

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W Redakcyi* półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1872) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1872 r. rsr. 98 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Uwagi nad treścią podjęzycznego guza, zwanego żabką. Przez Dra *H. Fudakowskiego*, docenta Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu. Roczne sprawozdanie z oftalmicznej praktyki. Przez Dra med. *Józefa Talko* (w Lublinie), członka towarzystw niemieckich oftalmologów w Heidelbergu, oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Tyflisie, Wilnie i w Odessie. Kronika zagraniczna. Ropnica (*pyaemia, febris pyaemica*). Przez prof. Dra *C. Huettera*. Spolszczył Dr *Kazimierz Gurbki*. (Ciąg dalszy). Wiadomości bieżące. Zeszyt 2-gi Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Nowy sposób operowania hydrocele i torbieli surowicznych. Xylonit. Jubileusz Prof. Dra *Adama Owicza*. Drowie *Michel Lévy* i *Salvatore de Renzi*. Dodatek. Anatomii opisowej ark. 29. Patologii ogólnej T. I ark. 4. Syfilidologii ark. 8. Tytuł dzieła i spis rzeczy do Auskultacyi i Perkussyi (Dokończenie dzieła). Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii *Heitzmanna* dołącza się ark. 20. Dla PP. Prenumeratorów Przeglądu postępów nauki lekarskiej dołącza się zeszyt II-gi.

Uwagi nad treścią podjęzycznego guza, zwanego żabką.

Przez Dra *H. Fudakowskiego*, docenta Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu.

W końcu ubiegłego i w lutym bieżącego roku ogłoszone zostały przez pp. Drów *J. Minkiewicza* i *J. Talkę*, dwa rzadkie postrzeżenia podjęzycznych torbieli (Gaz. Lek. T. XI, 232 i T. XII, 80), których treść miała być niepomernie gęstą. Spójność tej treści zwróciła uwagę wspomnianych autorów. Przed siedmiu laty, w czasie mojego pobytu w Wiedniu, miałem zręczność badać treść podobnej podjęzycznej torbieli. Mając zapisane wypadki tego rozbioru, mam obecnie zamiar za ich pośrednictwem zwrócić nieco uwagę na skład podobnych cieczy.

Ciecz w mowie będącą użyłem do badania świeżą, wkrótce po przyniesieniu jej z kliniki, gdzie ją z podjęzycznego guza wypuszczono. Oddziaływanie jej

było mocno zasadowem. Kleista i gęsta, stopniem swęj spójności przypominała ciągnącą się galaretę. Stłuszczone komórki i rozsypane krazki krwi, oraz kropelki tłuszczu czyniły tę ciecz trochę mętną.

Chemiczne próby wykazywały w tej cieczy znaczną ilość ciał białkowatych wspólnie zaś z wymienioną własnością całej massy, mianowicie z jej klejowatością zniewalały one do przypuszczenia, że ma się do czynienia z płynem raczej bardzo zamożnym w paralbumin aniżeli skrzeplym. Przy ogrzaniu następowało ścinanie się. Wyskok dawał znaczną ilość serowatego osadu, który po pewnym czasie, nawet w kilkanaście godzin w znacznej części rozpuszczał się w ciepłej wodzie, reszta zaś pęczniała i nie przechodziła w roztwór. W kleistym roztworze, otrzymanym tą drogą, równie jak w pierwotnej cieczy, rozcieńczony octowy kwas sprawiał osad, rozpuszczający się w nadmiarze tego kwasu; inne odczyny tego roztworu były właściwemi paralbuminowi. Pierwotna ciecz mętniała też już przez dodawanie znacznej ilości wody.

Ilościowy rozbiór wykazał następujący stosunek składowych części:

Wody	: 93,7%	}	5,47	spopielaających się organicznych istot, między którymi przeważały ciała białkowe (4.23)—nadto tłuszcz. Mocznika nie znaleziono.
Części stałych	: 6,3%		0,83	popioły.
100,0			6,3.	

