

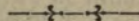
GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO SZP. STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

I. WYCIĘCIE NOWOTWORU WĄTROBY (*Excisio neoplasmatidis hepatis*).

Dokonał i opisał

Dr Jakób Rosenthal,
ordynator oddziału.



Jakkolwiek GLUCK w 1883 r. podał wyniki doświadczeń swoich nad wycięciem częściowym wątroby, które wykazały, iż u królika można usunąć $\frac{1}{3}$ część narządu tego, bez szkody dla prawidłowego stanu zwierzęcia, a dopiero wycięcie $\frac{2}{3}$ części jednorazowo sprowadzało po 4—5 dniach śmierć, to jednakże szczególna budowa miąższu wątroby, sprzyjająca szybkiemu rozszerzeniu się, z początku bardzo nawet ograniczonego stanu chorobowego tejże, na obszerną przestrzeń; trudność rozpoznania przy niewielkich ogniskach choroby; przebieg utajony, dopóki znaczniejszy obszar wątroby sprawą chorobową nie został zajęty; obawa przed krwotokiem niemożliwym do powstrzymania i przed zapaleniem otrzewnej, powodowanem wyciekaniem żółci do jamy jej: były przyczyną, dla której operatorzy, pomimo wydoskonalającej się coraz bardziej techniki chirurgicznej, obawiali się dokonywać rękoczynów w przypadkach chorób wątroby. Nowsza jednak statystyka obrażeń wątroby, jakoteż nieliczne jeszcze doświadczenia przy operacjach przedsięwziętych na niej, wykazały, że obawie krwotoku i zapalenia otrzewnej, owym dwóm największym niebezpieczeństwom, nie należy tak doniosłego znaczenia, jak poprzednio to czyniono, przypisywać, i że przy dzisiejszej udoskonalonej technice, można odważyć się na wycięcie mniejszej lub większej części tego narządu.

Pierwszy BILLROTH w 1884 r. uskutecznił przyszycie odcisnionego płatu wątroby (*Schnürlappen*) do otrzewnej przedniej ściany brzucha [v. HACKER. *Wiener med. Woch* 1886. № 14 i 15], czego też powtórnie dokonał D-r TSCHERNING (*Centr. f. Chir.* 1888. № 23). Oba przypadki zakończyły się wyzdrowieniem.

LANGENBUCH (*Berl. klin. Woch.* 1888. № 3) opisuje przypadek, w którym wyciął płat odcisnięty, ważący 370 gramów, a będący częścią lewego płata wątroby. Pomimo następczego nader obfitego krwotoku do jamy brzusznej, dla wstrzymania którego ponownie otwarto ranę brzuszną, przypadek ten skończył się pomyślnie.

BRUNS wyluszczył w całości bąblowca wątroby przez częściowe wycięcie prawego płata wątroby u kobiety 44-letniej, która po 14-tu dniach wyzdrowiała [C. GARRÉ. *Beiträge zur Leberchirurgie* w *Beiträge für klin. Chirurgie* v. BRUNS, CZERNY *etc.* Bd. IV, Heft 1, referat w *Centrbl. f. Chirurgie*. 1889. № 18].

TILLMAN na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Lipsku d. 28 maja 1889 r. przedstawił 40-letnią kobietę, u której dokonał wyluszczenia guza wątroby, będącego gumatem syfilitycznym (*gumma syphiliticum*). Chora wyzdrowiała. (*Schmidt's Jahrbücher*. 1879. T. 223).

SKLIFASOWSKIJ w Moskwie w 1889 r. wyciął nowotwór wątroby (*fibromyoma lipomatosum sarcomatodes*) u kobiety 24-letniej, pochodzący z płata kwadratowego. Chora wyzdrowiała. [Wracz. 1890. № 27].

HOCHENEGG, na klinice prof. ALBERT'a w Wiedniu, wyciął w 1889 r., po wyluszczeniu pęcherzyka żółciowego, brzeg prawego płatu wątroby rakowato nacieczony, długości 4,5 ctm.. Chora wyzdrowiała. (*Wiener klinische Wochensch.* 1890. № 12).

Na kongresie chirurgów niemieckich w Berlinie w 1890 r. PONFICK (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, XIX. Congress. 1890, str. 20) podał dokonane przezeń doświadczenia na zwierzętach, mające nadzwyczajną doniosłość dla dalszego rozwoju rękoczynów chirurgicznych na wątrobie. Wynikiem doświadczeń tych było, iż można zwierzętom usunąć $\frac{3}{4}$ części wątroby bez zagrożenia ich życiu, co tłumaczy tem, że natychmiast po operacji następuje nadzwyczaj silne wytwarzanie się nowej tkanki wątrobowej. Na dowód pokazał kilka świeżych preparatów z dopiero co zabitych królików; między nimi jeden, u którego po wycięciu 81 gramów wątroby, t. j. dobrych $\frac{3}{4}$ tego narządu, po 2 miesiącach znaleziono 102 gramy wątroby. Ilość ta wynosi więcej niż waga wątroby normalnej u królika.

Na tem samym posiedzeniu WAGNER z Königshütte okazał preparat częściowo wyluszczonego płatu odcisnionego wątroby, powstałego u kobiety 44-letniej w ciągu lat 4-ech, jako następstwo *hepatitidis syphiliticae*. Przypadek ten, operowany w 1889 r., zakończył się śmiercią w kilka godzin po operacji, skutkiem krwotoku do jamy brzusznej.

LAUENSTEIN z Hamburga mówił o dokonanej przez się operacji u kobiety 40-letniej; podczas operacji wyciął płat odcisniony wątroby, pochodzący ze zrazu SPIEGEL'a. Operowana umarła po 12-stu dniach z posocznicy, a sekcja wykazała wątrobę syfilityczną.

Prof. ALBERT wyluszczył w d. 7 października 1890 r. z prawego płata wątroby gumat syfilityczny (*gumma syphiliticum*), którego średnica wynosiła 8 ctm.. Przypadek zakończył się pomyślnie. [HOCHENEGG. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1890. № 52].

Prof. LUECKE w Hamburgu w d. 22 listopada. 1890 r. wyciął rakowato zwyrodniony lewy płat wątroby; chora wyzdrowiała. [*Centr. f. Chir.* 1891. № 6. str. 115].

TERRILLON 20 stycznia 1891 r. odcisnął za pomocą podwiązki elastycznej kawałek wątroby, wypełniony małemi torbielami wodnemi (ref. w *Centralbl. für Chirurgie*. 1891 r. № 38).

W. W. KEEN z Filadelfii wyciął w 1891 r. guz wątroby, który okazał się być *cystoadenoma*; chora wyzdrowiała. (*Boston med. and Surg. Journal*. CXXVI. April. 1892. Referat w *Schmidt's Jahrbücher*. T. 236, str. 154).

G. B. SCHMIDT z Heidelberga operował w d. 12 sierpnia 1892 r. z powodzeniem guz wątroby, który okazał się być syfilomatem, a rozpoznany był jako guz poprzeczniczy (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893 r. № 8; referat w *Gazecie Lekarskiej*. 1893 r. № 27).

Na tegorocznym XXII kongresie chirurgów niemieckich, odbytym w Berlinie w miesiącu kwietniu r. b., prof. BERGMANN przedstawił chorą, u której na początku marca r. b. dokonał z dobrym skutkiem wycięcia guza wątroby. Guz okazał się być *cystoadenoma*, powstały z torbielowatych rozszerzeń nowowytworzonych przewodów żółciowych.

Na tem samym posiedzeniu kongresu W. MUELLER z Akwizgranu opowiedział o przypadku *cystoadenomatis* wątroby, powstałym w ten sposób jak w przypadku przedstawionym przez prof. BERGMANN'a, a który rozpoznany był jako torbielak jajnika. Przy operacji dopiero wyjaśniło się, że guz pochodził z wątroby; chora wyzdrowiała po 4-ech miesiącach.

M. SCHMIDT z Polzina opowiedział o operacji, dokonanej przez się przed 6-u laty u kobiety 60-letniej, kachektycznej, u której rozpoznanie brzmiało na guz i powiększenie wątroby. Przy operacji okazało się, że był to guz wątroby, po nacięciu którego, znaleziono jamę, wypełnioną krwawo-zgorzelinową masą. Jamę wyłęczkowano i wypełniono gazą jodoformową. Wyzdrowienie zupełne po 2-u miesiącach, a wątroba wróciła do swojej zwykłej objętości. Obecnie, po 6-ciu latach, operowana jest zupełnie zdrową.

Prof. BARDELEBEN donosi, że przed dwoma laty dokonał wycięcia mięsaka wątroby. Do obecnej chwili niema odnowienia się nowotworu.

KOENIG z Göttingen sądzi, iż jest jednym z pierwszych, który wyciął znaczny guz wątroby. Dotyczy to przypadku opisanego przez HUETER'a w 1886.

CZERNY z Heidelberga opisuje przypadek G. B. SCHMIDT'a, podobny do przedstawionego przez BERGMANN'a; użyto tu z powodzeniem ligatury elastycznej na zewnątrz ścian brzusznych.

KUESTER z Marburga operował raka pęcherzyka żółciowego, który rozprzeździł się na wątrobę. Pomimo zastosowania metody TERRIER'a, która zapobiega wszelkiemu krwawieniu, guz nieodcisnął się, a chora zmarła z posocznicy. (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*. XXII Congress. *Deutsche Med. Wochenschr.* 1893. № 16 i *Centrblt. f. Chirurgie*. Beilage zur №. 30. 1893).

Do powyższych przypadków, wyszukanych przezemnie w dostępnej mi literaturze, a których ilość nie jest tak dużą, gdyż zaledwie wynosi 20 przypadków, pozwalam sobie dołączyć następujący, przezemnie operowany.

Dnia 23. V. r. b. przybyła do oddziału mego Rywa Laja S... z Warszawy, mężatka, lat 41 licząca. Opowiedziała mi, iż przed 17-tu laty wyszła zamąż; rodziła pięcioro dzieci, ostatnie przed dwoma laty. Po ostatnim porodzie po raz pierwszy pojawiła się miesiączka na 5 dni przed przybyciem chorej do szpitala i trwa jeszcze obecnie. Przed sześcioma tygodniami zauważyła ogólne osłabienie i brak sił; zaczęła chudnąć, straciła łaknienie i pojawiły się mdłości i wymioty. Z po-

wodu tych ostatnich dolegliwości udała się o poradę do specjalisty, który, znalazłszy guz w dole brzucha, skierował ją do szpitala. W ten sposób chora znalazła się w moim oddziale.

Szатыnka, nędznie odżywiona, o barwie twarzy bladoziemistej i bardzo cienkim pokładzie tkanki tłuszczowej podskórnej. W płucach i sercu nie znalazłem nic nieprawidłowego. Brzuch powiększony, lecz nie wzdęty; wypróżnienia codzienne. W jamie brzusznej wyczuwa się guz twardy, okrągły.

Z powodu nieskończonej regularności badanie części pleiowych uskuteczniłem dopiero w d. 27 maja w obecności kol.: ZWEIFELA, JUROWSKIEDO, LEBENSBAUMA i WARSZAWSKIEGO, przyczem znaleziono macicę niepowiększoną, ruchomą, sklepienia pochwy wolne. Guz, wielkości głowy, zajmuje dolną część jamy brzusznej; jest on twardy, ruchomy ku górze i na boki, lecz związku z macicą nie można stwierdzić. Przy wypukiwaniu guza odgłos tępy; powyżej guza wszędzie odgłos bębnekowy; granice wątroby normalne; między guzem a wątrobą odgłos bębnekowy.

Niektórzy z obecnych przy badaniu kolegów skłonni byli uważać guz ten za torbiel skórzastą (*cysta dermoidalis*) jajnika, ja zaś, nie znajdując żadnego związku z macicą, jakoteż powodując się ruchomością guza w pewnym tylko kierunku, miałem wątpliwość co do rozpoznania i skłonny byłem do przypuszczenia, iż siedliskiem guza jest sieć, a nawet może i wątroba, jakkolwiek żadnego związku guza z tą ostatnią wykryć mi się nie udało. Przypuszczenie to moje zakomunikowałem kolegom, oczekując rozwiązania na stole operacyjnym.

W d. 29 maja o godz. 10^{3/4} przystąpiłem do celotomii przy łaskawej pomocy kol. CHWATA i JUROWSKIEGO i w asystencji kol. LEBENSBAUMA, WARSZAWSKIEGO, WEISSBLATA i WERTENSTEINA. Po zachloroformowaniu chorej, gdyśmy ją ułożyli na równi pochyłej, guz odrazu przesunął się w górę, w okolice nadpępkową. Otworzywszy ścianę brzuszną na linii środkowej cięciem, sięgającym powyżej pępka, znalazłem w jamie brzusznej guz wielkości główki dwuletniego dziecka, barwy niebieskawo-brunatnej, twardy, o powierzchni nierównej, garbowatej. Guz ten połączony jest z dolnym brzegiem lewego płata wątroby, z pod którego wychodzi. Na przedniej powierzchni jego znajdujemy pęcherzyk żółciowy, zupełnie prawidłowy, wypełniony żółcią. Odsunąwszy na bok pęcherzyk żółciowy i oddzieliwszy tępo palcami połączenie dolnego brzegu lewego płata wątroby od guza, przekonałem się, iż guz ten jest nowotworem zrazą SPIEGEL'a. Wtedy wydobyłem go z jamy nad powłoki brzuszne, podwiązałem i przeciąłem wiąz obły; na górną część guza, węższą, stanowiącą jakby szypułę, a będącą częścią zrazą SPIEGEL'a, założyłem, jak mogłem, najwyżej, starając się o zajęcie w zdrowych tkankach, ligaturę elastyczną i tę mocno zacisnąłem; następnie na wysokości 2 ctm. pod ligaturą guz klinowo odciąłem. Zrównawszy powierzchnię odcięcia, zeszyłem ją szwami jedwabnymi sposobem ZWEIFEL'a (*ligatura continua*), zajmując zarazem i powłokę otrzewnową szypuły. Przez szypułę tak zaopatrzoną przeprowadziłem grubą igłę i utwierdziłem ją nad powłokami brzuszными. Następnie przystąpiłem do zeszywania cięcia brzuszного: otrzewną ścianą zeszyłem katgutem, przyszywając ją nad ligaturą elastyczną do otrzewnej szypuły, mięśnie zaś i skórę spoilem szwami węzełkowymi jedwabnymi. Szypułę, utwierdzoną w powyższy sposób nad powłokami brzuszными, przyżegłem

chlorkiem cynku. Opatrunek zwykły gazą jodoformową; na brzuch pęczarz z lodem. Krwawienie podczas operacji było nadzwyczaj małe. Operacya trwała około godziny.

