Niekiedy jednakże choroba wybucha nagle, tak, że owa trójca objawów rozwija się już w ciągu kilku dni lub nawet 24 godzin, zazwyczaj w następstwie jakiegoś wzruszenia moralnego. Zdarzają się także dość wyraźne i długotrwałe z wolnienia, niekiedy nawet prawdziwe przerwy, które tak długo trwają i do tego stopnia są całkowite, że choroba przebiega jakby w postaci oddzielnych napadów. Wobec prawie nieograniczonego napozór czasu trwania zwoleń może niekiedy nawet być mowa o wyleczeniu, jednakże zwykle nie mamy tu powrotu do zupełnego zdrowia. Nie znamy dokładnie odsetki przypadków wyleczonych, oceniają ją zwykle na 25%. Najdłużej trwają wczesnie występujące objawy ze strony serca. Mężczyzn choroba rzadziej napada, zato szybciej przebiega u nich.

Pomijając przypadki śmiertelne wskutek powikłań [gruźlica]—śmierć następuje zwykle z najrozmaitszych przyczyn: wskutek osłabienia serca z obrzękami, niepowszrzymanyh wymiotów, rozwolnienia, charłactwa, gwałtownej nagłej gorączki. Niekiedy chorzy umierają bez żadnej widocznej przyczyny.

Właściwej etyologii choroby nie znamy; i tu tak samo, jak przy wielu innych cierpieniach nerwowych, uważano za przyczynę jej: stosunki dziedziczne, usposobienie neuropatyczne, wzruszenia moralne, zaziębienie, choroby zakaźne [gościec, dyfteryt, influenza]; wszyscy zgadzają się na jedno, że koniecznem jest wrodzone usposobienie do choroby. Przemawia za tem olbrzymia ilość objawów nerwowych i psychicznych, wikłających typowy obraz choroby, oraz częste przypadki rozmaitych cierpień nerwowych w rodzinie chorego. Tak np. w przypadku MARIE'go, ojciec chorego dotknięty był drżączką porażenną, syn chorobą BASEDOW'a, jedna siostra matki miała pomieszanie zmysłów, dwaj kuzynowie dotknięci byli padaczką. Takie przypadki nie należą wcale do wyjątków. Za wpływem dziedziczności przemawiają również rozmaite spostrzeżenia, jak np. ROSENBERG'a, gdzie pewna kobieta, syn jej, 2 córki i 2 siostrzenice były dotknięte chorobą BASEDOW'a.

Anatomia patologiczna i patogeneza. Naczynia gruczołu tarczowego są wyraźnie powiększone i posiadają rozszerzenia tętniakowate. Właściwa tkanka gruczołu jest przerosła i w niektórych miejscach ulega zwyrodnieniu torbielowatemu lub koloidalnemu. Serce i naczynia ulegają rozszerzeniu. W dole ocznym ilość tkanki tłuszczowej jest zwiększona. Grasicą, ewentualnie ślady jej, oraz gruczoły chłonne szyjowe ulegają niekiedy przerostowi. [D. n.].

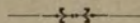
LECZENIE CHIRURGICZNE

WYSOKICH STOPNI KRÓTKOWZROczNOŚCI ZA POMOCĄ USUNIĘCIA SOCZEWKI.

Podał

Leon Feinstein,

asystent oddziału chorób ocznych D-ra KRAMSZYTKA w szpit. starozakonnym.



[Dokończenie.—Patrz Nr. 20].

Treść: Dotychczasowe leczenie krótkowzroczności.—Potrzeba energicznej interwencji.—Rys historyczny.—Wskazania do operacji.—Sposób operowania.—Dodatnie i ujemne strony tej metody leczenia.—Kilka spostrzeżeń.

Jak się refrakcyja oka zmienia po wyjęciu soczewki i jaki jest współczynnik załamania soczewki? FUKAŁA obliczył, że łamliwość oka zmniejsza się po

wyjęciu soczewki o 15,5 D, VACHER—o 15 D. Rezultat ten w zupełności się zgadza z otrzymanym po operacjach zaćmy. SCHWEIGGER po wyjęciu katarakty u krótkowzrocznej 16 D znalazł u tej chorej miarowzroczność. MARTIN u krótkowzrocznego 6 D znalazł nadwzroczność 10 D. Powszechnie przyjmują, że współczynnik załamania soczewki przecięciowo 10 D wynosi, wobec czego FUKALA wyprowadza wniosek, że u krótkowzrocznych soczewka ma zawsze większy współczynnik załamania. Krótkowzroczność u tych chorych w takim razie nie tylko od długości osi zależy, ale i od powiększonej łamliwości soczewki. SCHWEIGGER również przypuszcza, że u krótkowzrocznych w wysokim stopniu soczewki silniej światło załamują. PFLUEGER z tem zdaniem się nie zgadza. Wprawdzie i u niekrótkowzrocznych znajdował SCHWEIGGER po operacji zaćmy, że współczynnik załamania soczewki wynosił 16 D, objaśnia to on jednak tem, że przy rozpoczynającej się zaćmie soczewka zwykle mocniej światło załamuje. Zwraca przytem uwagę autor ten, że różnica w łamliwości oka przed i po operacji nie zawsze na wartość dyoptryczną soczewki wskazuje. Jeżeli przy krótkowzroczności, 18 D wynoszącej, otrzymamy emetrię, nie znaczy to, że wartość soczewki = 18 D. Mówiąc M 18 D, mamy na myśli, że szkło skorygować mające daną niewymierność, wynosić powinno 18 D. Szkło takie ma odległość ogniskową = 5,5 ctm., od oka znajduje się w odległości zwykłej = 1,5 ctm., odległość zaś ogniskowa w 7 ctm. odpowiada krótkowzroczności, tylko 14,3 D wynoszącej [$18 D = \frac{100}{18} = 5,5$; $5,5 + 1,5 = 7$; $\frac{100}{7} = 14,3$; $18 - 14,3 = 3,7$]. Im większy stopień krótkowzroczności, tem większa różnica między numerem szkła i stopniem rzeczywistej niewymierności. Przy M 12 różnica wynosi 1,8 D, przy 18 D — 3,7 D, przy 20 D — 4,6 D.

Sądzę, że wobec nowości tej metody leczenia nie będzie zbyt cennym przytoczyć kilka spostrzeżeń różnych autorów.

Spostrzeżenie I [SCHROEDER'a].

Pacjentka jest nauczycielką, ma lat 28. Od urodzenia jest krótkowzroczną. Matka jej jest również krótkowzroczną. Skarży się, że zdaleka wcale nie widzi, a bliższe przedmioty z trudnością rozpoznaje, wskutek czego musiała pracę porzucić. Radziła się kilka razy lekarzy, ale ci jej odpowiednich szkielec nie dobrali. *St. praesens.* Oko prawe — M 20,0 D, V = 0,1—0,2. Oko lewe — M 21,0 D, V = 0,1. Na dnie oka *sclerectasia*, zmiany w naczyniówce. W oku lewym widać białe pasma, ciągnące się na naczyniówce aż do plamki żółtej.