Jeżeli porównamy stosunek wody i istot stałych w badanym płynie i w cieczach jakie z torbieli jajników się otrzymuje, to znajdujemy znaczne podobieństwo. Zwykle też płyny wypuszczane z torbieli jajników są niezmiernie klejowate, ciągną się w długie nici i ta ich własność zależy od obecności paralbuminu. Zestawione przez C. M é h u cyfry z jedenastu rezbiorów cieczy chorobliwie nagromadzonych w torbielach jajników, wskazują następujące najmniejsze i największe ilości części stałych, a w nim proteinowych ciał i ogniotrwałych ostateków (*Archiv gener. 1869, Novbr. 524*):

a) Części stałe na 100 cz.	b) białkowe ciała na 100 cz.	c) popioły na 100 cz.
I) 1,7 — II) 8,9	I) 0,9 — II) 5,3	I) 0,8 — II) 0,91.

Płyn z najmniejszą ilością ciał białkowatych, nie był kleistym i gęstym jak pozostałe dziesięć; najbardziej był on podobnym do surowicznych cieczy.

Odczyny otrzymane w płynie badanym przezemnie, odpowiadały tym, jakie paralbuminowi przypisują. Odkąd J. S c h e r e r odróżnił tę postać ciała białkowego, przezeń paralbuminem nazwaną, znajdowano ją za nim tylko w cieczach torbieli jajnikowych. Własności jednak tego ciała nie nazbyt różne i nie dość charakterystyczne, budziły już podejrzenie, czy ów paralbumin jest istotnie odrębną postacią ciała białkowego, czyli raczej pewne odmiany w jego własnościach, różniące go od znanych własności innych ciał tej grupy, nie zależą od przymieszek, które własności białka w ten sposób zmieniają. Mniemanie też później (E. E i c h w a l d), że paralbumin jest jednym ze stopni przemian, jakim ulega białko powolnie w koloidalnych cieczach, pod wpływem obecnej

w nich i również przemieniającej się śluzowej istoty. Wedle tego poglądu paralbumin ma różnić się od białka t \acute{e} m, że posiada wi \acute{e} ksze powinowactwo do wody, tak, że nie można dokł \acute{a} dnie stracić białka zmienionego w paralbumin, przez wplyw odczynników odbierających mu wodę.

Późniejsze badania samego Scherera (w 1866 r.), wykazywały znaczne podobieństwo między odczynami białka i paralbuminu; znajdując jednak, że przymieszki tłuszczu, istoty śluzowej (mucyny), związków nieorganicznych i t. p. nie powodują tych różnic w odczynach, uznawał on molekularne różnice między temi dwoma postaciami pokrewnych ciał.

Najnowsze badania w tej mierze S. Oboleńskiego (*Archiv für d. gesammte Physiologie, IV, 336*), mające za przedmiot śluzową istotę i paralbumin, przynoszą wielce pożądanę skazówkę, że paralbumin nie jest pojedynczym ciałem. Najprzód podobny on jest do śluzowej istoty swemi rozkładami: gotowany z rozcieńczonym kwasem siarczanym, rozkłada się na istotę białkową i na ciało, przypominające swymi odczynami cukier gronowy (kwas oksyfanowy). Nadto, jeżeli do istoty śluzowej dodaje się, jako przymieszka, białko jaja w rozmaitych ilościach, nie zmieniają się t \acute{e} m wcale jej odczyny; odwrotnie rzecz się ma, skoro do śluzowej istoty domiesza się białka surowicy, więc surowicy krwi: mucyna strącająca się zwykle dokł \acute{a} dnie kwasem octowym, wówczas daje trochę kłaczkowatego osadu, lub strącona przez dodanie kwasu octowego, rozpuszcza się z łatwością już w nadmiarze surowicy. Oboleński wnioskuje, że paralbumin przedstawia mieszaninę ciał białkowych i śluzowatej istoty.