Po operacji chora, podczas dwóch pierwszych dni czuła nieznaczne bóle w brzuchu. Ciężota ciała podczas całego przebiegu pooperacyjnego wahała się między 36,8° a 37,5°, przy tętnie 84—96. Piątego dnia, gdy ligatura zaczęła szypulę przerywać, żegadłem PAQUELIN'a odpałem tę ostatnią nad ligaturą, powstała stąd jamka, idąca skośnie ku górze, zarosła od dołu i z boków, a na dnie której znajdowała się przypalona reszta szypuły; jamkę tę wytamponowałem gazą jodoformową. Siódmego dnia zdjąłem szwy brzuszne; *prima intentio* na całej przestrzeni. Żadnych dolegliwości ze strony żołądka i kiszek; chora znacznie się poprawiła, siły się wzmogły, łaknienie dobre; ziemiste zabarwienie twarzy znikło. Jamka, wypełniając się, przy odpowiednim leczeniu jej, dobrą ziarniną, w zupełności zarosła, a pacjentka zupełnie zdrowa w d. 9 lipca, t. j. w sześć tygodni po operacji, wypisaną ze szpitala została.

Badania wyciętego guza dokonał łaskawie kol. ELSBERG, za co mu przy niniejszem składam nie podziękowanie. Oto wynik badania. Guz wątroby co do swej budowy makroskopijnej i mikroskopijnej nie jest jednorodny. Części guza przeważnie są czerwone, gąbczaste, na przekroju wypływa z nich ciemna krew; stopniowo ta tkanka gąbczasta przechodzi w tkankę wątrobową, mniej więcej normalnej budowy i barwy, wpadającej w odcień żółtawy. Z drugiej znów strony, inne części guza, w bezpośrednim znajdujące się z powyższemi częściami związku, są blade szarawe, jedne spoiście bardzo znacznej, włóknistej, inne bardziej miękkie, jakby surowicznym płynem napojone. Śledząc budowę tego guza na skrawkach drobnowidzowych, przekonywamy się, iż w normalnej tkance wątrobowej [ze stłuszczeniem nieco komórkami] naczynia i *intra-* i *interlobularne* są bardzo znacznie rozszerzone i uciskają komórki wątrobowe, a jednocześnie widać i pewne bujanie komórek tkanki łącznej międzyzrakikowej. W dalszym ciągu naczynia te stają się coraz bardziej szerokiemi, beleczki komórek wątrobowych coraz to wątlesze, komórki nikłe i ziarenkami barwnika wypełnione, a jądra w nich niewidoczne. Bliżej zaś środka takiego ogniska gąbczastego, czerwonego, beleczek komórek wątrobowych nie widać, a część ta guza składa się z bardzo szerokich naczyń, mocno krwią wypełnionych; ścianki tych naczyń są cienkie, oddzielające je tkanka łączna gdzieniegdzie wskutek ucisku przylegających naczyń zanika; wątłe ściany naczyń w odpowiednim miejscu również zanikowi ulegają i powstają komunikacje i zlewania się naczyń, jak w naczyniaku jamistym.

Takie miejsca naczyniakowe znajdujemy i pośród części guza, mających budowę włóknistą. Ta włóknista tkanka guza albo wychodzi wprost z tkanki międzyzrakikowej wątroby, albo z obwodowych części powyżej opisanej tkanki naczyniowej, tak, że stanowi jakby bujne podścielisko dla naczyniowych ognisk guza. Tkanka ta ma najzupełniejszą budowę tkanki włóknistej z poprzecznie i podłużnie przebiegającymi pęczkami tkanki, o komórkach podłużnie owalnych lub wrzecionowatych, małych, i dosyć obfitej, zbitej substancji międzykomórkowej. Pośród takich części guza widzimy gdzieniegdzie rozrzucone komórki

wątrobowe, o zmienionych kształtach, małe i przeciążone ziarnistym lub krystalicznym barwnikiem żółciowym. Niekiedy nawet cały zrazik wątrobowy, uciśnięty, mały, którego komórki są zbite w jedną masę, widać pośród tej tkanki włóknistej. Prócz tego przewody żółciowe mniejsze i większe, wysłane stożkowatymi komórkami, są rozrzucone pośród tej tkanki; przewody, które prócz nacieczenia komórkowego ścian, tak jak i w naczyniach to spotykamy, żadnym zmianom nie uległy. Miejscami pośród tej tkanki widać ogniska takiejże łącznej tkanki, ale miękkiej, jakby surowicą napojonej. Ma ona analogiczną, jak powyższa, budowę, tylko komórek ma nieco więcej, a substancja międzykomórkowa, zlekka włóknista, jest napęczniała, płynem surowicznym napojona.

Z budowy więc drobnowidzowej wnosić musimy, iż wycięty guz wątroby podciągnąć należy pod kategorię naczyniaka powikłanego włóknikiem (*angio-ma fibromatodes*), kombinacja, o ile wiadomo, niezmiernie rzadko się zdarzająca.

Rozpoznanie guzów wątroby, należy do bardzo trudnych. Błędy dyagnostyczne są tu bardzo częste i dopiero na stole operacyjnym lub sekcyjnym bywają sprawdzone. HENOCH [Choroby przyrzędów brzusznych] opisuje przypadek, w którym u kobiety rozpoznano torbiel prawego jajnika, na stole zaś sekcyjnym okazało się, że był to guz rakowaty wątroby, wielkości głowy dziecka, guz ten opuszczał się ku dołowi, był mało ruchomym i stał się powodem omyłki w rozpoznaniu. W. MUELLER z Akwizgranu i M. SCHMIDT z Polzina [o których wyżej wzmiankowano] również rozpoznali w przypadkach swoich torbiele jajnika i przy operacji dopiero błąd się ujawnił. SKLIFASOWSKIJ w przypadku swoim mówi: „ściśłego rozpoznania nie zrobiono: przypuszczałem związek guza z siecią lub trzustką, a najmniej zastanawiałem się nad możliwością związku jego z wątrobą, a to dlatego, że przy wypukiwaniu za każdym razem między guzem a wątrobą znajdowano przestrzeń, dającą odgłos bębnowy“. G. B. SCHMIDT z Heidelberga [powyżej wzmiankowany] w uwagach do przypadku swego powiada: „szczególną własnością tych szypułowatych guzów wątroby zdaje się być, iż często dają powód do błędnego rozpoznania. W dziewięciu przypadkach pomyślano tylko 3 razy o guzie wątroby, w sześciu zaś odnoszono je do rozmaitych przyrzędów jamy brzusznej, a raz nawet przypuszczano nerkę wędrującą“.

W ostatnich dopiero czasach, dzięki doświadczeniom GLUCK'a i PONFICK'a, zaczęto stosować zabiegi chirurgiczne przy nowotworach wątroby. Dotychczas były to „*noli me tangere*“ medycyny. Wyniki są, jak dotychczas, bardzo zadawalające, gdyż, jak z powyższego zestawienia operowanych przypadków widać, na 21 zrobionych operacji było trzy zejścia śmiertelne, co daje 13,6% śmiertelności. Przy udoskonaleniu się dalszem, przy operacjach dokonywanych na wątrobie, techniki operacyjnej, spodziewać się należy, iż odsetka śmiertelności znacznie się jeszcze obniży, tak jak to ma miejsce np. przy owaryotomii.

Dziwnem zaiste jest, że większa część operowanych guzów wątroby były to syfilomata, o czem dopiero przekonywano się podczas badania mikroskopowo-

wego wyciętego guza. Dlatego też w każdym przypadku guza wątroby należy przeprowadzić ściśle badanie chorego, ażali wywiady nie wykażą syfilisu; gdyż w takim razie zastosowanie leczenia swoistego możeby dało dobry wynik. W przypadku moim syfilis *a priori* wyłączyć można było, a badanie drobnowidzowe wykazało bardzo rzadki okaz naczyniaka z włókniakiem.

Co się tyczy metody operacyjnej, to sędzę, że tylko sposób zewnątrz-otrzewnowy jest przy wycinaniu guzów wątroby usprawiedliwiony i wskazany. Kruchość bowiem mięszu wątroby, a także nadzwyczajna cienkość otrzewnej i ścisły zrost jej z mięszem, są przyczyną, iż nakładanie szwów na wątrobę jest prawie niemożliwem, gdyż nadzwyczaj łatwo przy zawiązywaniu przeryniają tkankę i nie jesteśmy pewni zapobieżenia następczemu krwotokowi. W przypadku moim mimowolnie połączyłem metodę TERRIER'a, nie znając jej zupełnie, z metodą ekstraperitonealną. Myśl zastosowania powyższego sposobu operowania przysłała mi na zasadzie uskuteczniionych myomotomii. TERRIER bowiem podwiązuje guz ligaturą elastyczną [żgutem] i wyprowadziwszy go na zewnątrz, czeka, dopóki ligatura guza nie odciśnie; ja zaś nad żgutem guz odciąłem, a dla pewności po zasyciu trzonu [szypuły], co było zbytecznem, przyżegłem chlorkiem cynku. Sposób ten zapewnił mi dobry wynik, gdyż, gdyby nawet żgut nie był dość silnie zaciśniętym, to jednakże chlorek cynku, wywołując zgorzelinę suchą, usuwa o tyle o ile niebezpieczeństwo wessania pierwiastków rozpadowych i w ten sposób zabezpiecza od mogącej nastąpić posocznicy.

Dodać muszę, że pacyentkę widziałem w dniu 20 sierpnia, t. j. w 3 miesiące po operacji. Nie uskarża się na żadne dolegliwości, wygląd jej jest dobry i utrzymuje, że cieszy się zupełnem zdrowiem.

II. KILKA SŁÓW

O SPORZĄDZANIU I ZASTOSOWANIU SZYN KAUCZUKOWYCH PRZY ZŁAMANIU SZCZĘK.

Podał

Leon Goldberg,

lekarz-dentysta.

Nałożenie nawiązki na złamaną szczękę nie zawsze łatwo wykonać się daje, gdyż usta przy żuciu i przy mówieniu nie mogą się znajdować w ciągłym spokoju, przez co wszystkie prawie zastosowane przyrządy, jako to: BOYER'a, RUETENICK'a, SZYMANOWSKIEGO, MOREL-ZAVALI'ego i innych, bywają dla chorego niewygodne, uciążliwe i nie zawsze są w stanie utrzymać odłamki w należytem położeniu.

Najzupełniej za to odpowiada temu zadaniu szyna kauczukowa [ebonitowa], za pomocą której odłamki bardzo dobrze utrzymać się dają nawet przy ruchach żuchwy, co dla chorego, tak ze względu na przyjmowanie pokarmów, jakoteż i ze względu na mówienie, jest niezbędne.

Szyny kauczukowe nie są żadną nowością i stosowane już bywają od ćwierć wieku przeszło. Pierwszą taką szynę sporządził i zastosował przy złamaniu żuchwy D-r SANDS w Ameryce w 1863 roku. Do Europy przeniesiono ją w dwa lata później i pokazywał ją w Lipsku paryżanin WEBER w 1865 roku. Dentysta zaś HAUN z Erfurtu pierwszy umocował szyny kauczukowe za pomocą rozmiękczonej gutaperki, i te ostatnie zyskały sobie najwięcej praw obywatelstwa w desmurgii szczęk.

U nas D-r ORŁOWSKI pierwszy zastosował szynę kauczukową przy złamaniu szczęki dolnej i chorego wraz z przyrządem kauczukowym przedstawił na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, a sposób sporządzania szyny dosyć szczegółowo objaśnił ¹⁾.

W nowszych podręcznikach chirurgii można znaleźć wzmiankę i o szynach kauczukowych, nazwanych rygienkami, ale sposób sporządzania i zastosowania tychże jest zawsze opuszczony, a lekarz z tego powodu bywa zmuszony zastąpić szynę innym przyrządem, nie zawsze dla chorego znośnym.

Szyny kauczukowe powinny być zawsze sporządzone odpowiednio do każdego przypadku i to w sposób następujący: mając chorego ze złamaniem szczęki, najprzód zestawiamy odłamki i zalecamy pomocnikowi trzymać je w należytem położeniu; następnie dobieramy łyżkę [*Mundlöffel* ²⁾], odpowiadającą mniej więcej wielkości łuku szczękowego i wypełniamy ją całkowicie rozmiękczoną w gorącej wodzie masą STENT'a ³⁾. W braku masy można w taki sam sposób użyć wosku pszczelnego. Wprowadzając wypełnioną łyżkę do jamy ustnej, wciskamy odpowiedni wyrostek zębodołowy w rozmiękczoną masę. W ten sposób otrzymujemy odcisk ze złamanej szczęki. Tak samo postępując, przyrządzamy drugi odcisk ze szczęki zdrowej. Według obu tych odcisków robimy odlewy gipsowe obu szczęk.

Mając odlewy szczęk, zestawiamy je podług prawidłowego zwarcia się ich (*articulatio normalis*). Ustawione w ten sposób odlewy pozwalają nam łatwo rozpoznać, czy odłamki szczęki znajdują się w zupełnie prawidłowem położeniu; w razie niewielkiego nawet ich zboczenia, model szczęki obrażonej będzie skrzywionym na miejscu złamania i żujące powierzchnie zębów nie zejdą się szczelnie.

Tam, gdzie zestawienie odłamków bez wielkiego bólu uskutecznić się nie da, można zrobić odcisk bez zestawienia ich, poczem skrzywiony na miejscu złamania odlew gipsowy przerzynamy ostrożnie pilczką i, bacząc na artykulowanie obu odlewów szczęk, zostawiamy połówki przekrojonego odlewu tak, jakby się miało do czynienia z odławkami i następnie zlepiamy je gipsem.

Upewniwszy się o dokładności odlewów gipsowych, wstawiamy je w tak zwany artykulator ¹⁾, poczem na model po złamanej szczęce nakładamy nieco

¹⁾ Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z r. 1877, str. 384.