Chora z trudnością czyta w odległości 4 ctm. okiem prawem [lewe z widzenia wyklucza]. Mocniejsze szkła chora odrzuca, bo znacznie litery zmniejszają. Słabsze również chorej nie zadawała. Na prośbę przystąpiła do usunięcia chora zgodziła się poddać operacji. Operowane było oko lewe.

Dnia 7 grudnia 1890 r. irydektomia od góry. 3 stycznia roku następnego dyscyza po poprzednim rozszerzeniu źrenicy. Masy prędko pęczniały. Już 4 dnia cała komórka przednia była wypełniona. Utworzył się przyczep tylny, który rozdarto za pomocą rozszerzających i zwężających źrenicę środków. Lekkie podniesienie ciśnienia, ból w oku nieznaczny. Łzawienie i przekrwienie niewielkie. Podniesienie ciśnienia wskazuje, że należy przystąpić do usunięcia napeczniałych mas, czego też autor dokonał za pomocą ekstrakcy linearnej.

W miesiąc po operacji chora liczy palce w odległości 2,5 metra. 2-go marca V = 0,3, a więc siła widzenia trzykrotnie się powiększyła, co przy zmianach na dnie oka bardzo za operacją przemawia. Chora operowaną okiem widzi zdaleka lepiej, aniżeli przedtem przy najdokładniejszej korekcyi. Przy pomocy okularów jest w stanie zupełnie swobodnie pracować w odległości 15 ctm..

Spostrzeżenie II [FUKALA].

8-letni chory ma w oku prawem E, w oku lewym M11 D. V. o. s. = $\frac{18}{200}$
 Dnia 3 kwietnia 1887 r. pierwsza dyscyzja. Cięcie było bardzo małe i pęcznienie nie nastąpiło. Dnia 6 kwietnia druga dyscyzja. Cięcie większe. Pęcznienie mocne. Po tygodniu napęczniałe masy zajmują całą komórkę przednią. Bólów niema. Ciśnienie nie podniesione. Przekrwienie nieznaczne. W przeciągu trzech miesięcy zupełne wessanie. Po roku siła widzenia przy + 6D = $\frac{2}{5}$.

Spostrzeżenie III [VALUDE].

Do VALUDE'a 4 września 1891 roku przyprowadzono 10-letniego chłopca, który skarżył się, że coraz więcej przy pracy szkolnej zmuszony jest przybliżać książki i kajety do oczu. Stan chłopca następujący: Obie gałki oczne wystają, kształt gałek owalny. Badanie wykazało M18 D. Siła widzenia po korekcy $\frac{1}{8}$ [dla prawego i lewego oka jednakowa]. W ciele szklistem oka prawego nieznaczne męty. Na około tarczy górniak tylny, więcej wyrażony ze strony *macula lutea*. Tarcza zlekka przekrwiona. Zmian innych niema. W oku lewym takież górniak tylny. Nieznaczne zmiany na około naczyń naczyniówki. Tarcza prawidłowa.

Przepisano choremu atropinę, spokój absolutny i małą dawkę jodku potasu. Po dwu miesiącach miał chory znów się zgłosić. D. 15 listopada żadnego polepszenia nie było. Wobec jednak tego, że ojciec chorego miał chęć kształcenia chłopca nadal, VALUDE zaproponował wyjęcie soczewki. Dnia 22 listopada dyscyzja w oku lewym. Dnia 15 grudnia wyjęcie soczewki z oka prawego bez poprzedniej dyscyzji. Dnia 31 grudnia wyjęcie wtórnej zaćmy z oka prawego wskutek pozostałych resztek. Żrenica po tych operacjach czarna, prawidłowa. Dnia 5 stycznia w obu oczach V = $\frac{1}{6}$ przy + 4 D. Chory otrzymał podwójne szkła.

Dnia 28 marca chory znowu do VALUDE'a się zgłosił. Oko prawe: T = -1, V = $\frac{1}{12}$ przy + 4 D. Oko lewe bez zmiany. Po pewnym czasie zanik gałki oka prawego.

Pomimo tak niepomyślnego rezultatu, rodzice i chory byli z operacji zadowoleni. Chory, który przedtem wcale pracować nie był w stanie, pracuje teraz okiem lewym przy + 8D w zwykłej odległości [30 ctm.].

Spostrzeżenie IV [ABADIE].

Panna 14-letnia, szwaczka, krótkowzroczna od urodzenia. Ani ojciec, ani matka krótkowzrocznymi nie są. Skarży się, że od kilku lat z wielką jedynie trudnością czyta i pracować może. Na dnie oka z obu stron tarczy duże górniaki tylne. W oku prawem M 23 D, V = $\frac{1}{8}$; w oku lewym M 21 D, V = $\frac{1}{3}$.

Dnia 15 marca 1891 r. w oku prawem dyscyzja, a po 3-ch dniach punkcya. Dnia 5 maja w oku operowanem M 21 D, V = $\frac{1}{3}$. Bez szkieł chora zdaleka wyraźnie widzi. Z bliska bardzo biegle czyta. Przedtem czytać nie mogła przy najdokładniejszej korekcyi. Pracować może zupełnie wygodnie w odległości 30 ctm..

Spostrzeżenie V [VACHER].

Szwaczka, 42 lata. Rodzice krótkowzrocznymi nie byli. Od dzieciństwa ma chora krótki wzrok, lecz szkieł nie nosiła. Szyciem zajmuje się od roku trzy-nastego. Od roku trzydziestego siła widzenia znacznie się zmniejsza zaczęła. W 40 roku zmuszona była przestać pracować.

W oku lewym duży górniak, zmiany w naczyniówce nieznaczne. *Cataracta incipiens* w obwodowej części soczewki. Żrenica zupełnie czarna. M 15 D, prawie

jednakowa w obu oczach. Chora przyszła ze skargami na znacznie zmniejszoną siłę widzenia. Porzuciła pracę. Nie jest w stanie przez kilka chwil czytać. *Photopsia*, bóle głowy. $V = \frac{1}{8}$ przy $-12D$. Szkoło $-12D$ dawało najlepszą siłę widzenia. Dnia 28 października 1891 roku *extractio lentis cum iridectomia*. Dnia 10 grudnia w oku lewem $H2D$, przy $+2,5DV = \frac{1}{4}$. Autor spodziewa się, że po kilku miesiącach, gdy astygmatyzm pooperacyjny zupełnie zniknie, siła widzenia powiększy się jeszcze. Chora czyta N6 tablicy WECKER'a w odległości 30 ctm. Bardzo z operacji zadowolona.