²⁾ łyżką zowiemy przyrząd blaszany, przedstawiający się dla dolnej szczęki w kształcie rygienki, dla górnej zaś wygięty odpowiednio do budowy podniebienia.

³⁾ Masa używana przez dentystów do zdejmowania odcisków. Skład jej jest dotąd tajemnicą.

¹⁾ Przyrząd zawiasowy, do którego przymocowane odlewy gipsowe szczęki górnej i dolnej zachowują względem siebie prawidłowy stosunek.

rozgrzaną tafelkę woskową grubości $1\frac{1}{2}$ - 2 mil. Tafelka ta powinna zakryć zęby wraz z częścią wyrostka zębodołowego [około $\frac{1}{2}$ ctm. jego szerokości]; w ten sposób otrzymamy woskowy model szyny w kształcie rynienki z zagłębieniami, odpowiadającymi nie tylko budowie szczęki, lecz i zębów. Woskowy model kładziemy następnie do kiuwetty i wosk zastępujemy kauczukiem, który następnie się wulkanizuje.

Dla lekarza cała ta manipulacja może się wydać zawiła, ale każdy dentysta z łatwością szynę taką wykonać zdoła z bardzo małym nakładem czasu i kapitału. Przytem pozwolę sobie powtórzyć słowa D-ra ORŁOWSKIEGO, że szyna kauczukowa, przez dentystę wykonana, w ręku chirurga znakomite usługi oddać może.

Otrzymawszy w ten sposób szynę, przywierzamy ją choremu dla sprawdzenia, czy niema w niej jakich usterek. Główną uwagę należy zwrócić na brzegi, ażeby nie zachodziły zbyt głęboko na wyrostek zębodołowy i nie mogły wrznąć się, oraz kaleczyć dziąsła. W każdym razie szyna powinna w zupełności pokrywać wyrostek zębodołowy, tworząc jednolitą rynienkę. Na dnie rynienki tej za pomocą świderka, robimy mały otworek nad żującą powierzchnią każdego zęba.

Po przekonaniu się o dokładności szyny, należy dla zupełnego wysuszenia jej wewnętrzną powierzchnię splukać eterem lub chloroformem, poczem ściany, jakoteż i dno jej wypełniamy cienką warstwą gutaperki, rozgrzanej nie w wodzie gorącej, lecz nad lampką spirytusową. Przyrządzoną w ten sposób szynę na stałe nakładamy na wyrostek zębodołowy złamanej szczęki.

Nałożenie szyny jest bardzo proste i łatwe. Chorego ze złamaniem szczęki dolnej sadzamy na krześle i zestawiamy dokładnie odłamki, dając je pomocnikowi do trzymania w należytem położeniu. Następnie za pomocą waty osuszamy odpowiednie zęby, które dla większej dokładności można także wytrzeć eterem. Eter z jednej strony, ulatniając się, osusza powierzchnię, z drugiej zaś strony, rozpuszczając gutaperkę, sprzyja silniejszemu przyleganiu szyny. Wprowadziwszy teraz do ust chorego szynę, opieramy oba paluchy o brzeg dolny żuchwy z obu stron, a resztą palców naciskamy równomiernie na grzbiet szyny, dopóki wypełniająca szynę miękka gutaperka nie ukaże się nad wszystkimi w szynie zrobionymi otworkami.

Tak samo się postępuje przy obrażeniu szczęki górnej, tylko chirurg staje z prawej strony nieco z tyłu chorego, paluchy opiera o kości licowe, a pozostałymi uciska szynę.

Gutaperki, która wystąpiła nad otworkami szyny, nie należy zrywać, lecz chory powinien ją przygryźć, przez co wytworzy się z wystającej gutaperki elastyczna powierzchnia żująca, chroniąca od uderzania zębami o szynę.

Dla większej łatwości sprawdzania, czy się odłamki nie przesunęły podczas nakładania szyny, należałoby, zdaniem mojem, postąpić w następujący sposób: na miejscu, odpowiadającym linii złamania, należy wyciąć z dna rynienki taki kawałek, by na obu odłamach szczęki obnażyć do połowy powierzchnię zęba, leżącego najbliżej linii złamania. Mogąc w ten sposób widzieć dokładnie wz-

jemny stosunek obu zębów, łatwo możemy sprawdzić, o ile dokładnie szyna spełnia swe zadanie.

Szyna dla górnej szczęki powinna być sporządzoną tak, ażeby, oprócz wyrostka zębodołowego, zakryła i całe podniebienie twarde, zostawiając tylko otwór nad raną, jeżeli jaka na podniebieniu się znajduje.

Dobrze jest po nałożeniu szyny nałożyć na kilka godzin uzdzienięć (*capistrum*), lub procę (*funda*), dla unieruchomienia szczęki aż do zupełnego stwardnienia gutaperki. Daleko prędzej się to osiąga za pomocą zimnych okładów.

Zwichnięte zęby podczas złamania szczęki najlepiej dają się utrzymać za pomocą szyny kauczukowej.

Przy złamaniu wyrostka zębodołowego, co ma zwykle miejsce w szczęce górnej, należy wyciąć odpowiednio do jednego z zębów niewielki kawałek szyny na zewnętrznej, to jest licowej jej ścianie. Przez otwór ten odłamek daje się lepiej utrzymać podczas nałożenia szyny.

Szyny kauczukowe tak mocno przylegają do szczęki, że nieraz większa zachodzi trudność przy ich zdejmowaniu, niż przy nałożeniu.

SCHEFF nie zawsze się zadawała jedną szyną przy złamaniu szczęki dolnej i dla dokładniejszego unieruchomienia odłamków zastosował obok opisanej szyny wewnętrznej jeszcze drugą zewnętrzną, przypominającą deszczułkę RUETENICK'a. Szynę tę SCHEFF nazywa podbródkową (*Mentalschiene*), a sporządza ją w ten sposób: zdejmuje gipsowy odcisk z dolnej części twarzy, obejmującej podbródek, zewnętrzną powierzchnię żuchwy od jednego jej kąta do drugiego i odpowiednią górną część szyi. W tym celu, po uprzednim oczyszczeniu dolnej części twarzy [brodę u mężczyzn należy zgolić], nakładamy na odpowiednią jej część warstwę rozrobionego gipsu grubości do 1 ctm.. Po stwardnieniu odejmujemy gips i otrzymamy dokładny odcisk. Według tego odcisku robimy odlew gipsowy. Na takim odlewie sporządzamy szynę sposobem wyżej opisanym. Mając gotową szynę, przytwierdzamy do jej dolnej, zewnętrznej powierzchni, leżącej pod podbródkiem, poziomą blaszkę metalową, której brzeg wolny zaostrzujemy w szereg otworków. Nadto na zewnętrznej stronie szyny przymocowujemy po obu stronach dwa rzemyki: jeden na wysokości drugiego zęba trzonowego, drugi zaś naprzeciw szczęki. Za pomocą rzemyków tych szynę przytwierdzamy do czapki KOEHLER'a. Dla zupełnego unieruchomienia należy jeszcze szynę zębową połączyć z szyną podbródkową, co się skutecznie za pomocą dwóch haczyków drucianych. Jeden haczyk zakładamy przy prawym kącie ust, drugi przy lewym w ten sposób, że zagięty koniec jego opiera się w jamie ustnej na szynie zębowej, reszta zaś drutu wychodzi na zewnątrz, opuszcza się po zewnętrznej stronie szyny podbródkowej, przechodzi przez otwór w opisanej wyżej blaszce i za pomocą gwintu silnie się do tejże przymocowuje.

Szyna podbródkowa może oddać doskonale usługi w przypadkach złamania szczęki u osób pozbawionych zębów w jednym odłamku, gdzie wskutek tego szyna obejmująca zęby niema się czego trzymać. W przypadkach zaś, w których szyna zębowa ma dosyć punktów oparcia, podbródkowa ze względu na koszt sporządzenia i niewygodę, jakie sprawia choremu, może być zaniechana.

Z pomiędzy wszystkich sposobów, zalecanych w celu utrzymania odłamków szczęki, żaden nie może dorównać rynience kauczukowej. Utrzymuje ona tak dokładnie odłamki, że pod tym względem może tylko równać się ze szwem kostnym; nad tym ostatnim ma jednakże tę przewagę, że jest o wiele prostszą i nie wymaga przy nałożeniu żadnego obrażenia. Nadto, pokrywając szczelnie powierzchnie złamania, szyna taka chroni je lepiej, niż każda inna nawiązka, od zakażenia ze strony jamy ustnej. Potrzebie, szyna kauczukowa z pomiędzy wszystkich opatrunków, zalecanych przy złamaniu szczęki, najmniej tamuje czynności tejże

Szyny kauczukowe mogą być stosowane do naginania kostniny w odpowiednim kierunku przy nieprawidłowem zrośnięciu odłamków, albo do zupełnego rozdzielenia tychże tam, gdzie konieczność tego wymaga. W tych przypadkach robimy odcisk z każdego odłamka oddzielnie. Z odcisków tych odlewamy modele z gipsu, które służą do przygotowania oddzielnych szyn dla każdego odłamka. Szyny te mogą być stosowane bez gutaperki. Nałożywszy szyny, wkładamy pomiędzy nie nad miejscem niedokładnego zrośnięcia odpowiednio wycięty klin z blaszkowca (*laminaria digitata*), albo jeszcze lepiej z drzewa zwanego „Hykory“ (*Hykory-Holz*), które także ma własność pęcznienia w wilgoci. W braku wymienionych można używać w tym celu klina z drzewa bukszpanowego. Po kilkakrotnej zmianie klina otrzymujemy zupełne rozdzielenie źle zrośniętych odłamków, które następnie dokładnie zestawiamy i utrzymujemy w prawidłowem położeniu za pomocą wyżej opisanej rynienki.

Po częściowych wypilowach szczęki dolnej szyny kauczukowe mogą wyświadczyć znakomite usługi, gdyż, utrzymując pozostałe części w prawidłowem położeniu, zachowują stosunek tych części do szczęki górnej, aż do odrodzenia się kości. W tym przypadku robimy dwie kauczukowe rynienki, pokrywające zęby każdej z pozostałych części szczęki; obie te rynienki łączymy za pomocą dwóch drutów odpowiednio wygiętych do budowy łuku szczękowego, wskutek czego pozostawiamy wolną przestrzeń do nałożenia opatrunku.

W ciągu pierwszych kilku dni, po nałożeniu szyny, zalecamy choremu pokarmy płynne, poczem przez cały czas leczenia chory może używać rozmiękczonego w mleku chleba, mięsa siekanego i innych miękkich pokarmów. Mówić może chory zaraz po nałożeniu szyny i stwardnieniu gutaperki, czyli tego samego dnia.

Nieżyjący już D-r SÜERSEN z Berlina najwięcej pisał o leczeniu złamań szczęk za pomocą szyn kauczukowych ¹⁾. Odlewy gipsowe ze złamanymi szczękami bardzo powikłanych, jakie SÜERSEN miał w swojej obserwacji podczas wojny prusko-francuskiej, znajdują się w zbiorach Berlińskiego Instytutu dentystrycznego.

W ostatnich czasach SAUER stosował szynę drucianą w miejsce kauczukowej. Zrobiwszy odlew gipsowy ze złamanej szczęki, brał on dwa kawałki drutu grubości 1—1½ mil. i wyginał je na modelu odpowiednio do łuku zębowego w ten sposób, że jeden drut obejmował wyrostek zębodołowy prawego odłamka, drugi lewego odłamka. Poczynając się w pobliżu linii złamania, drut taki przebiegał po policzkowej stronie szyjek zębowych odpowiedniego odłamka, zginał się po za ostatnim zębem trzonowym i następnie pokrywał językową stronę

tychże szyjek. Długość drutów była taka, że na policzkowej stronie stykały się one ze sobą w pobliżu linii złamania [nie na samej linii]. Na językowej zaś stronie oba końce drutów zachodziły za siebie na przestrzeni 3—4 ctm., tworząc w ten sposób zdwojenie naprzeciw linii złamania. Sporządziwszy w ten sposób szyny druciane, SAUER, przed ich nałożeniem na szczękę, wkładał uprzednio we wszystkie przestrzenie międzyzębowe złamanej szczęki po kawałku cienkiego drucika, którego koniec językowy znacznie wystawał do jamy ustnej. Następnie na każdy odłam nakładał wyżej opisaną szynę drucianą tak, że pokrywała policzkową i językową powierzchnię szyjek zębowych. Zachodzące za siebie językowe końce szyn drucianych łączył za pomocą skówki, policzkowe zaś pozostawiał wolne. Uskuteczniwszy to, językowe końce drucików, założonych w przestrzenie międzyzębowe, przeprowadzał ponad szyną na stronę policzkową i tu skręcał je razem z końcami policzkowymi. W ten sposób otrzymywał dokładne przyleganie szyny drucianej do szyjek zębowych.

SAUER oddaje swojej szynie pierwszeństwo przed kauczukową z tego względu, że zęby i cały wyrostek zębodołowy pozostają zupełnie wolne. Wobec tego, utrzymując prawidłowy stosunek zębów dolnych względem górnych, ułatwia ona choremu żucie pokarmów.

Na zdanie to nie mogę się zgodzić, biorąc pod uwagę trudność w umocowaniu szyny [zwłaszcza trudnem jest skręcanie drucików w przestrzeniach między zębami trzonowymi], a także mając na względzie trudność utrzymania odłamków na miejscu przy żuciu, nieprzyjemne uczucie skrępowania zębów metalem, łatwość utleniania się używanych w tym celu drutów żelaznych, a wreszcie niemożność użycia tej szyny w razie zwichnienia zębów, które często towarzyszy złamaniom szczęki. Z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że szyny druciane wymagają mniej zachodu i dla lekarza-praktyka łatwiejsze są do wykonania. Wobec tego, dając pierwszeństwo szynie kauczukowej, uważam za odpowiednie stosować szyny druciane w tylko razach, w których z jakiegokolwiek bądź powodu nie możemy zastosować pierwszych.

Z dwóch przypadków złamania szczęk, widzianych przezemnie w Berlinie, udało mi się zaledwie jeden dokładnie obserwować. Mężczyzna, lat około 30, został kopnięty przez konia tak silnie, że, upadłszy twarzą na wystający kamień, uległ skośnemu złamaniu trzonu żuchwy ze strony prawej, w okolicy między kłem a zębem dwuguzikowym. Błona śluzowa na miejscu złamania była przzerwana. Ślinotok obfity. W okolicy zewnętrznej części szczęki silny obrzęk. Pierwszego dnia okłady lodowe. Na drugi dzień nałożono szynę kauczukową bez żadnej innej nawiązki. Obrzęk szybko się zaczął zmniejszać pod zimnymi okładami. Po dziesięciu dniach błona śluzowa już była zabliźniona. Chory z początku odżywił się płynnymi, a po kilku dniach miękkimi pokarmami. Mówił dosyć wyraźnie. Po sześciu tygodniach szynę zdjęto. Odłamki zrosły się najzupełniej prawidłowo.

Kol. CENZAR był łaskaw zakomunikować mi przypadek złamania wyrostka zębodołowego szczęki górnej, spostrzegany przez niego w Berlińskim Instytucie dentyścym, który to przypadek tutaj załączam. Mężczyzna, l. 35, wskutek popchnięcia na ulicy przez swego towarzysza, upadł twarzą na wystający kamień i uległ

złamaniu wyrostka zębodołowego lewej szczęki górnej od kła do zęba mądrości. Na miejscu złamania błona śluzowa przerwana. Ran części miękkich nie było. Obrzęk silny. Po zastosowaniu okładów z lodu, na trzeci dzień zrobiono odcisk z obu szczęk bez uprzedniego zestawienia odłamków. Zachowując dalej wyżej opisany porządek, nałożono szynę kauczukową, zakrywającą zęby, część wyrostka zębodołowego i całe podniebienie twarde. Po trzech dniach obrzęk znikł zupełnie. Po tygodniu błona śluzowa zrosła się zupełnie, chory czuje się wcale dobrze, szyna go prawie nie krępuje. Mówi dosyć wyraźnie. Odżywał się przez cały czas miękkimi pokarmami. Po siedmiu tygodniach szynę zdjęto, wyrostek zębodołowy zrósł się zupełnie prawidłowo.

ODCINEK.

O ROKOWANIU LEKARSKIM.

[Dokończenie, — Patrz Nr. 44].

III.

Kiedy Twardowski swą duszę dyabłu za ziemskie sprzedawał szczęście, między innymi nagrodami, których żądał i które uzyskał, była i sława wielkiego lekarza. Na tym punkcie następująca stanęła umowa. Kiedy Twardowskiego zawezwano do chorego, miał sprzymierzeniec i mocodawca jego zjawiać się przy łóżku, tylko dla niego widzialny. Jeżeli stanie u głowy chorego, wtedy choroba jest śmiertelną i Twardowski niema się podejmować leczenia; jeżeli spostrzeże dyabła u nóg chorego, może być pewnym, że chory wyzdrowieje. Właściwie więc nie ze sztuki lekarskiej nie poznał Twardowski, oprócz jedynie rokowania; umiał tylko z pewnością losy chorego przewidywać, umiał tylko przypadki lekkie, a w każdym razie nie groźne, odróżniać od przypadków śmiertelnych. Zapewne pacjentom swoim nie przedstawiał zrazu rokowania, jakie mu było objawionem, zapewne utrzymywał, że choroba życiu zagraża, aby pomyślnie zejście tem większą otoczyło go chwałą, ale sam wiedział już z góry, jaki obrót przyjmie choroba i jak się zakończy, wiedział, że to zejście jest zupełnie niezależnem od rad jego i od środków przez niego zalecanych.

Choć może sztuka lekarska i jej potęga nie bardzo pochlebnie z tej legendy wychodzą, ale głęboką i prawdziwą myśl wyczytać z niej możemy. Jeżeli lekarzowi idzie tylko o sławę, jeżeli idzie mu o to, aby za nieomylnego był uważanym, to istotnie niczego więcej mu nie potrzeba, jak pewności w rokowaniu. Jak w sercu królowej angielskiej wryty był wyraz *Calais*, który najcięższą stratę jej panowania, największe jej królewskie nieszczęście oznaczał, tak w pamięci każdego lekarza bolesne tkwią wspomnienia nieszczęśliwych przypadków, których przebiegu nie przewidywał zrazu. Gdyby chirurg wiedział zawsze naprzód i z pewnością, że operacja, którą doradza i przedsięwzięje, zakończy się niepomyślnie, a przynajmniej nie da takich rezultatów, jak przyrzeka, gdyby uniknął wszystkich takich operacji i zgryzot, jakie idą za nimi i szwanku na sławie, o ileż byłby szczęśliwszym w zawodzie! Lekarz, któryby posiadał wiedzę Twardowskiego, ściągnąłby stopniowo wszystkich chorych do siebie.

Dla ludzi wielkiego serca i wielkich myśli nie wystarczałaby jedynie ta świadomość losów chorego. Silne pragnienie dopomożenia cierpiącym, walka z nieuniknionym na pozór losem — to hasło i bodziec lekarza. Każdy wielki wy-

nalazek w medycynie, to nadzieja spełnienia tego, co nauka poprzednio za niedosiężalne uznawała, to odwaga dotknięcia się tego, czego doświadczenie wieków dotykać się zabraniało. Pragnienie otwarcia dróg nowych, odwaga, która popchnęła ludzi na bezbrzeżne morza albo na niebezpieczniejsze jeszcze przestworza atmosfery, toż samo pragnienie pobudza i bohaterów w medycynie do wielkich odkryć, daje im odwagę przecięcia gałki ocznej, aby wydobyć kataraktę, albo sięgnięcia w głąb mózgu, aby usunąć nowotwór. W pewnym stopniu to pragnienie i tę odwagę mieć muszą nietylko bohaterowie nauki, nietylko pionierzy, ale i wszyscy prawdziwi lekarze.

Dla człowieka o większych pragnieniach potęga Twardowskiego byłaby błahą; ale jemu szło tylko o sławę, o karierę, a dla tego celu dosyć jest rzeczywiście przewidzieć dalsze losy chorego. W przypadkach przepadłych, nieuleczalnych, lekarz już z góry zrzuca z siebie całą odpowiedzialność, albo częściej jeszcze zręcznie chorego koledze w kurację oddaje. W przypadkach lżejszych od umiejętności jego postępowania zależy, aby swą potęgę leczniczą w najlepszym przedstawić świetle.

Niema może choroby, któraby sławie lekarza równie grozić mogła, jak miąższowe zapalenie rogówki. Rozpoczyna się ono nieznacznym zmętnieniem; we wszystkich prawie przypadkach męt stopniowo gęstnieje i rozszerza się na całą rogówkę, przyłącza się podrażnienie oka, choroba wlecze się przez długie miesiące i rzadko ustępuje bez śladu, a w znacznej liczbie przypadków zajmuje po pewnym czasie i drugie oko. Słowem, przebieg dalszy jest bezporównania cięższym, aniżeli z pierwotnych objawów możnaby podejrzewać. Jeżeli lekarz nie zna przebiegu tej choroby i z góry go choremu nie przedstawi, narazi się na wielkie zarzuty, a cały ten ciężki przebieg przypiszą środkom przez lekarza zaleconym.

Ponieważ jednak choroba już w pierwszych dniach łatwą jest do rozpoznania, a przebieg jej dobrze znany, dlatego dotknięci tą chorobą żalu do lekarza mieć nie mogą; owszem, ten cały przebieg, już z góry przepowiedziany, pochlebnie za nim przemawia.

Gdyby lekarzowi szło jedynie o własną sławę, to w każdym przypadku, w którym nawet rokowanie stanowczo za pomyślne uważa, przedstawić by je chciał choremu w świetle jak najgorszym, aby pomyślny ostatecznie rezultat choroby jedynie wielkiej sztuce lekarza przypisać musiał.

Na szczęście dla pacjentów tego rodzaju przepowiednie znajdują ograniczenie w poglądach innych lekarzy. Chory, któremu ciężką przepowiedziano przyszłość, bardzo często szuka potwierdzenia, a przedewszystkiem zaprzeczenia tego wyroku u innych lekarzy; ażeby więc śmiało i stanowczo niepomyślne, zbyt niepomyślne stawiać horoskopy, potrzeba być pewnym swojej wziętości i sławy. Przepowiednie takie, to częsta wada lekarzy bardzo wziętych, ale jednocześnie małodusznych karyerowiczów, specjalistów od lekkich chorób u bogatych ludzi—Twardowskich.

Naodwrot lekarze z małą sławą, lekarze przedewszystkiem początkujący, są skłonni wogóle widzieć przyszłość swych pacjentów w różowym świetle, bo każde niepomyślne rokowanie narazić ich musi na stratę pacjenta.

Tak względ na własną sławę modyfikuje przepowiednie czysto naukowe, oparte na tych, zawsze wreszcie niepewnych danych, jakie na zasadzie nauki i doświadczenia osobistego lekarz w umyśle swoim wyrobił.

IV.

Jak w każdej czynności lekarskiej, tak i przy wypowiedaniu rokowania, kierować powinien lekarzem przedewszystkiem względ na dobro chorego. Jakakolwiek jest przyrodnicza istota choroby, jest ona zawsze nieszczęściem i lekarz

w chorym ma zawsze przed sobą człowieka nieszczęśliwego. Lekarz wobec chorego, to nie sztukmistrz jedynie, który ma zboczenia organizmu swoją sztuką wyrównać, ale i pocieszyciel, który ma zmniejszyć ciężar niedoli. Tam nawet, gdzie sztuka lekarza nie już organizmowi dopomóż nie może, jeszcze pozostaje jego rola, jako pocieszyciela. Ta rola, to integralna część zawodu i lekarz o niej nigdy zapominać nie powinien. Rokowanie daje lekarzowi możność albo zmniejszyć ciężką przykrość choroby, albo daleko więcej jeszcze dół chorego obciążyć.

Przyszłość zakryta jest przed okiem człowieka; chwila jego śmierci, nieszczęście, które może jutro go osiągnąć, są mu niewiadome i to stanowi jeden z warunków ludzkiego szczęścia. Nieszczęście przyszłe, które nas jeszcze nie dotknęło, jeżeli dziś już nam jest wiadomem, jest już dla nas nieszczęściem istotnem, cierpimy niem, jakby już się stało. Wiedzieć wcześniej o grożących klęskach, to znaczy znosić je dłużej.

Dopóki przyszłość jest nam niewiadomą, póty złudzenie w różowe ją barwy nbiera; w istotnem nawet nieszczęściu jeszcze nadzieja może nam je osłodzić—nadzieja, która, choć złudna, równa się nieraz prawdziwemu szczęściu. Nadzieja w ciężkiej chorobie to także jeden z czynników siły leczniczej organizmu; chociaż ten czynnik nie ma władzy wyrównywać istotnych zboczeń, ale osłabia najgorszą stronę choroby dla człowieka, zmniejsza ciężar niedoli, a w pewnych chorobach nerwowych nadzieję, wiarę w wyzdrowienie, za prawdziwy środek leczniczy trzeba uważać.

Lekarz o tem wszystkiem pamiętać powinien i czynności swej spełniać nie może, jakby mechaniczne jedynie miał do rozwiązania zadanie, jak gdyby przedmiot, na którym sztukę swą wywiera, bezdusznym był i bezmyślnym. Lekarz powinien sobie w umyśle jasno zdać sprawę, jakiego obrotu w chorobie spodziewać się może; dla całego dalszego postępowania, dla obmyślenia środków leczniczych jest mu to niezbędem. Ale tę przyszłość lekarz znać powinien, nie koniecznie chory. Choremu przedstawić potrzeba rokowanie w ten sposób, aby to pożytek przyniosło zdrowiu, albo doli jego. Chorzy przepowiedniom naszym daleko mocniej wierzą, aniżeli my sami; obowiązkiem jest naszym tę wiarę na ich korzyść obrócić.

Są przypadki, i nie rzadkie, gdzie choremu ciężką jego przyszłość przedstawić potrzeba w całej nagości, gdzie ją nawet jeszcze czarniej malować wolno: gdy opierającego się leczeniu, chcemy do niego nakłonić. Jeżeli w początkach rozwoju jaskry, po pierwszym, albo drugim napadzie, chory operacji poddać się nie chce, powinien go lekarz przekonać, że mu stanowczo ślepotą, a prócz tego straszne bóle grożą w przyszłości, że tego wszystkiego jednak może uniknąć, jeżeli rady posłucha. Tak samo postępować powinien lekarz, gdy spostrzeże rozwijający się nowotwór złośliwy na dnie zdrowego prawie jeszcze oka. W takich przypadkach niepomyślna przepowiednia jest usprawiedliwioną; za przykrość, jaką choremu sprawił, daje mu lekarz kompensatę, daje zdrowie w przyszłości. Zdarzają się i takie położenia, że ze względu na sprawy majątkowe, czy jakiegokolwiek inne, należy z możliwą oględnością przedstawić choremu jego przyszłość, aby się stosownie do niej urządził. Tylko nie należy nigdy tych względów na pierwszym kłaście planie i nie należy mniejszego nieszczęścia chcieć przez daleko cięższe usunąć.

Najeczęściej, prawie zawsze, musimy choremu przedstawić daleko jaśniejszy przyszły stan jego zdrowia, aniżeli to przewidujemy.

Jeżeli choroba przez samo tylko długie trwanie jest uciążliwą, potrzeba choremu mniejszy przedstawić termin, niż przypuszczamy; chory do swego stanu stopniowo przywyka i łatwiej go zniesie, jeżeli kres jego stopniowo przesuwaemy; w tym razie dwa razy dwa jest mniej niż cztery.