Na zakończenie podaję słowa PFLUEGER'a „*Die Zweifel in die Berechtigung der Operation, welche von verschiedenen Seiten erhoben worden sind und noch werden erhoben werden, halte ich für gegenstandslos. Wer eine Anzahl dieser Operationen ausgeführt, die überraschenden Erfolge und die Dankbarkeit solcher Patienten gesehen hat, ist über alle Zweifel hinaus*“.

Sąd to, być może, zbyt optymistyczny. Jeżeli w streszczeniu mojem również za optymistycznie kwestyę całą przedstawiłem, jest to wynikiem dobrych rezultatów we wszystkich prawie 70 przypadkach, o których wyżej wspomniałem. Być może, że nieszczęśliwych przypadków było także dosyć, że jednak wzmianki o nich nigdzie nie znalazłem, zmuszony byłem rzecz całą dodatnio przedstawić. Jedno dodać muszę, że chorego nieraz w najlepszym razie czeka tyle zabiegów operacyjnych — irydektomia, dyscyczye, ekstrakcyja, punkcya, wyjęcie wreszcie wtórnej zaćmy — że chory prawdopodobnie, gdyby o tem naprzód wiedział, wolałby się zrzec tak długiej opieki lekarskiej i pozostałby przy zwykłym trybie leczenia. Pomimo to jednak są przypadki, w których jedynie ta metoda daje możność choremu pomódz i już z tego względu należałoby kwestyę tę w dalszym ciągu badać. Dopiero większa ilość chorych i dłuższy czas obserwacyi pozwolą wnioski pewne wyprowadzić.

L I T E R A T U R A.

1) FUKALA. Operative Behandlung der höchstgradigen Myopie durch Aphakie. Archiv für Ophth. 1890. 36 Band. — 2) VACHER. Traitement de la myopie progressive choroïdienne et prophylaxie du décollement de la rétine par l'extraction du cristallin transparent. Annales d'oculistique. 1891. November. — 3) SCHRÖDER. Die operative Behandlung der hochgradigen Myopie mittelst Entfernung der Linse. St.-Petersburg médie. Wochenschr. 1891. Nr. 29. — 4) BOUCHARD. De la suppression du cristallin transparent comme traitement de la myopie forte ou progressive. Thése. Paris. 1892. — 5) VALUDE. Archiv. d'ophth. 1892. avril. — 6) RUIZ et KOENIG. Pathogenie et traitement de la myopie progressive. Recueil d'ophth. 1888. — 7) SCHWEIGGER. Correction der Myopie durch Aphakie. — 8) PFLÜGER. Bemerkungen zur operativen Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit. Bericht über die 22 Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft. Heidelberg. 1892.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

71. Fedor Krauze i Doyen M. Wycięcie zwoju Gasser'a i pnia nerwu trójdzielnego.

W rozpaczliwych przypadkach nerwobólu jednej lub wszystkich trzech gałęzi nerwu trójdzielnego, w których poprzednio dokonane częściowe wycięcia nie wywołały poprawy, autorzy radzą zastosować rękoczyn radykalniejszy, mianowicie: usunięcie nietylko gałęzi wewnątrz-czaszkowych nerwu, ale jednocześnie i zwoju GASSER'a razem z głównym pniem nerwu trójdzielnego.

Niemiecki chirurg operację tę wykonał 3 razy: w pierwszych 2-ch przypadkach na 2-ch posiedzeniach, w 3-im na jednym i zaleca ten ostatni sposób postępowania. Cięcie płatowe z podstawą na łuku licowym wykonywa w odległości 1 ctm. od ucha i zewnętrznego kąta oczodołu; w pierwszych 2-ch przypadkach postępował podług metody WAGNER'a, t. j. płat zawierał skórę, mięśnie, okostną i kość, w ostatnim, dla skrócenia czasu, kość wytrepanował bez związku z płatem; otwór wydłutowywał po środku części łuskowej kości skroniowej (*p. squamosa*) wielkości płatu; następnie szybko tępą skrobaczką przenika do jamy czaszkowej środkowej między podstawą czaszki i oponą twardą; przekonał się, że przy powolnem oddzielaniu opony twardej od kości krwawienie jest większe. Opony twardej nie przecina, jak to czyni HORSLEY, ale stara się unieść ku górze szpadelkiem mózg, zawarty w nienaruszonej oponie twardej; ucisk w tym razie na mózg jest znacznie mniejszy, co ważnem jest ze względu na blizkie sąsiedztwo ośrodków mowy [jeżeli operacja dokonywa się z lewej strony]. Następnie palcem odpreparowywa 2 i 3 gałąź aż do otworów wyjścia z czaszki, przecina tętnicę oponową środkową, znajdującą się nieco ku tyłowi od 3-ej gałęzi, po nałożeniu podwójnej ligatury i przystępuje do oddzielania opony twardej i zwoju GASSER'a, o ile można, najdalej ku tyłowi, unikając zranienia samej opony, dla ułatwienia należy przytem przeciąć kilka cienkich ale mocnych sznurków łączno-tkankowych. 1-szą gałąź odpreparowywa tylko w pobliżu samego zwoju, czyni to ze względu na blizkie sąsiedztwo w przebiegu tej gałęzi kilku nerwów jak *trochlearis*, *abducentis* i *oculomotorii*, których uszkodzenie mogłoby wywołać nieprzyjemne powikłania, co miało miejsce w przypadku HORSLEY'a. 2-gą i 3-cią gałąź przeciął tenotomem przy samych otworach wyjściowych, zwój zaś GASSER'a ujął w kleszczyki THIERSCH'a i, nawijając na nie nerw trójdzielny, usunął prawie cały główny pień długości 22 mm.; jednocześnie jedna gałąź w pobliżu zwoju sama się zerwała. Nie zauważył przytem żadnego ujemnego wpływu na czynność serca lub oddechania, co miało miejsce w przypadku HORSLEY'a, w którym chora zmarła w 7 godzin po operacji przy objawach szoku. Osuszywszy pole operacyjne tamponem, założył pomiędzy podstawą czaszki i oponą twardą pasek gazy jodoformowej dla ułatwienia odpływu krwi; płat z okostną przyszył szwem węzełkowym. Przebieg idealny. Bóle zupełnie zniknęły. W kilka miesięcy po operacji badanie wykazało prawie w całej połowie twarzy zupełne znieczulenie; słuch, smak z odpowiedniej strony upośledzony, rogówka zupełnie nieczuła, wzrok prawidłowy. Żucie nie utrudnione, ruchy szczęki dolnej nie ograniczone. Pomimo że wytworzenie płata bez kości żadnych złych następstw nie spowodowało, zaleca jednak metodę WAGNER'a, jeżeli stan chorego pozwala na dłuższe usypianie.