Im mniej nadziei przedstawia stan chorego, im bardziej środki nasze wobec tego stanu są niedołążne, tembardziej stanowczo, tem konieczniej powinniśmy

choremu zdrowie przepowiadać. Chory z natury już skłonny jest wierzyć takim przepowiedniom; w jego cierpieniach, w jego nocach bezsennych, mający przed nim długi żywot, zdrowie, wzrok przywrócony, i w chwilach, kiedy nadzieja żywej mu te obrazy przedstawi, w tych chwilach jedynie szczęśliwym się czuje. Nic bardziej nad zapewnienia lekarza tej nadziei nie podtrzyma i nie wzmocni. Jak owa matka przez białą swą szatę rozwiała w umyśle syna straszną groźbę śmierci z ręki kata, obudziła nadzieję i to sprawiła, że „zawisł na stryczku i jeszcze się śmiał“, tak samo z chorym nieuleczalnym powinien lekarz postępować. Zapewne postępowanie takie ma czasowe tylko znaczenie; jeden chory wkrótce, drugi po dłuższym czasie ze swoim położeniem pogodzić się musi i wierzyć lekarzowi przestanie; ale każdy rok, każdy miesiąc, chwila każda czarnym myśłem wydarta, jest już działaniem w myśl zawodu lekarza, jest zwycięstwem jego sztuki. Jak zasadą lekarza jest przedłużać życie chorego choćby o dzień jeszcze, choćby o chwilę, środkami pobudzającymi, jak działa zgodnie ze swem powołaniem, kiedy w ostatnich jeszcze chwilach przez narkotyczne środki ulgę w bólach przynosi, tak samo działa zgodnie ze swoim obowiązkiem i ze swem zadaniem, jeżeli wiarę w wyzdrowienie obudzi choć na czas krótki. I tego krótkiego czasu nie powinniśmy lekceważyć; wszak wszystkie szczęścia i wszystkie niedole są tylko przejściowe, wszak wiecznego zdrowia i życia wiecznego nie zapewnimy nikomu. Jeżeli chory, który oślepl oddawna z zaniku nerwu wzrokowego, zwraca się raz jeszcze do innego lekarza, jeżeli wyjdzie od niego z uśmiechem, zadowolony i z nowem na jakiś czas złudzeniem, to lekarz swe lecznicze zadanie spełnił, jak należało.

I dziwić się czasem potrzeba, jak długo chory chętnie się ludzić pozwala. Słupy od lat wielu, nieraz nawet od urodzenia, jeżeli mu przyrzeczesz, że po pewnym czasie, po kilku latach, katarakta dojrzeje i będzie ją można usunąć, czeka cierpliwie przez ten długi okres przepisany, zjawi się z pewnością prawie w oznaczonym czasie i z nowem złudzeniem, z nowym terminem do domu powróci. Jeżeli nawet chory przyjechał z daleka, jeżeli jest biednym i nie bez ofiar zbiera środki na przyjazd, to nie wolno powiedzieć mu prawdy, aby go od nowych ofiar uwolnić; nadzieja, z jaką wyjechał, warta jest nawet ciężko zebranych, nawet wyżebranych pieniędzy.

Nie wolno choremu takiemu powiedzieć, że stan jego jest bez nadziei. Wszakże on zgłosił się do lekarza, więc miał nadzieję, że sztuka jeszcze ma środki dla niego. Chory nie powinien tracić nigdy na tem, że udał się do lekarza, a stratę poniesie widoczną i bardzo ciężką, jeżeli wynikiem porady będzie utrata tej jedynej życia jego osłody. On sam już może zwątpił o swoim zdrowiu i udał się do lekarza, nawpół świadomie po to jedynie, aby tę gasnącą nadzieję podniecić, a lekarz mu jej resztę odebrał; jest to, jakby dobicie umierającego szczęścia. Ale to jeszcze nie największy grzech prognostyczny.

Różne choroby, zanim się rozwiną w istotne dolegliwości, albo kalectwa, objawiają się zrazu przez zmiany, które choremu nic jeszcze, albo prawie nic, nie dokuczają, ale z których lekarz z łatwością zbliżające się nieszczęście rozpoznac może. Tak kilka prążków u obwodu soczewki zapowiada rozwijającą się stopniowo kataraktę; brak odruchów kolanowych każe podejrzewać, że z czasem rozwinąć się mogą groźne objawy paralityczne; lekkie stłumienie oddechu u wierzchołka płuc, to częsty poprzednik suchot. Chory stanu swego nie czuje, nie wie co mu grozi; lekarz, badając chorego często z innych powodów, zmiany te spostrzega i smutną przyszłość chorego zgaduje. Bardzo wielu lekarzy, znalazłszy objawy podobne, uważa za swój obowiązek całą prawdę choremu powiedzieć; jeżeli mu nie przedstawi rokowania, to nazwie chorobę jej właściwym groźnym nazwiskiem; nazwa w takim razie choremu za rokowanie wystarczy. Wszedłszy do lekarza ze swobodą, lekko swą chorobę traktując i nie przewidując nieszczęścia, wychodzi chory, jak gromem rażony, unieszczęśliwiony na całe już

życie — nieszczęśliwy przez lekarza na długi czas przedtem, zanim by natura swe dzieło spełniła.

Pomijam przypadki, w których choroba powinna szybko być leczoną i lekarz chce skłonić chorego do leczenia; na bardzo wiele z pośród tych chorób, jak na rozwój katarakty, lekarz żadnego nie ma wpływu. Po cóż więc w takim razie ta świadomość choremu, co on na niej skorzysta?

Nie przez miłość dla prawdy lekarz to popelniał, albo znaczenia prawdy nie pojmuje. Wypowiedzenie najprawdziwszej prawdy w niewłaściwej chwili i osobie, która o niej wiedzieć nie powinna, to bardzo często jest grzech najcięższy. Przyszłe nieszczęścia, zbliżające się kalectwa, to dobroczynna tajemnica natury wobec chorego; lekarz jest powiernikiem natury, ale ją zdradzi, jeżeli tę powierzoną sobie tajemnicę choremu objawi.

Jedyną przyczyną, która skłania lekarza do wypowiedzenia nazwy choroby, do odkrycia przed chorym jego przyszłych losów, jest wzgląd na własną sławę. Lekarz chce uchodzić za nieomylnego; jeżeli wypowie choremu, co po kilku latach go czeka, a przyszłość tę przepowiednię potwierdzi, sławę lekarza to podniesie; jeżeli pomimo leczenia stan chorego pogarsza się stopniowo, chory lekarza winić będzie o to pogorszenie. Jeżeli wreszcie lekarz zatai swe obawy przed chorym, a inny lekarz je wypowie, sława pierwszego na tem ucierpi. Nie ulega wątpliwości, że te osobiste względy jedynie skłaniają do niepomyślnych rokowań.

Do pewnego stopnia lekarz te względy musi mieć na uwadze, i jeżeli w otoczeniu chorego znajdzie się osoba, byle niezbyt bliska i niezbyt wrażliwa, której prawdę można powiedzieć, lekarz ze sposobności takiej skorzystać może. Ale w przeciwnym razie, jeżeli lekarz ma do wyboru tylko: albo mały, wątpliwy wreszcie uszczerbek na swojej sławie nieomylnego, albo też istotne nieszczęście chorego, w wyborze wahać się nie powinien. Nie po to jedynie, nie po to głównie zostaje człowiek lekarzem, aby zyskać sławę i to wszystko, co ona za sobą przynosi, ale przedewszystkiem po to, aby zdrowie i szczęście ludziom przynosić. Kto nie chce na swoje barki brać odpowiedzialności za przyszłość, którą przewiduje, a której świadomość oszczędzić chce choremu, może jednego, czy kilku lekarzy wezwać do porady. Odpowiedzialność podzielona jest mniejszą, a te względy osobiste stanowią jedno z głównych wskazań dla narad lekarskich.

Rozpoznać kataraktę to rzecz tak łatwa, że każdy, rozpoczynający dopiero studia oftalmoskopowe, tej sztuki dokona; ale po ukazaniu się pierwszych mętów w soczewce, katarakta nieraz bardzo długo każe czekać na siebie. Znam chorych, którym przed laty kilkunastu zapowiedziano kataraktę i którzy dotychczas widzą dobrze i śmieją się z lekarzy. Więc już z tego względu z przepowiadaniem należy być ostrożnym. Jeżeli zgłosi się o poradę chory, przestraszony zapowiedzią katarakty, lekarz ma prawo, bez względu na koleżeńskie stosunki, rozpoznaniu takiemu zaprzeczyć. I nie wiem, kto praktycznie nawet więcej na tem wygrywa. Po roku, czy po kilku latach, prawda wieszczącego nieszczęście lekarza na wierzch wypłynie, ale przez czas długi sławionym będzie lekarz, który nieszczęściu zaprzeczał. Chory zrozumie, że lekarz wiedział o katarakcie, ale tę wiadomość przed nim zataił i wdzięcznym mu za to będzie. Jeżeli nawet lekarza o nieświadomość posądzą, to na ten sąd tylko uśmiechnąć się można. Czyż godzi się wreszcie własną sławę kupować kosztem cudzego spokoju? Nazwa katarakty może być wtedy dopiero wypowiedzianą, kiedy już ta nazwa chorego uszczęśliwi, jeżeli operacja, jaką zapowiedzieć mu można, od niewątpliwie już zbliżającej się ślepoty ma go ochronić. Jeżeli wszyscy lekarze przejmą się tą zasadą, zniknie najgłośniejszy powód wypowiedzania prawdy, zniknie rywalizacya wobec chorego o to, kto mędrszy, uczęszczy, kto bardziej nieomylny.

Takich, jak katarakta, chorób jest nie mało i takich grzechów nie mało popelniają lekarze.

Zdarza się też nieraz, że lekarz omylił się w rozpoznaniu choroby, a nie wahał się choremu je wypowiedzieć. Nierzadkie są nawet przypadki, gdzie choremu ostro i w stanowczych wyrazach zapowiedziano kalectwo lub ciężką chorobę, a napróżno szukamy objawów, któreby rokowanie takie usprawiedliwiły. Zdaje się, że czasem jakaś chęć dokuczenia, której przyczynę nie zawsze można odnaleźć, do niepomyślnego rokowania go skłoniła.

Lekarz postępuje wtedy, jak dziecko, bawiące się nożem, którego skutków nie pojmuje; nie zdaje sobie dostatecznie sprawy z wpływu, jaki jego słowa na chorego wywierają; narzędzia, które mu dano, aby powołanie swoje mógł spełniać należycie, używa dla przeciwnych zupełnie celów.

Ile razy lekarz, albo kto w domu jego ciężko zachoruje, prosi wtedy zawsze, aby prawdę niepomyślną przed chorym zataić. A lekarz powinien zawsze przenieść się w umyśle na miejsce chorego i tak postępować, jakby chciał, aby z nim postępowano, gdyby w tem samym znalazł się położeniu.

Zapowiedź katarakty, zaniku nerwów wzrokowych, władu rdzenia, wady serca, suchot i mnóstwa innych chorób, to nie chwilowa przykreść, o której się zapomni, to unieszczęśliwienie, to moralne zabójstwo chorego. Od chwili, jak człowiek swój wyrok krwawy usłyszał, wszystkie jego myśli obracają się około tego jednego punktu, który w życiu jego najważniejszą obecnie gra rolę. Każdej czynności przeszkadza ta myśl, nieustannie w głębi nurtująca, każdą rozrywkę zatrzuwa. Wstając z rana, bada ze strachem, czy jeszcze widzi, cała przyszłość wydaje mu się czarną, opada energia, ginie wiara w siebie i ochota do pracy; cała wartość życia, nadzieje, plany na przyszłość i staranie, dla osiągnięcia tej przyszłości przedsiębrane, znikają; człowiek społecznie żyć przestaje. Widziałem nieraz, że choroba groźna, która zwolna się rozwijała, po rozpoznaniu swój bieg przyspieszała nagle; bardzo jest możliwem, że moralne przygnębienie przyczyniło się do tej fatalnej zmiany.

Pan Dąbrowski w swojej powieści „Śmierć“ bardzo dobrze uchwycił tę straszną i trwałą już zmianę, jaka zaszła w duszy suchotnika z chwilą, gdy się o swym stanie dowiedział.

Jeżeli nawet rokowanie było błędnem, jeżeli o tym błędzie chory się przekonywa, często jego skutków przemódz już nie zdoła. Znam chorą, u której lekarz w zakładzie kąpielowym znalazł guzik na brzuchu, zawiadomił chorą, że cierpi na raka i polecił jaknajprędzej poddać się operacji. Lekarz domowy o tym guziku wiedział już od lat kilkunastu i był przekonany o jego łagodności. Kilka lat już upłynęło i pogląd lekarza domowego okazał się słusznym; chora wie o tem, ale wstrząśnienie silne zupełnie ją zmieniło: cierpi na bezsenność, żyje w ciągłym drzeniu, w rozstroju, straciła humor i uległa ciężkiemu, choć może nie mającemu nazwy, nerwowemu cierpieniu.

Gdybym wszystkie podobne przypadki, którem u pacjentów i znajomych swoich spostrzegiał, chciał spisać, to by ich całe liczne setki się znalazły.

Wypowiedzenie niepomyślnego rokowania wpływa na chorego, jak ciężki wypadek, któremu uległ. Istnieje forma chorobowa: *neurosis traumatica*; należy z równą słusnością do patologii chorób nerwowych wprowadzić nową nazwę: *neurosis prognostica*. Obie choroby mają przyczyny podobne: nagłe i gwałtowne wstrząśnienie umysłu—a zapewne i podobne objawy. Tylko, że przypadki traumatycznej neurozy są bardzo rzadkie, a choroba, niepomyślnem rokowaniem spowodowana, należy do bardzo zwykłych; tylko, że o pierwszą los można winić jedynie, a drugą chorobę ten spowodował, który za zadanie swego życia postawił usuwanie chorób, nie ich sprowadzanie. Wyleczyć tę chorobę jest trudno, ale uniknie się jej zawsze, jeżeli lekarze namyślać się będą nad moralnym skutkiem swych słów, jak myślą o swych czysto lekarskich czynnościach.

Rokowanie to także broń w rękę lekarza, broń dla zwalczenia nieszczęścia, jeżeli nie choroby, broń, z którą potrzeba umieć się obchodzić. Każdy kaleka, każdy na blizką śmierć skazany człowiek, powinien z ust lekarza usłyszeć pociechę, jeżeli z jego ręki nie może już zyskać pomocy.

„Niech, choć nad grobem zabrzmiały te słowa:
Wróci twe szczęście, wróci“.

Zygmunt Kramsztyk.

Kilka uwag nad odpowiedzią kol. Muttermilcha.

1) Kol. M. niesłusznie mnie podejrzywa, iż chciałem mu zarzucić przywłaszczenie sobie cudzego pomysłu; od zwrócenia uwagi na szczególnie bibliograficzny do posądzenia kogoś o plagiat bardzo jeszcze daleko. Czytając artykuł kol. M., przypominałem sobie dokładnie, że myśl jego nie jest nową; przerzucając MICHŁ'a „*Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie*“, znalazłem dwa cytowane artykuły, do których z tegoż źródła mogę dziś dołączyć i trzeci, znany mi wprawdzie jedynie z tytułu, a mianowicie: BRIBOSIE. *De l'opération de la cataracte sans iridectomie et de l'emploi de l'atropine avant l'opération. Bruxelles. 1890.* Artykuł CANT'a znalazł w wydawnictwie MICHŁ'a dość obszernie streszczenie, w którym znalazłem między innymi następujący ustęp: „*Eigenthümlicher Weise wird dem Eserin sogar ein nachtheiliger Einfluss auf dem Irisprolaps zugeschrieben, vor der Operation Homatropin und Cocain bis zur Mydriasis und nach der Extraction gleich Atropin eingeträufelt*“. Metodę swoją CANT wypróbował w 40 przypadkach, przyczem wypadnięcie tęczówki spostrzegano dwa razy.

Przy tytule pracy DA GAMA'y znajdujemy tylko w spisie bibliograficznym wzmiankę: „*Oeffnet die Kapsel mit dem Messer, und instilliert Atropin, nicht Eserin*“, natomiast krótkie streszczenie tego artykułu pomieszczone zostało w przeglądzie literatury za r. 1889 w *Archiv für Augenheilkunde*. Obie te prace weszły więc do literatury oftalmologicznej, skoro zarejestrowane i streszczone zostały w rocznikach MICHŁ'a, stanowiących, że tak rzekę, oficjalne i obowiązujące źródło przy poszukiwaniach bibliograficznych w dziedzinie oftalmologii. Zaglądać do oryginalnych artykułów i sprawdzać ich obszerność nie uważałem za swój obowiązek. Źródłowego i wyczerpującego artykułu LANDOLT'a nie przytoczyłem właśnie dlatego, że nie wspomina o zakrapianiu atropiny; dla cytowania wszystkich autorów, którzy tego nie robią, łamy Gazety są zbyt szczupłe.

2) Zwiększenie kurczliwości tęczówki pod wpływem atropiny wydaje mi się mocno wątpliwem, a w „kolosalny skurcz włókien mięśniowych przy rozszerzonej do maksymalnych granic źrenicy przy nasyceniu tęczy atropiną“ wcale nie wierzę. Pisząc te słowa, mógł mieć kol. M. na myśli jedynie rzekomy mięsień rozszerzacz tęczówki, którego kwestyę istnienia w odpowiedzi swojej przedstawia w sposób bardzo jednostronny a bezwzględny.

Warstwą, uważaną przez IWANOWA, MERKEL'a, HETTENBRENNER'a, DOGIELA i FEBER'a za mięsień rozszerzacz źrenicy, jest, według poszukiwań GRUENHAGEN'a, HAMPFELN'a, JESSOP'a, MICHEL'a, v. EVERSBUCH'a, KOGANCI'ego i SCHWALBE'go, tylko tylna blaszka sprężysta tęczówki (*membrana elastica posterior, hintere Grenzmembran, Basalmembran BRUCH'a*). Grubość jej wszędzie jednostajna wynosi najwyżej 2 μ , jest zatem znacznie mniejszą, niż średnica przecięcia gładkich włókien mięśniowych. Spostrzegane na niej promienisto ułożone, wrzecionowate i eliptyczne jądra leżą nie w jej grubości, lecz na jej tylnej lub przedniej powierzchni. Jądra, leżące na tylnej powierzchni, otoczone są barwnikiem i należą do promienisto ułożonych płaskich komórek przedniego pokładu siatkówkowej warstwy tęczówki (*pars iridica retinae*), jak tego dowiódł

SCHWALBE. Sposzrzegane na przedniej powierzchni należą w części do tkanki łącznej zrębu tęczówki, w części zaś do naczyń krwionośnych lub rzadkich promienisto rozłożonych pęczków mięśniowych, które, przeplatając się w części i tworząc łukowate arkady, przechodzą bezpośrednio w obrączkowe włókna mięśnia zwieracza żrenicy. Promieniste włókna, odchodzące od zewnętrznego brzegu zwieracza, nie dochodzą bynajmniej do brzegu rzęskowego tęczówki, lecz gubią się wkrótce w tkance tęczówki, przytwierdzając się w części do przedniej powierzchni tylnej granicznej blaszki sprężystej, lub też łącząc się z beleczkami łączno-tkankowemi, zastępującemi w ten sposób pęczki ścięgniaste dla włókien promienistych. Te ostatnie nie tworzą bynajmniej wolnego mięśnia, lecz, jak GRUENHAGEN wykazał, stanowią tylko pęczki przyczepowe (*Insertionsbündel*) mięśnia zwieracza; o roli ich wyraża się SCHWALBE w sposób następujący:

„Die Breite des Sphincter Iridis und seine Dicke sind, abgesehen von möglichen individuellen Schwankungen, abhängig von dem Zustande seiner Contraction. Man sollte erwarten, dass der Muskel, welcher die Pupillarzone der Iris erfüllt, mit letzterer bei Verengung der Pupille schmaler und dicker werde. Allein man kann sich schon bei Betrachtung eines lebenden Auges leicht davon überzeugen, dass die Pupillarzone bei Verengung der Pupille sich verbreitert, bei Erweiterung sich verschmälert. Es wird dies ermöglicht durch Fixation des ängeren Sphincter-Randes mittelst der radiären Speichenbündel an peripher gelegenen Theilen der Irissubstanz von elastischer Beschaffenheit (hintere Grenzlamelle, Bündel der Irisstroma). Da die Speichenbündel nur radiäre Abzweigungen der Sphincter-Faserung sind, so schaffen sie bei Contraction des ganzen Muskels durch ihre Contraction fixe Punkte für den Sphincter, wirken der antagonistischen elastischen Contraction der Iris, deren morphologisches Substrat in erster Linie die Grenzlamelle ist, entgegen. Ist dann also der äussere Rand des Sphincter in seiner Lage fixirt, so wird eine Zusammenziehung seiner circulären Fasern abgesehen von der Verengung der Pupille eine Ensteltung der einzelnen Bündel zur Folge haben: sie werden pupillarwärts auseinandergeschoben, ihre Zwischenräume erweitert. Der Sphincter begrenzt nun unmittelbar den Pupillarrand. Hört seine Contraction auf, so gewinnt die elastische Contraction besonders der hinteren Glaslamelle das Uebergewicht: die durch schräg aufsteigende Fibrillenbündel mit ihr zusammenhängenden Sphincterbündel werden ciliarwärts zusammengeschoben, die nicht elastische Pigmentmembran springt am Pupillarrande spornartig vor, der Sphincter selbst sowie die Pupillarzone werden schmaler“.

Przeciwko przypisywaniu tylnej granicznej blaszce sprężystej charakteru mięśniowego przemawia i brak zupełny w tem miejscu charakterystycznego dla mięśni gładkich układu włókien nerwowych, co wykazał A. MEYER. GRUENHAGEN zwraca też uwagę na to, że u ptaków, obdarzonych poprzecznie prążkowanym zwieraczem i rozszerzaczem żrenicy, istnieje tylna warstwa graniczna takąż sama, jak u człowieka; musielibyśmy więc w razie uznania tej ostatniej za mięśniową przyjąć u ptaków współistnienie aż dwóch rozszerzaczy żrenicy, a mianowicie poprzecznie prążkowanego i gładkiego.

Fakt fizyologiczny, że atropina powiększa rozszerzenie żrenicy, spowodowane przez porażenie nerwu okoruchowego, któremu kol. M. przypisuje znaczenie *experimenti crucis*, wcale nie świadczy o istnieniu mięśnia rozszerzającego żrenicę; przedewszystkiem bowiem dla stwierdzenia faktów anatomicznych badania fizyologiczne mają tylko względną doniosłość; następnie zaś wzmiankowane doświadczenie dowodzi tylko istnienia jakiegoś mechanizmu rozszerzającego żrenicę, ale bynajmniej nie mięśniowej natury tegoż. Fakt ten oddawna objaśniono drażniącym wpływem atropiny na nerw współczulny, *resp.* naczynio-ruchowe włókna tegoż i powstające tą drogą zwięźenie naczyń krwionośnych tęczówki.

Również i cytowane przez kol. M. badania FRANCK'a wcale nie dowodzą istnienia mięśnia rozszerzacza, choćby dlatego, że sam FRANCK nie wierzy w ten mięsień. Podana przez niego teoria ruchów tęczówki jest następująca: upa-

trując podobieństwo pomiędzy funkcją tęczówki i naczyń krwionośnych, przyjąć możemy, że jedyny mięsień, zwieracz tęczówki, otrzymywać może od dwóch układów nerwowych przeciwne sobie bodźce, jedne wywołujące ruch (*excitomotrices*), drugie zwalniające (*relâchantes*); innemi słowy, że włókna rozszerzające źrenicę (*iridodilatatrices*) mogą mieć wpływ tamujący na zwieracz tęczówki. Jeżeli rozszerzenie naczyń, występujące pod wpływem bodźców zwalniających napięcie mięśni naczyniowych, zależy od odśrodkowego ciśnienia krwi, to rozszerzenie źrenicy zależeć może jedynie od mechanicznego działania tkanki sprężystej, nie przeciwważonego mięśniowym oporem zwieracza.

Istnieniu drobnych włókien nerwowych rozszerzających źrenicę, przyjmowanych przez FRANCK'a, zaprzeczył zresztą CHAUVÉAU na zasadzie następujących danych: jeżeli antagonistą nerwu okoruchowego ma być szyjowa część nerwu współczulnego, to zwężenie źrenicy, następujące skutkiem podrażnienia, powinno występować wcześniej, aniżeli rozszerzenie, spostrzegane po usunięciu oka z pod wpływu światła, a to z przyczyny, że bodziec nerwowy w pierwszym razie ma mniejszą drogę do przebieżenia, ponieważ droga nerwu współczulnego jest bez porównania dłuższą od drogi nerwu okoruchowego, a nadto, jak dowiódł CHAUVÉAU, że przewodnictwo w nerwie współczulnym jest 8 razy powolniejsze, niż w nerwach ruchowych, wychodzących z rdzenia. Otóż, doświadczenia CHAUVÉAU wykazały, że zarówno zwężenie jak i rozszerzenie źrenicy występują w pół sekundy po podrażnieniu świetlnem lub usunięciu tegoż.

Nie bez znaczenia dla poruszanej tu kwestyi jest również i przytoczony przez ABADIE'go fakt, że obecnie przy pomocy błyskawicznego proszku, złożonego z magnezu i saletry, udało się otrzymać fotografie źrenicy takiej, jaką się przedstawia w absolutnej ciemności. Otóż, przekonano się tą drogą, że w zupełnej ciemności źrenica posiada średnicę 10 mm., t. j. znajduje się w stanie maksymalnego rozszerzenia, podobnie jak po atropinie. Przyjmując istnienie oddzielnych włókien nerwowych rozszerzających źrenicę, zgodzić byśmy się musieli i na to, że włókna te drażnione są przez ciemność; nierównie prostszem będzie przypuszczenie, że z ustaniem wszelkiego bodźca świetlnego następuje zupełne rozluźnienie włókien kurczliwych.

Jeżeli więc przyjmowanego przez kol. M. zwiększania sprężystości tęczówki nie możemy czynić zależnem od skurczu mięsianego mięśnia rozszerzacza, którego istnienia nie dowodzi, to tem mniej prawdopodobnem wydać się musi ono wobec łatwej klinicznie nawet do sprawdzenia niedokrwistości tęczówki pod wpływem atropiny; cechą bowiem wszystkich tkanek niedokrwistych jest właśnie ich wiotkość i zmniejszenie konsystencji.

3) Jeżeli kol. M. twierdzi, że maksymalne rozszerzenie źrenicy ułatwia prowadzenie noża, to bardzo chętnie na tym punkcie ustępuję. Dla mnie i dla tych kolegów, których zdania zasięgałem, było to utrudnieniem, o ile się nam zdarzało operować przy rozszerzonej źrenicy, ponieważ nie tak dokładnie zdawaliśmy sobie wtedy sprawę z położenia końca noża i głębokości przedniej komórki.

ARLT w każdym razie zalecał tylko umiarkowane rozszerzenie źrenicy, radząc wpuszczać nie więcej jak jedną kroplę atropiny i to w przeddzień operacji.

4) Energiczne atropinizowanie oczom ludzi wiekowych 2% roztworem uważam za niebezpieczne i nie czuję się bynajmniej przekonany wywodami kol. M.. W dwóch wielkich podręcznikach oftalmologii znajdujemy następujące zdania:

„Das Auftreten einer glaucomatösen Entzündung nach Atropineinträufungen ist öfter beobachtet werden“ (GRAEFE-SAEMISCH T. V. str. 69) i *„L'action nuisible de l'atropine avait déjà été signalée par WHARTON JONES pour le glaucome aigu et par de GRAE,*

FE, qui annonça qu'un glaucome chronique latent pouvait être transformé en forme aiguë; mais c'est surtout H. DERBY qui signale les premières véritables attaques glaucomateuses suite d'instillations d'atropine et bientôt une longue série d'observations completa ce premier cri d'alarme [WARLOMONT, MOOREN, HIRSCHBERG i BEROLD i t. d.), (WECKER et LANDLOLT. T. II. str. 689).