Chirurg francuski wykonał raz jeden tę samą operację z tych samych powodów, co i poprzedni operator. Rezultat również był świetny; co się tyczy techniki operacyjnej, to DOYEN nie używał kleszczyków THIERSCH'a do wyciągnięcia pnia nerwu trójdzielnego, ale go na kilka milimetrów po za zwojem przeciął, udało mu się jednak wyciąć z pierwszej gałęzi 15 mm, bez wywołania żadnych następstw szkodliwych dla oka, z drugiej także 15 mm., a z 3-ej około 35 mm..

A. Gabszewicz.

(*Deutsch. med. Woch. 1893. N. 15. Progrés médical. 1893. Nr. 15*).

72. Kantorowicz. Lecnicze znaczenie płukań gardzieli.

Wszystkie podręczniki lekarskie zalecają przy ostrych i przewlekłych cierpieniach gardzieli używanie rozmaitych płukań. Niekiedy ostrożniejszy autor [STRUEMPPELL] odważa się wprawdzie zwrócić uwagę ogółu, że płukania przy cięższych miejscowych zmianach raczej cierpienia, niż ulgę choremu przynoszą, pomimo tego jednak płukania są w ogóle w wielkiem poszanowaniu tak lekarzy, jakoteż publiczności. Do płukania używa się bądź środków obojętnych [woda, roz-

czyn soli], lub też przetworów przeciwważających, jakoto: kwasu karbolowego, sublimatu, *kali chlor.*, *natrium benzoicum*, tymolu, alunu, kreoliny, wody cynkowej, rozczyńnu jodu i kwasu karbolowego i t. p. Wyobrażamy sobie, że rozczyńny te podczas aktu płukania bezpośrednio na chore działają tkanki, niszcząc w ten sposób ogniska bakteryjne, lub też lecząc nieżyty.

Wobec tego nie od rzeczy będzie bliżej przypatrzeć się mechanizmowi płukania i zbadać, o ile ono w ogóle działa, a w szczególności, jakiej można spodziewać się korzyści z płukania antyseptycznych.

Od przodu, t. j. od jamy ust, odgranieczoną jest jama gardzieli przez języczek i łuki podniebieniowe przednie; pomiędzy tymi ostatnimi, jakoteż łukami tylnymi leżą migdałki. W tych czterech łukach podniebieniowych znajdują się mięśnie podniebieniowe, które podczas skurczu przebiegają w kierunku niemal zupełnie prostym. Podręczniki fizyologiczne bardzo krótko i powierzchownie omawiają akt płukania, jak np. HERMAN, GRUENHAGEN-FUNKE, LANDOIS. Ten ostatni powiada: „płukanie polega na powolnem z głośnem przepływaniem wydechanego powietrza w postaci pęcherzyków przez ciecz, utrzymaną w głębi pomiędzy językiem a podniebieniem miękkim, przy głowie w tył przechylonej“. Określenie to nie wyczerpuje atoli zjawisk, podczas płukania spostrzeganych, i nie tłumaczy ich znaczenia.

Za pomocą kilku prostych doświadczeń łatwo możemy przekonać się, jakiego rodzaju zachodzą ruchy podczas aktu płukania.

Wykonując najspierw, bez wody w ustach, ruchy płukania przy w tył przechylonej głowie, możemy w stosownie ustawionem lustrze zauważyć, że obie pary łuków podniebieniowych kurczą się i spłaszczają, że brzegi ich stają się prawie zupełnie równymi i że migdałki zostają nieco uniesione w górę i ku przodowi wysunięte. Przy tym ogólnym skurczu mięśni gardzielowych podnosi się jednocześnie środkowa część [trzecia] języka lekko ku górze, a tylna bardzo silnie przybliża się ku podniebieniu miękkiemu, tak, iż łuki tylne zupełnie zostają zakryte, a z łuków przednich pozostaje widzialną tylko ich część środkowa, przylegająca do języczka. Podniebienie miękkie jest cokolwiek podniesione, jednak na tyle tylko, że języczek opiera się na nasadzie języka, lub też, stosownie do osobniczej długości języczka, tuż nad językiem się unosi. Profil języka z prawa na lewo rozmaicie się przedstawia: przy lekkim płukaniu jest wypukłym, równoległym do podniebienia miękkiego, przy silniejszym zaś powstaje po środku zagłębienie, idące od przodu ku tyłowi, w którym wisi języczek. Ten podczas płukania wykonywa szybkie ruchy, a wraz z nim przylegające dwie części podniebienia miękkiego. Jeżeli będziemy płukać po wzięciu do ust łyku wody, to zauważymy, że tylko po środku płyn znajduje się w ruchu, po bokach zaś koło zębów woda pozostaje w zupełnym prawie spokoju. Przy lekkim płukaniu widzimy z tyłu poprzeczną szczelinę ponad którą porusza się języczek. Przy silniejszym atoli zmienia się obraz: zamiast zagłębienia powstaje na języku gruby wał, na którym opiera się większa część tylnej powierzchni języczka; a zatem, języczek został wykręcony przez wydechany strumień powietrza i własnym ciężarem opada na wał językowy. Powietrze w kształcie pęcherzyków jedynie przenika pod języczkiem i tuż obok niego przez warstwę wody.

Z spostrzeżeń tych wynika, że płyn wcale nie dochodzi do migdałków, a dotyka zaledwie od przodu środkowych części łuków przednich; jedynie języczek i wewnętrzna trzecia część łuków przednich oplukiwane są przez płyn. Pomimo tego płukanie ma pewne znaczenie; jak codzienne bowiem wykazuje doświadczenie, za pomocą płukania wydalamy moc śluzu, nieczystości z ust, a nawet oddzielające się cząstki nalotu z migdałków. Tego ostatniego nie zawdzięczamy jednak działaniu płynu, który wszak do migdałków nie dochodzi, lecz działaniu kurczących się podczas płukania łuków podniebieniowych, przyczem tkanka migdałków zostaje uciśniętą, a luźno już przylegające strzępy nalotu zostają oddzie-

lone od podłoża. Prócz tego wskutek ucisku zmienia się krążenie krwi w częściach chorych, co jest pożądanem w drugim okresie spraw zapalnych, lecz niewłaściwem i szkodliwem w początkach, gdy wedle ogólnie przyjętej zasady, należy w spokoju utrzymywać tkanki, zapaleniem dotknięte, a nie drażnić ich bezustannie skurczami.

Widzimy z poprzedniego, że jedyne działanie płukania polega na skurczach mięśni gardzieliowych, wpływ zaś płynu jest ubocznym, czysto mechanicznym.

Wobec tego sama przez się zostaje rozstrzygniętą druga sprawa, mianowicie: co do używania płynów antyseptycznych dla płukania. Ponieważ płyn nie dochodzi wcale do migdałków, nie ma więc sensu używanie środków leczniczych w tym celu, tembardziej, że stosowane po temu słabe rozcyny ani bakteryi nie są zabijać w stanie, ani też dostatecznie zmieniać gruntu, na którym się one plenią. Ponieważ jednak przy płukaniu, u dzieci szczególnie, pewne dosyć znaczne ilości płynu zostają polykane, co wobec osłabionego już organizmu może mieć szkodliwe działanie, przeto najlepiej do płukań używać jedynie przegotowanej wody, lub fizyologicznego rozcynu soli kuchennej.

W ogóle płukania tylko przy umiarkowanym stosowaniu są jakotako pożyteczne; powtarzane co kilka minut przez nadto gorliwych chorych przyczyniają się często do zwiększenia cierpienia, wpływu na skrócenie przebiegu nie wywierają. W początkowych okresach zapalnych cierpień, połączonych z bolesnością, najlepiej unikać płukań gardzieli, zastępując je przepłukiwaniami jamy ustnej. W innych przypadkach można ich używać rozważnie i jedynie z wody lub z rozcynu soli.

Przyp. spraw. Dzieci, młodsze szczególnie, jak wiadomo, albo wcale płukać gardzieli nie potrafią, lub też wykonywają to nader niedołąźnie, wobec czego płukania dają się u nich zastąpić albo przez ostrożne przestrzykiwania, tak, aby płyn nie dostał się do przelyku, lub, co gorsza, do krtani, albo też przez umiejętne oczyszczenie chorych tkanek aseptyczną watą, a następnie pędzlowanie ściągającą-antyseptycznymi lekami w postaci zawiesin, rozczynów, lub proszków. To ostatnie, t. j. posypywanie proszkiem [jodoformu, dermatolu, taniiny, alunu] za pomocą wacika, umoczonego w danym leku, uważam za najwłaściwsze u dzieci posłusznych i cierpliwych, u drażliwych natomiast stosuję wdmuchiwanie proszków, przyczem jednak trudno nieraz uniknąć przedostawania się cząsteczek lekarstwa do głośni.

(*Deutsche med. Zeitung; Der prakt. Arzt. 1893. Nr. 3.*)

L. Wolberg.

73. D-r A. Yvert. Wskazania i wartość resekcji przy zapaleniu stawów zniepodobniającem pochodzenia gruźliczego.

B., kirasyer kawalerji francuskiej, 21 lat wieku liczący, bez dziedzicznej gruźlicy i zawsze dotąd zdrowy, choć budowy wątłej, uderzył się ręką o tacek w paluszek ręki prawej. Stłuczenie, prócz powierzchownej rany, nie wywołało na razie innych następstw. Po upływie trzech miesięcy spostrzeżono u niego mały ropień na *hypothénar* dłoni prawej, prócz tego nacieczenie ropne na powierzchni grzbietowej lewej stopy, dalej duży ropień na trzonie mostka, wreszcie ostry nieżyt oskrzeli i upadek sił wraz z wyniszczeniem ogólnem. Skoro ropnie otworzono na palcu i stopie, gojenie się postępowało dość szybko, jednak nacieczenie i ból na mostku wzmagał się coraz więcej. Za pomocą zglębniaka przekonano się, że trzon mostka na pewnej przestrzeni jest obnażony i że górnym swym brzegiem wystaje ku przodowi, zachodząc ponad dolny brzeg rękójści. Wtórne cięcie w postaci litery T wykazało obszerne ognisko, pełne wodnistej ropy i mocno krwawiących, grzybowatych złogów. Ognisko to łączyło się z jamą stawową [pomiędzy rękójścią i trzonem mostka]. Ostatni u lewego swego brzegu był przedziurawiony, wiąz tylny ocalał. Po wytamponowaniu jamy gazą

jodoformową, nałożono opatrunek tymczasowy. Nazajutrz przy zmianie opatrunku znaleziono stan następujący: górny trzęg trzonu wznosi się ponad dolny rękojeści na wysokość 3 ctm., pomiędzy nimi istnieje szczelina, przez którą można widzieć dokładnie przyczep prawej i lewej trzeciej chrząstki żebrowej; trzon przy każdym skurczu serca unosi się ku górze [zwichnięcie ku przodowi]. Wówczas wykonano resekcję górnej części trzonu, przyczem kość przepiłowaną została w kierunku skośnym z tyłu ku przodowi i z góry na dół, co ze względu na odklejenie się więzły tylnego było łatwe do wykonania. Trzeciego dnia po operacji w celu unieruchomienia mostka zaopatrzono klatkę piersiową chorego w odpowiedni pancerz chirurgiczny (*cuirasse en diachylon*). Przebieg, jakkolwiek na czas pewien zakłócony wytworzeniem się ropnia na prawym pośladku, był pomyślny i po upływie kilku miesięcy chory powrócił do swoich zajęć.

Autor jest przekonany, że miał tu do czynienia z zapaleniem stawu mostkowego gruźliczej natury i opiera swój pogląd na własnościach wydzieliny z rany, wątlej budowie chorego i charakterystycznym przebiegu spraw zapalnych. Mała rana na palcu, którą chory odniósł wskutek uderzenia się, stanowiła wrota, przez które zarazek swoisty przedostał się do ustroju. Przypadki gruźlicy stawów mostka należą do niesłychanie rzadkich, gdyż znajdujemy jedno zaledwie spostrzeżenie w tym rodzaju, opisane w r. 1869 przez BOURNEVILLE'a. Za najwłaściwszy zabieg leczniczy musimy uważać resekcję końców stawowych kości. Wcześniej wykonana resekcya usuwa możliwość nagromadzenia się ropy w śródpiersiu, zwłaszcza gdy tylny więz pozostaje nienaruszony. Zrost odcinków kostnych, podług autora, osiąga się dość łatwo, szczególnie przy zastosowaniu odpowiedniego gorsetu chirurgicznego.

Wobec braku badań drobnowidzowych wydzieliny ropnej, jak również mając na względzie liczne ogniska chorobowe, wreszcie stosunkowo szybki i zupełny powrót do zdrowia u B. stwierdzony, zdaje się, że opisany przypadek raczej za ropnicę o charakterze przewlekłym, niż za cierpienie gruźlicze wieloogniskowe uważać należy.

(*Revue de Chirurg.* N. 1. Janvier. 1893).

K. Niedzielski.

74. A. Christern. Przyczynę do kazuistyki: meningocèle spuria traumatica.

Do 22-ch zebranych przez BAYERTHAL'a przypadków *meningocèle spuria traumatica* należy dołączyć trzy świeżo obserwowane w Frejburgskiej klinice chirurgicznej.