Ale nie tylko atropina wywołuje ostre napady jaskry; wszystkie środki rozszerzające źrenicę mogą się stać ich powodem, o czym świadczy poniżej przytoczona kazuistyka jaskry toksycznej.

a) Napady jaskry po atropinie opisali:

1. H. DERBY. *Transactions of the American Ophthalmological Society*. 1869. str. 35.
2. MOOREN. *Ophthalmologische Mittheilungen* str. 55, oraz *Fünf Lusten etc.* str. 167.
3. HIRSCHBERG. *Zur Pathologie und Therapie des Glaucoms*. *Archiv f. Augenheilkunde*. T. III. str. 156.
4. BEZOLD. *Glaucom in Folge von Atropineinräufung*. *Bayrisches Intelligenzblatt*. 1875. Nr. 26. str. 266.
5. MAGNUS. *Ein Fall von acutem Glaucom hervorgetreten durch einmaliges Einträufeln von Atropin*. *Klin. Monatsbl.* 1876. str. 145.
6. SCHNABEL. *Beiträge zur Lehre vom Glaucom*. *Archiv. f. Augenheilkunde*. T. VI. str. 157.
7. CANT. *Acute glaucoma induced by atropine after iridectomy*. *Ophthalmol. Revier*. 1884. str. 265.
8. COGGIN D. *Glaucoma produced by atropine*. *Americ. Journ. of Ophthalm.* 1885. II. str. 8.
9. HODGES F. H. *Acute glaucoma Caused by atropine*. *Arch. Ophthalm.* XIV. str. 42.
10. HULL J. M. *A case of glaucoma, the result of atropine*. *Atlanta med. and surgic. Jour.* II. str. 35. 1885.
11. COHN. *Bericht über die Versammlung der Ophthalm. Ges.* 1886.

b) Przypadki jaskry po duboizynie:

1. GREEN. *An acute glaucomatous invasion following closely upon a single application of a very weak preparation of Duboisia*. *Transactions of the Americ. oplth. Society*. 1880. str. 148.
2. HEYL A. G. *Acute glaucoma induced by duboisia*. *Americ. Journ. of med. Sc.* T. 83. str. 398.

c) Przypadki jaskry po kokainie:

1. JAVAL. *Dangers de la cocaine dans le glaucome*. *Progrés. med.* 1886. Nr. 17. str. 355.
2. CHISOLM J. J. *An acute attak of glaucoma induced by the local application of cocaine*. *Americ. Journ. of Ophthalm.* 1886. str. 1886.
3. ULANZ. *Ueber einen Glaucom-Anfall nach Cocain* [istniały objawy *prodromorum glaucomatis*]. *Bericht über die XVII Versamml. der Ophthalm. Gesell. in Herdelberg*.
4. MAJER w dyskusyi nad przypadkiem MANZ'a.

d) Przypadek jaskry po homatropinie:

TH. SACHS. *Glaucom erzeugt durch Homatropin*. *Centralbl. f. prakt. Augenber.* 1882, wrzesień.

Oczywiście, we wszystkich tych przypadkach istniało usposobienie jaskrowe, które jednak nie zdradzało się, za bardzo małym wyjątkiem, żadnem podniesieniem śródocznego ciśnienia i przy troskliwym nawet badaniu wziernikowem, pola

widzenia i t. d., nie dawało się wykryć. O ile łatwiej stan taki ukrytym pozostać może wobec istniejącej katarakty, nie potrzeba chyba dowodzić; jak zaś czulemi są takie oczy na działanie środków rozszerzających źrenicę, świadczy między innymi spostrzeżenie SCHNABL'a, w którym kropla rozczyńu atropiny w rozcieńczeniu $\frac{1}{2500}$ wywołała ostry napad jaskry, który zmusił do irydektomii. Zjawiska te godzą się bardzo dobrze zresztą z teorią jaskry podaną przez MANSFREDI'ego i KNIER'a, a rozwiniętą dalej przez WECKER'a, WEBER'a, PRIESTLEY-SENITH'a, BRAILEY'a i innych, która znalazła świetne potwierdzenie w jedynym dotąd anatomicznie zbadanym przypadku pierwotnej ostrej jaskry BIRNBACHER'a. Niewielka stosunkowo liczba spostrzeżeń toksycznej jaskry, zwłaszcza z ostatnich lat, pochodzi ztąd, że pojęcie o nieobojętnem działaniu środków rozszerzających źrenicę przeniknęło szerokie masy lekarzy, oddających się leczeniu chorób ocznych i że nie wszyscy chętnie się chwala skutkami swojej nieostrożności. Nad innymi następstwami stosowania tak stężonego rozczyńu atropiny, jaki kol. M. zaleca, jako to: możliwością ogólnego zatrucia i wywołania *delirium*, jako niedostatecznie dowiedzionymi, uważam za zbyteczne rozwodzić się.

5) W oczach ludzi wiekowych obok zaćmy rozwija się często i jaskra; świadczą o tem, jak już wspomniałem uprzednio, samoistne napady jaskry w okresie pęcznienia zaćmy, niemniej gwałtowne krwotoki śródoczne, występujące bezpośrednio po najpomyślniejszych operacjach zaćmy, oraz przypadki, w których zamknięcie ranki opóźnia się na długo, komórka nie wytwarza się, a gałka dochodzi do znacznej twardości. Dość obszerna kazuistyka tych smutnych wydarzeń zebrana jest między innymi w pracy MITTERMAIER'a: „*Ueber das Vorkommen von Glaukom in kataraktösen Augen. Heibelberg. 1889*”; o ile częstszymi i groźniejszymi byłyby one przy stałem stosowaniu tak mocnych rozczyńów atropiny, nie chcę przesądzać.

W. Kamocki.

Druga odpowiedź kol. Kamockiemu.

Zmuszony jestem odpowiedzią kol. K. jeszcze raz powtórzyć, że metoda, o której pisałem, stanowi w literaturze okulistycznej nowość, bo dotychczas nikt w żadnym specjalnem piśmie nie przemawiał za korzyścią stosowania atropiny w operacji zaćmy. Wzmianki, jakie kol. K. znalazł w *Jahresbericht*, drukowane w ciągu roku w niezliczonej masie, giną dla czytających i literatury, tembardziej że są drukowane w dziele, zwykle nie czytany, który służy jedynie do informacji bibliograficznych. Wreszcie gdybym nawet zajrzał do wydawnictwa MICHL'a i odnalazł tytuł „pracy” GAMA'y, to ze znajdującego się tam streszczenia, nigdybym się nie domyślił, że autor w celu zabezpieczenia tęczy od wypadania rozszerza źrenicę do *maximum* w przeddzień operacji. Tego rodzaju streszczenie nawet nie obowiązywałoby mnie do szukania oryginału.

Jeżeli powoływałem się na LANDOLT'a i usprawiedliwiałem się nieznanieniem w jego artykule: „*L'opération de la cataracte de nos jours*” żadnej wzmianki o interesującej mnie kwestyi, uczyniłem to dlatego, że autor ten otrzymał odpowiedzi na rozesłany przez siebie kwestyonaryusz od wybitniejszych okulistów wszystkich krajów i w pracy swojej zestawił najrozmaitsze i najnowsze poglądy. Co się tyczy trzeciej pracy, przez kol. K. cytowanej i znanej mu jedynie z tytułu, to uważam powoływanie się na tytuł pracy nieczytanej za niewłaściwe, a nawet bardzo ryzykowne, gdyż zawierać ona może poglądy wbrew przeciwnym, o które walczę.

Większą część drugiej swojej repliki kol. K. poświęca kwestyi mięśnia rozszerzacza. W artykule moim kwestyi tej wcale nie poruszałem, na wstępie tylko wyraziłem przypuszczenie, że „przy rozszerzonej do maksymalnych granic

żrenicy, przy nasyceniu tęczy atropiną, kolosalny skurcz włókien mięśniowych nada właśnie tej błonie pożądane zalety...“ To teoretyczne przypuszczenie nie sprawdziło się i artykuł mój, o treści którego kol. K. zapomniał, napisałem dlatego, aby na zasadzie otrzymanych wyników przekonać czytelników, iż atropina stanowi, wprawdzie tylko pośrednio, środek zwężający żrenicę po operacji zaćmy i najlepiej zatrzymujący tęczę w jej pozycji prawidłowej, dzięki temu, że wywołuje drogą odruchową tetaniczny skurcz mięśnia zwieracza. W pierwszej swojej odpowiedzi również nie bronilem poglądów anatomicznych IWANOW'a, MERKEL'a i innych; zaznaczyłem bowiem wyraźnie, że istnienie mięśnia rozszerzacza nie ulega dla mnie żadnej wątpliwości, pomimo niezgody anatomów, bo dowodzą tego nie dające się obalić fakty fizjologiczne.

I teraz, chociaż kwestya ta, powtarzam, nie wspólnego z artykułem moim mieć nie może, zmuszony jestem jeszcze raz bronić sprawy rozszerzacza, gdyż kol. K. wypowiada zbyt jednostronne poglądy.

GRUENHAGEN, SCHWALBE i inni nie zgadzają się wprawdzie z IWANOW'em i MERKEL'em, ale jednak nie odrzucają istnienia innego mechanizmu mięśniowego rozszerzającego żrenicę. Pierwszy z tych autorów, który w II tomie fizjologii swojej stara się dowieść, że dla zrozumienia ruchów obejść się można i bez mięśnia rozszerzacza, w III tomie, zapomina o swoich poprzednich dowodzeniach, przypisuje ściankom naczyń, *resp.* włóknom mięśniowym tych ścianek, rolę rozszerzaczy i kończąc rozumowanie swoje, wyraża się w sposób następujący: „*Gegenwärtig ist nur von Wichtigkeit hervorzuheben, dass auch die pupillendilatierenden Nervenfasern einen Tonus der ihnen untergebenen Muskulatur bedingen. Denn seit PETIT wissen wir, dass jede Durchtrennung des Hals-sympathicus von einer deutlichen Pupillenverengung gefolgt wird, und können nicht zweifeln, dass die letztere auf einer Erschlaffung vorher in Thätigkeit gewesener Muskelapparate, eben der vom Irissympathicus versorgten, beruht.*“

W odpowiedzi na przytoczone przezemnie doświadczenie z przecięciem *n. oculomotorii* kol. K., który również uznaje istnienie mechanizmu rozszerzającego żrenicę i polegającego na zwężeniu naczyń krwionośnych, twierdzi, że mechanizm ten nie jest mięśniowej natury. Pogląd ten zmienia kardynalnie budowę ścianek naczyń krwionośnych.

Powolywałem się w dyskusji na posiedzeniu Gazety Lekarskiej na badania FR. FRANCK'a tylko dlatego, że badacz ten dowiódł istnienia oddzielnych włókien rozszerzających żrenicę i oddzielnych zwężających naczynia. Szło mi wtedy tylko o to, aby przekonać kol. K., że istnieje samodzielny mięśniowy mechanizm rozszerzający żrenicę. Teorya ruchów tęczy FRANCK'a, teorya, której nie można odmówić dowcipu, w żaden sposób przyjętą być nie może, bo musielibyśmy wtedy przypuścić, że tkanka łączna pod względem zdolności kurczenia się nie ustępuje tkance mięśniowej.

Doświadczenia CHAUVEAU, które zaprzeczają absolutnie wpływu nerwu współczulnego na rozszerzenie żrenicy, stoją w tak rażącej sprzeczności ze znanymi nam faktami fizjologicznymi, że musimy, chcąc nie chcąc, doświadczenia tego badacza uznać za niedokładne.

Doświadczenia ABADIE'go, które kol. K. stara się wyzyskać również na korzyść bronionej przez siebie idei, nie dają się wytłómaczyć w tak prosty sposób, jakby się to wydawać mogło. Wiadomo nam wszakże, że nawet przy zupełnem zniszczeniu włókien nerwowych, zwężających żrenicę, ta ostatnia nie rozszerza się do maksymalnych granic; w jakiz więc sposób zrozumieć takie jej rozszerzenie jedynie przy rozluźnieniu włókien kurczliwych. Przypuścić trzeba jedno z dwojga: albo, że obliczenia ABADIE'go są mylne, lub też jakieś podrażnienie zakończeń nerwu współczulnego podczas doświadczenia przez czynniki nam nieznane.

Ostatni ustęp drugiego punktu repliki przekonywa mnie ostatecznie, że autor jej zupełnie stracił z oczu treść mego artykułu. Przypominam więc, że zwiększenie sprężystości tęczówki jest następstwem zwięzienia źrenicy, wywołanem atropinizacją. O niedokrwistości więc tęczówki mowy być nie może.

Przyznam się, że usiłowania kol. K., by zebrać z literatury jak największą liczbę nieszczęśliwych wypadków wskutek użycia atropiny, duboizyny, homatropiny i kokainy wydają mi się trochę bezcelowemi. Gdyby szło o jakieś środki nowe, mało wypróbowane i nieznanne szerszemu kołu lekarzy, to szereg kilkunastu nazwisk autorów, na których się powołuje kol. K., zaimponowałyby mi, być może. Ale tu wszak idzie o *mydriatica*, o środki, które należą do najbardziej rozpowszechnionych, używanych codziennie w wielu różnorodnych cierpieniach przez wszystkich bez wyjątku okulistów i kol. K. nawet pomimo swej obawy zmuszony jest zbyt często do nich się uciekać. Dlaczego więc, rozporządzając w dodatku tak dużym materiałem, jaki się tylko zdarza w większych europejskich klinikach, nie przytacza swoich nieszczęśliwych przypadków i nie poucza mnie własnem doświadczeniem.

Kol. K. utrzymuje również, że w literaturze, którą, nawiasem mówiąc, przejrzał od roku 1869, niema dużej ilości spostrzeżeń toksycznej jaskry, bo lekarze niechętnie ogłaszają nieszczęśliwe przypadki ze swej praktyki. Nie mogę się na to zgodzić. Jeżeli okulista, obserwując chorego z zaćmą, rozwijającą się na oku pozornie zupełnie zdrowem, otrzyma po wkropleniu atropiny niespodzianie ostry napad jaskry, to pouczające to spostrzeżenie ogłosi napewno nawet wtedy, gdy będzie na punkcie statystyki swojej bardzo wrażliwy. Zresztą ani GRAEFE, ani WECKER, w podręczniku którego zebrane są najnowsze poglądy, bynajmniej nie przestrzegają przed użyciem atropiny u ludzi starszych; przynajmniej ze zdania przytoczonego z dzieła GRAEFE'go wyczytać tego nie mogłem; autorom tym szło tylko o to, aby nie używać atropiny tam, gdzie ciśnienie śródoczne jest wyraźnie podniesione, na co naturalnie najzupełniej się zgadzam.