1) Dwuletni chłopiec, po upadnięciu na głowę z wysokości 2½ metra na twardy grunt, utracił na 3 godziny przytomność, za prawem zaś uchem niezwłocznie uformował się guz, który szybko dosięgnął wielkości kaczego jaja. Po kilku tygodniach dziecko przyszło do zupełnego zdrowia, guz jednak pozostał, powodując czasami bóle w uszkodzonej okolicy. Po siedmiu miesiącach nastąpił znów uraz w czoło odpadającym wiórem przy rąbaniu drzewa: tylko skóra była cokolwiek zadrażniona, lecz dziecko wnet padło bez przytomności, zaczęły się drgawki, które powtórzyły się po ośmiu tygodniach; podczas obu napadów guz był więcej napężonym i sterczącym. Od tego czasu dziecko apatyczne, uciskanie guza wywołuje niepokój, lewe kończyny w stanie bezwładu. Po dziewięciu miesiącami nastąpiło polepszenie; pozostała wszakże pewna niezborność (*ataxia*) ruchów lewych kończyn wraz z nieprawidłowym oddziaływaniem ich mięśni przy badaniu elektrycznością. Badanie wówczas wykazało: głowa duża, obwód jej w płaszczynie *protuberantiae accipitalis et glabellae* z prawej strony większy o 2,3 ctm. niż z lewej, między prawą kością ciemieniową i potylicową pod prawidłową skórą wyczuwa się owalna z ostrymi biegunami kostna luka, której brzegi nie zupełnie są równe. Gdy chory leży, znajdujemy w tem miejscu płasko sklepiony guz, tętniący równocześnie ze skurczami serca [tętnienie i przy stojącej pozycji].

2) Półtoraroczna dziewczynka, uległa urazowi w głowę o kant szafy. Po sześciu miesiącach spostrzeżono na miejscu uszkodzenia guz wielkości orzecha laskowego. W czwartym roku życia w klinice stwierdzono guz chęlboczący, sterzący w tylnej trzeciej części szwu strzałkowego. Guz znika przy naciskaniu, przy pozycji stojącej wykazuje mniejsze naprężenie; obwód jego odpowiada zagłębieniu ze zgrubiałymi nieco brzegami. Ogólny stan dziecka pomyślny.

3) Dwuletnie dziecko uderzyło się głową o kant progu, skutkiem czego na miejscu urazu niezwłocznie wystąpił guz. Po kwartale w guzie powstały bóle, w lewym zaś oku zez. Badanie wykazało między kością potylicową i lewą ciemieniową miękki guz chęlboczący i tętniący; zawarty w nim płyn zmniejsza się, gdy chory stoi. Guz otoczony jest kostnym wałem nieprawidłowego kształtu, w głębi jest twardszy, po środku wyczuwa się lukę. Poza tem stwierdzono lewostronny niedowład mięśni oka i objawy poczynającego się zaniku nerwów wzrokowych szczególnie z lewej strony.

W opisanych przypadkach nastąpiło pęknięcie czaszki z rozdarciem twardej opony mózgowej, przylegającej w dziecięcym wieku szczelnie do kości i wylaniem się pod powłoki czaszki płynu mózgo-rdzeniowego. Powstały tym sposobem guz pokryty jest zdrową, uwłosioną skórą i otoczony u podstawy kostnym wałem, który wytworzyła odluszczone przez wylew krwawy i podrażniona okostna. Zawartość guza stanowi płyn mózgo-rdzeniowy lub w pierwszej chwili krwistek [przypadek 1-szy i 3-ci]. Z czasem pęknięcie kości tworzy kostną lukę, najprzód skutkiem szybkiego wzrostu dziecięcego mózgu, a zatem znacznego rozpierania podatnych kości, dalej dzięki sprawom wessania się na brzegach pęknięcia, wreszcie wskutek zmniejszonego grubienia kości przy krwistkach [BERGMANN]. Po dojściu do pewnej wielkości guz ulega przemianie wstecznej, z czasem pozostaje tylko kostna luka, przez którą może przedostawać się płyn jedynie przy zwiększonym wewnątrz-czaszkowym ciśnieniu, np. przy poziomem położeniu, głębszem oddechaniu, napadach drgawek i t. p..

Ogólne objawy w pierwszym przypadku niezwłocznie po urazie spowodowane były wstrząśnieniem mózgu; pierwsze drgawki wystąpiły jako wynik pobudzenia, główną zaś rolę należy przypisać zgrubieniom kostnym, nierównościom opon mózgowych i t. p.. Niedowład kończyn tłómaczy się uszkodzeniem samej istoty korowej, jak również krwawieniem w okolicy prawego zwoju centralnego podczas drgawek, które nastąpiło skutkiem zastoju w żyłach.

W trzecim przypadku uszkodzenie czaszki odpowiada domniemanemu ośrodkowi wzroku; skutkiem następujących zmian w owym ośrodku wystąpił poczynający się zanik nerwów wzrokowych (*atrophia descendens*).

Bóle głowy w drugim i trzecim przypadku wywoływane były przemijającymi wahaniem w ciśnieniu wewnątrz-czaszkowym. Rokowanie jest w ogóle niepomyślne ze względu na możliwość powstawania spraw patologicznych w mózgu i dla braku dostatecznej zewnętrznej osłony tak ważnego narządu. Leczenie wy-czekujące; czepek ochronny z pożytkiem stosować można.

(*Beiträge zur klin. Chir. IX Band. 2 Heft. 1892*).

L. Kozicki.

Wiadomości bieżące.

— Do licznego szeregu środków antyseptycznych przybył, jak nam wiadomo z „Wiadomości Terapeutycznych“ [Gazeta Lekarska r. 1892 str. 925], nowy — diafteryna (*Orychinaseptol*). Świetne wyniki, jakie daje diafteryna przy leczeniu niektórych cierpień nosa i ucha, skłoniły D-ra F. ROHRER'a do dokładniejszego wypróbowania antyseptycznych własności tego środka. W tym

celu D-r ROHRER brał 0,05%, 0,1%, 0,2%, 0,3%, 0,4%, 0,5% i 1% rozczyzny diaferyny i 1—4 krople tych roztworów dodawał do próbek, zawierających 9—12 ctm. bulionu. W pewnej liczbie próbek przedtem zacierano: *Staphyl. pyog. aur.*, kilka pasożytów karbunkułu, resztę zakażono ropą z ucha, otrzymaną przy *otitis media purulenta chron.*. Otóż R. przekonał się, że diaferyna powstrzymuje rozwój czystych i mieszanych hodowli: dolanie 2—4 kropli 1% rozczyynu zabija hodowle w 9—12 ctm. bulionu *Staphyl. pyog. aur.* jak również pasożyty karbunkułu; do mieszanej hodowli z ropy usznej wystarczają trzy, cztery krople tegoż rozczyynu na 12 ctm. bulionu. (*Centralbl. für Bakteriologie und Parasitenkunde. Nr. 17. 1893.*)
T. A.

— Podczas ostatniej epidemii błonicy, jaka grasowała w szpitalu dzieciennym w Bazylei, D-r E. FEER obserwował kilka przypadków właściwej błonicy z przebiegiem podobnym do *angina catarrhalis*. Dwoje dzieci, do których stosują się owe spostrzeżenia, zachorowało naraz na zapalenie gardła z niewielką gorączką. Przy oglądaniu gardła skonstatowano lekkie zaczerwienienie błony śluzowej i obrzmienie migdałków, ani śladu jakiegokolwiek dyfterytycznego wysięku. W tym samym pokoiku leżało dziecko z *periton. tuberc.*, które nie przedstawiało żadnych objawów, ani ogólnych, ani nawet miejscowych zakażenia błonicowego. Tymczasem we wszystkich trzech przypadkach szczepienia śluzowatej wydzieliny z migdałków na surowicy krwi, na bulionie, na żelatynie, kilkakrotnie powtórzone z wielką ostrożnością, dostarczyły bujnych hodowli pasożytów LÖFFLER'a. Nie ulega więc wątpliwości, iż we wszystkich tych przypadkach miało miejsce zakażenie błonicowe. Późniejsze doświadczenia na świnkach morskich w zupełności potwierdziły rozpoznanie. Dlaczego zaś błonica u tych trojga dzieci miała tak łagodny przebieg, gdy w innych przypadkach kończyła się śmiercią, Dr. F. tłumaczy w części odpornością organizmu, w części zaś wczesnym rozpoznaniem i wczesnym zastosowaniem płukanki 3% rozczyntem karbolu. (*Correspondenz-Blatt f. Schweizer-Aerzte. Nr. 8. 1893.*)
T. St.

— Wobec tego, że okres wylegania w tężcu trwa nieraz około 14 dni i więcej, D-r BÜDINGER postawił sobie pytanie: czy czasem gruczoły chłonne nie powodują tego powstrzymania zakażenia? W tym celu przedsięwziął szereg doświadczeń na królikach i świnkach morskich, którym szczepił zakażoną ziemię lub drzazgi, które pozostawały czas jakiś w ropie tężcowej. Po śmierci zwierząt wyluszczał ich gruczoły chłonne i przeszczepiał innym. Te ostatnie także ginęły przy objawach tężca, występujących z różną szybkością. Usiłował też autor powstrzymać zakażenie, wyluszczając gruczoły przy pierwszych objawach tężca, lecz zwierzęta ginęły od narkozy. Na zasadzie tych doświadczeń wyprowadza autor następujące wnioski: 1) co najmniej, w pewnej części zakażenie tężcem następuje za pośrednictwem dróg chłonnych, które w ten sposób przedstawiają wtórne ogniska zakażenia, a nie wprost przez pnie nerwowe, jak to utrzymują niektórzy i 2) w odpowiedniej chwili wykonane wyluszczenie chorych gruczołów mogłoby zapobiedz zakażeniu organizmu. (*Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 16. 1893.*)
L. W.

— W 1891 roku ogłosił PALTAF pierwszy przypadek wrośnięcia wola do krtni. Obecnie drugi podobny przypadek opisuje w *Deutsche medic. Woch. w Nr. 11* z r. b. E. MEYER. Chory, 59-letni mężczyzna, po użyciu jodku potasu, czuje znaczną poprawę.
J. W.

— Prof. J. WOLFF komunikuje ciekawe spostrzeżenia i doświadczenia swoje, dotyczące się ekstyrpacji wola. Zdaniem tego autora, śmierć podczas operacji, lub też wkrótce po niej następuje w większości przypadków wskutek nagromadzenia się w gardzieli masy śluzu, który dostaje się tam z żołądka przy ruchach wymiotnych podczas narkozy. Zdaniem W., przez usunięcie wspomnianego śluzu można często uratować chorego od niechylnej śmierci. Co się tyczy losu reszty wola, pozostałego po częściowem wyluszczeniu gruczołu tarczowego, to okazało się, że w większości przypadków pozostała reszta gruczołu znacznie się zmniejsza, przyczem często marskość ta pozostaje na zawsze, w pewnej zaś liczbie przypadków, mniej więcej po upływie kilku lat, następują nawroty i tym ostatnim można, zdaniem W., zapobiedz przez staranne odpreparowanie powłoki wola od krtni na całej jego rozciągłości. Najlepsze wyniki przy wyluszczeniu wola otrzymał W. za pomocą ulepszonej przez siebie śródpowłokowej ekstyrpacji (*intra-capsuläre Excirpation*) z zastosowaniem metodycznego ucisku na ranę. Przy wykonywanej w ten sposób operacji unika się znaczniejszych krwawień i możliwości uszkodzenia nerwu wstecznego (*Nervus recurrens*). (*Deutsche med. Woch. 1893. Nr. 11.*)
J. W.

-- Wyszedł z druku zeszyt majowy [Nr. 53] „Odczytów klinicznych“. Zawiera on pracę kol. A. SOKOŁOWSKIEGO: „Leczenie klimatyczne suchot płucnych“.

— Nakładem „Kasy MIANOWSKIEGO“ wyszedł przekład polski I-go tomu dzieła „*Traité de médecine*“, wychodzącego w Paryżu pod redakcją CHARCOT'a, BOUCHARD'a i BRISSAUD'a. Na ogromny ten tom, 966 stronice mający, złożyły się prace: 1) CHARRIN'a: Patologia ogólna zakażeń, będąca prawdziwą nowością, bo nie spotykana w dotychczasowych podręcznikach patologii. 2) LE GENDRE'a: Zaburzenia i choroby odżywiania, w której autor, wypowiedziawszy pogląd na sprawę odżywiania i na skłonności chorobowe [diatezy], oraz na sposób, w jaki choroby wywołują zmiany w odżywianiu, przechodzi szczegółowo choroby odżywiania: krzywicę, osteomalację, otyłość, kamieć żółciową, moczową, moczówkę cukrową, artrytyzm i gościec przewlekły postępowy. 3) ROGER'a: Choroby zakaźne wspólne ustrojowi człowieka i zwierząt: karbunkuł, nosaczyna, wścieklizna, gruźlica i promienica. W dziele tem znajdzie czytelnik mnóstwo wiadomości najnowszych, zebranych systematycznie, będących wynikiem badań lat ostatnich, a których naprózno by szukał w wydanych dotąd po polsku podręcznikach patologii. Z tych więc względów można przewidzieć szybkie rozsprzedanie książki, zwłaszcza wobec niskiej jej ceny [rs. 4]. Dwie pierwsze prace dzieła tego spolszczył kol. S. MARKIEWICZ, trzecią kol. A. CIĄGLIŃSKI. Im więc, jak i nakładcy, wdzięczni być winniśmy za przyswojenie tego dzieła polskiej literaturze lekarskiej.