Zresztą jeżeli przyjmujemy pod uwagę warunki, jakie sprzyjają powstawaniu jaskry i zestawimy je z pewnemi własnościami rozwijającej się zaćmy, przekonamy się, że absolutnie niemożliwym jest spokojny jej rozwój, niepowikłany żadnemi przypadłościami, w oku do jaskry usposobionem. Można być najzupełniej pewnym, że we wszystkich bez wyjątku przypadkach tej kombinacji usposobienie jaskrowe ujawni się na zewnątrz, gdyż wystąpią typowe objawy jaskry, zanim jeszcze zaćma należycie się ukształtuje. Przyczynę tego łatwo zrozumieć. Soczewka w okresie największego pęcznienia wskutek powiększenia się jej rozmiarów wpływa na ciśnienie śródoczne i zmniejsza głębokość przedniej komórki; warunki te nie mogą pozostać obojętnymi tam, gdzie istnieją jeszcze inne zmiany usposabiające oko do jaskry. I rzeczywiście, lekarzowi zdarza się spostrzegać rozwój tego cierpienia podczas pęcznienia soczewki. Jeżeli więc oko szczęśliwie przez tę próbę przeszło, to napewno znieśie i atropinę, która właściwie na ciśnienie oczu zdrowych wpływu żadnego niema.

W końcu swego artykułu kol. K. przypuszcza możliwość rozwinięcia się wtórnej jaskry wskutek atropinizacji i wystąpienie pooperacyjnych krwotoków; na pierwszy z tych zarzutów odpowiedziałem już raz, wypada mi więc powtórzyć tylko, że atropina najlepiej właśnie chroni oko od wtórnej jaskry, bo zabezpiecza przed wypadnięciem tęczy i tylnymi zrostami, które to powikłania wpływają właśnie na rozwój tego cierpienia.

Krwotoki, o których mowa, stoją w związku jedynie z olbrzymiemi zmianami w ściankach naczyń krwionośnych; atropina więc, która zachowuje się najzupełniej obojętnie względem tych naczyń, nie może stanowić nawet najdrobniejszego momentu etyologicznego w powstawaniu tego groźnego następstwa ope-

racyi zaćmy. Należy właściwie przypuścić, że atropina, która otwiera dla krwi nową drogę do nagle rozszerzonych naczyń tęczówki, zabezpieczy raczej oko od wylewów do ciała szklistego.

I. Mutermilch.

Wiadomości bieżące.

— Opierając się na poprzednich swoich badaniach nad lasecznikiem influenzy, BRUSCHETTI wykonał świeżo w instytucie patologii ogólnej w Bolonii nowy szereg doświadczeń, celem przekonania się, czy możliwym jest, zaszczepiając zwierzętom hodowlę wymienionego mikroba uczynić je odpornymi przeciw grypie, czy odporność ta da się przenieść na inne zwierzęta przez wstrzyknięcie tym krwi ze zwierząt pierwotnie szczepionych, i czy surowicę tejże krwi nie daloby się stosować nie tylko w celu profilaktycznym, lecz i leczniczym. Wszystkie doświadczenia dokonane zostały na królikach. Wnioski, do jakich autor doszedł, są następujące: 1) Zaszczepiając królikom hodowlę lasecznika influenzy, można je bardzo łatwo odpornymi uczynić. 2) Najlepszym materiałem do szczepienia, wywołującym najwyższy stopień odporności, są hodowle na krwi, przesączone poprzednio przez świece BERKEFELD'a, 3) Surowica zwierząt szczepionych posiada nietylko własność zabójczą w stosunku do bakteryi, ale i silne działanie antytoksyczne. 4) Surowica zwierząt szczepionych posiada własność udzielania innym zwierzętom odporności przeciw zakażeniu i intoksykacyi ze strony lasecznika influenzy, a to w stopniu tak wysokim, że stosunek ilości surowicy do jednego grama wagi ciała wynosi $\frac{1}{420000}$, a nawet jeszcze mniej. 5) Surowica ta posiada wreszcie własności lecznicze: zniża ona ciepłotę i ocala od śmierci królika, którego przed 48 godzinami dotknęła najcięższa postać zakażenia, ta mianowicie, którą otrzymuje się przez bezpośrednie wstrzyknięcie hodowli do tchawicy i która zwykle zabija zwierzęta w przeciągu kilku dni. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*. 1893. Nr. 33).

H. L.

— Od czasu [1873 rok] wprowadzenia do nauki przez HANOT'a po raz pierwszy pojęcia o przerostowej marskości wątroby z przewlekłą żółtaczką, SCHACHMANN, GASTON, BUCQUOY, CHARCOT i GOMBAULT i inni ogłaszali dalsze spostrzeżenia, dotyczące tak obrazu klinicznego, jak i anatomii patologicznej omawianego przedmiotu; niedawno zaś HANOT do obrazu klinicznego dodał dwa nowe objawy: bulimię i policholię. Dzięki temu obraz kliniczny sprawy tej został ostatecznie ustalony, i rozpoznanie nie jest trudnem, etylogia jej jednak pozostała zupełnie ciemną: LANCEREAUX przypuszczał malaryczne pochodzenie całej sprawy, HANOT jednak zupełnie nie podziela tego mniemania. W każdym spostrzeganym przez niego przypadku znajdujemy: u osobników lat 20—40 wybuch ostry, z gorączką do 40°, potami, żółtaczką, powiększeniem wątroby i śledziony, wzdęciem brzucha, do czego czasami przyłącza się przemijające zbieranie się płynu w jamie otrzewnej. Po zwolnieniu tych groźnych objawów wątroba, pomimo pozornego zdrowia, pozostaje powiększoną i powiększa się dalej zwolna, żółtaczka staje się przewlekłą, wybuchy zaś choroby niekiedy powtarzają się. Na zasadzie takiego przebiegu sprawy HANOT uważa przerostową marskość wątroby za chorobę, wywołaną przez jakiś zarazek. W zgodzie z tem przypuszczeniem pozostaje i anatomia patologiczna; w wątrobie bowiem marskiej, powiększonej, spotykamy tkankę łączną bogatą w pierwiastki komórkowe i nacieczoną leukocytami, naczynia krwionośne rozszerzone, przewody żółciowe rozszerzone i rozrosłe, komórki powiększone, często w stanie mitozy — cechy niemal analogiczne z cechami wątroby zakaźnej. Przypuszczenie więc o zakaźnem pochodzeniu przerostowej marskości wątroby oczekuje tylko, podług HANOT'a, potwierdzenia ze strony bakterjologii. (*Le bulletin médical*. Nr. 77. 1893).

L. W.

— Kol. A. FABIAN mianowany został lekarzem miejskim cyrkułu Towarowego w Warszawie.

— O pierwszych przypadkach cholery, jakie zdarzyły się w Warszawie i jej przedmieściach, znajdzie czytelnik wzmianki w wiadomościach bieżących miejscowych pism lekarskich. Tu podajemy dat kilka za ubiegły miesiąc, zaczerpnawszy statystyczne dane z urzędowych wykazów

istniejących oddziałów cholerycznych. Wogóle od 4-go października do 1 listopada b. r. przybyło do nich 40¹⁾ osób chorych na cholere, z tych wyzdrowiało 8, zmarło 16, pozostaje w leczeniu 16

| W szczególności: | | | Przybyło. | Wyzdr. | Zmarło. | Pozost. |
|------------------|------------|-------------|-----------|--------|---------|---------|
| Do szpitala | Zapasowego | od 4. X. | 12 | 4 | 6 | 2 |
| " | " | Żydowskiego | od 10. X. | 7 | 3 | 3 |
| " | " | Dz. Jezus | od 15. X. | 21 | 1 | 7 |
| | | | | | | 13. |

Chorych tych dostarczyły następujące miejscowości:

| | |
|---|----|
| Gmina Czyste ze wsią Ochotą | 10 |
| Mokotów | 15 |
| Warszawa [ul. Burakowska, Litewska, Żłota, Dunaj Wązki] | 6 |
| Praga [ul. Szeroka] | 3 |
| Ulica Piaskowa [za rogatką Powązkowską] | 1 |
| Przybyło z prowincyi | 5 |

Na razie pojedynczo występujące zapadnięcia na cholere azyatycką, w drugiej połowie ubiegłego miesiąca, a szczególnie w ostatnim tygodniu stały się częstszymi z chwilą, gdy wybuchła cholera w Mokotowie, gdzie powstało jakoby ognisko zarazy, które w ciągu kilku dni dało kilkunastu chorych. Jest to posiadłość izraelity Regirera, przedstawiająca jakoby odrębną osadę, złożoną z kilkudziesięciu lichych domków, otaczających niebrukowane, brudne podwórze. Mieszkańcy, przeważnie wyrobniicy, których liczba do kilkuset dochodzi, mieszczą się w ciasnocie niesłychanej: w małych, wilgotnych, niechlujnie utrzymywanych izbach. Wodę do picia czerpią z pobliskiej glinianki, czyli dołu, skąd wydobyto glinę do cegielni [Milewskiego]. Również w dole obok kałuży znajduje się studnia, licho ocembrowana i wcale niezabezpieczona od spływania do niej wszelkich nieczystości z podwórza, a nawet wprost z przepelnionych wychodków, jak mnie o tem jednoznacznie zapewniają chorzy, którzy tam na cholere zapadli. Kolega WITOSŁAW DĄBROWSKI, który z polecenia władzy objął na czas epidemii opiekę lekarską nad gminą Mokotów, natychmiast kazał tę studnię zasypać i zabronił mieszkańcom używać wody z glinianki. Odtąd otrzymują ją z innej dość odległej studni, zawierającej czystą wodę. Otworzono też bezzwłocznie t. zw. dom izolacyjny, do którego, w razie zapadnięcia kogoś na cholere, przenoszą zdrowych współmieszkańców, a izbę poddają najściślejszej dezynfekcyi.

Energiczne to wystąpienie władz policyjno-lekarskich na razie stłumiło wybuch miejscowej epidemii i zapobiegło szerzeniu się zarazy na sąsiedztwo. Najskrupulatniejsze poszukiwania i wybadywanie mieszkańców Mokotowa, a względnie posiadłości Regirera, nie pozwoliły dotąd wykryć, zkąd zawleczono cholere. Wobec tego nasuwa się nam pewne przypuszczenie, które zdaje się niedalekiem być prawdy. Gmina Czyste, a szczególnie jej wieś Ochota, jak wiadomo, w roku zeszłym była głównym siedliskiem zarazy, w bieżącym też roku najpierw tam zaczęli ludzie zapadać na cholere, co i dotychczas ma miejsce. Naturalny spadek wód tej miejscowości, idący ku Wiśle, wypada właśnie przez Mokotów, a może nawet przez posiadłość Regirera, leżącą po prawej stronie szosy o ćwierć mniej więcej wiorsty za rogatką Mokotowską. Otóż, możliwą jest rzecz, że woda zaskórna, zarażona przecinkowcami cholery w Ochocie, dostała się pod ziemią do Mokotowa, a względnie do studni albo zbiornika wody w gliniance posiadłości Regirera i tak powstało ognisko epidemii mokotowskiej.

Przypuszczenie nasze bynajmniej nie rości sobie pretensyi do wykluczenia innej drogi, którą zkądkolwiek inąd zawleczono cholere do Mokotowa.

Cholera w roku bieżącym, o ile to mogłem zauważyć na moich chorych, odznacza się dość gwałtownym charakterem i szybkim przebiegiem. Po kilku zaledwie wypróżnieniach dołem i górą następuje okres zamartwicy z zupełnem zniknięciem tętna i niebawem w kilkanaście godzin od chwili zapadnięcia chory umiera.

Stosunkowo dużo choruje na cholere dzieci; prawie połowa moich chorych są to dzieci od 1—12 lat, i u tych przebieg choroby jest łagodniejszym niż u starszych. *W. Świątecki.*

¹⁾ Kilkanaście przypadków cholery, zakończonych wyzdrowieniem lub śmiercią, nie dostało się do oddziałów szpitalnych.

W końcu Października opuścił prasę

KALENDARZ LEKARSKI

J. POLAKA

na r. 1894;

opracowany przez D-rów: Hewelkego, Polaka, Szumlańskiego, Sterlinga; asesora farmacji urzędu lek. m. Warszawy, A. Bukowskiego, redaktora „Wiadomości farmaceut.“, Wł. Wiorogórskiego.

Kalendarz J. Polaka na r. 1894 składa się z dwóch części:

1) Część pierwsza mocno i ozdobnie oprawna w płótno angielskie, zawiera kalendarz właściwy, notatnik, ogólne informacje (podział czasu, miary, wagi i t. p.), spis leków, wraz z dawkami i sposobem użycia, nowe metody lecznicze, ratownictwo, najwyższe dawki środków trujących, rozpuszczalność niektórych leków, ilość kropeł w skrupule i drachmie i t. p., oraz listę lekarzy w Warszawie i na prowincyi zamieszkałych, spis lekarzy szpitalnych, aptek, izb felczerskich w Warszawie i t. p. Nadto umieszczoną została w tej części całkowita nowa taksa aptekarska z wydania urzędowego r. 1892 i z włączeniem późniejszych sprostowań, obejmująca przeszło 3000 środków.

2) Część druga, jako nieprzeznaczona do noszenia w kieszeni, drukowana jest większemi czcionkami i zawiera: a) dosłowny przekład nowej ustawy szpitalnej (r. 1893) — przepisy ogólne i specjalne dla gub. Królestwa Polskiego, oraz obowiązujące paragrafy dawnych ustaw, b) badanie chemiczne wody (przekład broszury wydanej przez redakcyę „Zeitsch. für Nahrungsmitteluntersuchung“), c) badanie chemiczne i mikroskopowe produktów spożywczych, d) skład chemiczny około 100 artykułów żywności, e) tabelkę składu ważniejszych wód mineralnych.

Cena obu części 1 r. 20 kop., z przesyłką 1 r. 40 kop. Nabywać najlepiej w redakcyi „Zdrowia“, 25 Śt.-Krzyżka w Warszawie, również w księgarniach oraz za pośrednictwem „Gazety lekarskiej“ i „Kroniki lekarskiej“. Można zamawiać za zaliczeniem pocztowem. 0—1

D-r W. MAYZEL Asyst. Uniw. wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d.. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie. 0—5

Ulica Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala S-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, **Dr. L. Nencki** dokonywa wszelkich rozbiorów wchodzących w zakres dyjagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, mleka kobiecego i t. p. materyjałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów, mających zastosowanie w handlu i przemyśle. 0—3

VICHY

Source DUBOIS

Garantie véritable.

La Source Dubois est située rue de Nîmes, au centre de la ville de Vichy.

Najzwyklejsza 11^o najlepsza do trawienia najwięcej poszukiwana i najwięcej zalecana.

Główny Agent na Królestwo Polskie

Henryk Feigenblatt

Warszawa, Orła 6.