— Plany nowego szpitala starozakonnych w Warszawie, a mianowicie plany budynków administracyjnych i gospodarczych, oraz pawilonów dla chorych umysłowych, zakaźnych i piersiowych, przedstawione władzy, uzyskały już ostateczne jej zatwierdzenie. Ponieważ plac już zakupiony i ogrodzony, a w kasie znajduje się dostateczna dla rozpoczęcia budowy kwota, zebrana ze składek, komitet postanowił bezzwłocznie do czynności przystąpić i budowę w ciągu kilku tygodni rozpocząć. Ponieważ niedogodnym bardzo, prawie niemożliwym jest rozdzielenie szpitala na dwie części, nawet przez czas krótki, plany pozostałych pawilonów będą wkrótce ostatecznie wykończone i poddane pod rozpatrzenie władzy. Nie można wątpić, że składki, których napływ zwolnił przez długi czas prac przygotowawczych, posypną się znowu obficie i że w ciągu dwóch lat ta wspaniała, a tak konieczna i tak długo oczekiwana budowla zostanie oddana do użytku chorych i nauki.

— Z nadesłanego nam przez kol. EBERSA sprawozdania z ruchu i czynności zakładu wodoleczniczego w Krynicy za rok 1892, dowiadujemy się, iż w roku tym leczono się w zakładzie osób 748 [410 mężczyzn i 338 kobiet] to jest o 80 osób więcej niż w r. 1891. Co do wyników leczenia, to 445 osób wyleczyło się zupełnie, 220 doznało znacznego polepszenia, a tylko 19 chorych, czyli 2½% wyjechało bez poprawy.

— Koledzy, chcący udać się na tegoroczny międzynarodowy kongres lekarski w Rzymie, mogą otrzymać bezpłatnie w redakcyi naszego pisma karty zgłaszania się oraz program kongresu.

— Literaturę lekarską niemiecką lat ostatnich cechuje skłonność do wydawania słowników i encyklopedyi lekarskich. Zaledwie ukończono 2-ie wydanie [tomów XXII] EULENBURG'a „*Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde*“, której corocznie, jako dopełnienie, wychodzi tom. p. t.: „*Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde*“, a już obecnie wychodzą w Wiedniu jednocześnie: „*Diagnostisches Lexikon für praktische Aerzte*“, redagowany przez D-ów BUM'a i SCHNIRER'a „*Therapeutisches Lexikon für praktische Aerzte*“ wydanie II, przez tegoż D-ra BUM'a „*Real-Lexikon der medicinischen Propädeutik*“ redagowany przez prof. GAD'a z Berlina, wreszcie najmłodsze z wydawnictw „*Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften*“, redagowane przez prof. DRASCHE w Wiedniu. Ta ostatnia, której nadesłano nam I zeszyt, ma sposobem alfabetycznym traktować całą medycynę. Z polskich współpracowników w tem ostatnim wydawnictwie spotykamy nazwiska D-ra HIGIERA i PAWIŃSKIEGO z Warszawy, OBALIŃSKIEGO z Krakowa i SOBIERAŃSKIEGO z Marburga.

Sprostowanie. W N-rze 20 Gazety Lekarskiej na str. 531 w wierszu 6 od góry po wyrazach: „dokonanej poprzednio irydektomii“, winno być: „już po 2 miesiącach. SCHWEIGGER obchodził się bez irydektomii“.

Zmarł: MOLESCHOT, profesor fizjologii w Rzymie.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 13 Мая 1893 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.

Wielki medal srebrny na wystawie w Paryżu 1878 r.
Potwierdzenie wielkiego medalu srebrnego na wystawie w Paryżu 1889 r.

WODY MINERALNE
CONTREXÉVILLE
nadają się specjalnie
do leczenia chorób
dróg moczowych,
kamicy, niezżytów
pęcherza, podagry,
cierpień mącznych
i kolek wątrobowych
i nerkowych.

WODA MINERALNA
ZE ŹRÓDŁA
du Pavillon
NIE TRACI NA SWEJ
SKUTECZNOŚCI WSKUTEK
TRANSPORTU.

ŹRÓDŁO DU PAVILLON

jedynie uznane za pożyteczne.

WODA MINERALNA NATURALNA
CONTREXÉVILLE.

GŁÓWNY SKŁAD

31, Boulevard des Italiens, 31.
oraz 29, ulica de la Michodière, 29
W PARYŻU.

Każda butelka wody
wysyłanej przez
Zarząd jest zamknięta
kapslem, posiadającym
napis:
**EAU MINÉRALE DE
CONTREXÉVILLE:
Source du Pavillon.**

Na etykietce powinna
być pieczętka Towa-
rzystwa.

(Podobizna etykiety jaką winny być opatrzone butelki wody ze źródła du Pavillon).

Żądać wody ze źródła du Pavillon, jedynego uznanego za użyteczne).

26—1

C. K. NAJWYŻSZE UZNANIE

Złote Medale: Paryż, Amsterdam, Barcelona.

MIEJSCOWOŚĆ LECZNICZA GLEICHENBERG

Wzniesienie nad poziom morza 290 metrów. Początek sezonu 1-go Maja.

Źródło szesawy i alkaliczno-murawyeczno-żelazistej.

Leczenie inhalacyjami i rozpyleniami roztworami soli źródłowej i wyciągu z igieł sosnowych. Kamera pneumatyczna. Aparaty respiracyjne. Kąpiele z kwasem węglanym. Kąpiele żelaziste z igieł sosnowych i z wody słodkiej. Zakład hydro-patyczny. Serwatka kozia. Kefir. Mleko prosto od krwi.

Prospekty wysyła gratis Dyrekcya w Gleichenbergu.

Dyplomy honorowe w Graz i Tryjeście.

Stany podrażnienia kataralnego i zaburzenia nerwowe po Influenzy oraz po zapaleniu płuc, jak również świeże i zastarzałe katarę organów oddechania najszybciej ustępują przy użyciu wody:

Constantinquelle.

Dla dzieci i osób wrażliwych odpowiedniejszą jest woda:

Emmaquelle.

Dyrekcya wysyła wodę z obu źródeł.

5—2

UZDROWISKO SALZBRUNN NA SZLĄZKU.

Stacya drogi żel. 407 metr. nad pow. morza, umiarkowany klimat górski, sezon od 1 Maja do końca Września. Źródła alkaliczne pierwszorzędne. Słynny zakład żętyczny. Racyonalne urządzenia do sterylizacji mleka i dezynfekcyi. Zakłady kąpielowe. Masaż. Gabinet pneumatyczny. Urządzenie wytworne. Mieszkania na wszelkie ceny. Skuteczne wody w cierpieniach organów oddechowych, oraz żołądka, w cierpieniach nerek i pęcherza, reumatyzmach, hemoroidach i diabetes, nadto wskazane dla niedokrwistych i rekonwalescentów. Wysyłka głównego źródła od r. 1601 znanego

OBERBRUNNEN

10—5

przez st. Furbach i Strieboll. Szczegółów udziela Księż. Pless'a Dyrekcya Kąpielowa.