Podobne odczyny, różne od odczynów czystej śluzowatej istoty, otrzymać można z wyciągiem z trzęsłiny Wharton'a w \acute{e} powinie.

Może t \acute{e} ż słuszne są domniemania niektórych badaczy, że istota międzykórkowa w bardzo młodej, rozwijającej się tkance łącznej, składa się również z mieszaniny surowicy i śluzowej istoty.

ROCZNE SPRAWOZDANIE Z OFTALMOLOGICZNEJ PRAKTYKI

od 1 (13) marca 1871 do 1 (13) marca 1872 r.

Dra med. Józefa Talko (w Lublinie), członka towarzystw niemieckich oftalmologów w Heidelbergu, oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Tyflisie, Wilnie i w Odessie.

*Na co tylko stać kogo, każdy coś niech daje!
Już ten grzeszyć poczyna, kto działać przestaje.
J. Minusowicz.*

Złożenie naukowego sprawozdania z prywatnej praktyki lekarskiej należy do najtrudniejszych zadań lekarza; chorzy bowiem szczególnie starozakonni w tu-tejszym kraju, częstokroć raz uzyskawszy od lekarza receptę, później wcale go nie odwiedzają, a szukają kolejno porady u wszystkich innych kolegów, znajdujących się w danej miejscowości. Jedni tylko lekarze specjaliści pod tym względem stanowią wyjątek. Należąc do tych ostatnich, dzielimy się z czytelnikami

Gaz. Lek. ¹⁾ ciekawszomi spostrzeżeniami, które w ciągu ubiegłego roku w Lublinie zebrać zdołaliśmy.

W ciągu roku, od 1 (13) marca 1871 do 1 (13) marca 1872 r., mieliśmy chorych nietylko z Lublina, lecz ze wszystkich miejsc gubernii lubelskiej i niektórych sąsiednich powiatów gub. siedleckiej, radomskiej i kieleckiej. Żydzi dali największy procent chorych, następnie szlachta, urzędnicy, duchowni i włościanie nietylko okoliczni, lecz i z dalszych stron, np. Tarnogrodu. W tym roku nie obserwowaliśmy żadnej epidemicznej choroby oczu; zanotować tylko muszę, że w sierpniu miałem czterech chorych cierpiących na *oedema conjunctivae bulbi*, w jednym razie, u obywatela z sąsiedniej wsi, takowa rozpoczęła różę powiek i twarzy; w drugiej połowie stycznia r. b. miałem jedną starozakonną dziewczynkę zamożnych rodziców, cierpiącą na *diphtheritis conj. bulbi sin*, choroba miała dobre zejście.

Przedewszystkiem szukali u nas porady chorzy potrzebujący pomocy operacyjnej, z wadami organicznemi oczu i zapaleniem głębokich części oka. Lekkie zapalenia oczu, szczególnie łącznicy, leczy i każdy lekarz, a więcej felcerzy, którzy są prawdziwą plagą w tutejszym kraju; korporacją w której zanadto wiele szarlataneryi i oszustwa; wyjątki chyba tylko natrafić można pomiędzy katolikami. Nietylko felcerzy i owczarze, ale i każdy tu, jak to się praktykuje wszędzie, radzi i leczy wszelkie ludzkie niemoce, nie wykluczając i cierpienie oczu, zalecając paryzką wodę, miętusowe sadło, (*liquor hepatis mustellae fluviatilis*, rodzaj tranu), zamawianie, spędzenie łuszczyki, której wcale niema i t. p. leki zewnętrzne; lecz w razach gdzie potrzebna operacyjna pomoc, tam odsyłają chorego do specjalisty. Tu nie zdarzyło mi się widzieć lub słyszeć, aby jakiś profan, nie mający pojęcia o medycynie, operował np. *trichiasis*, kataraktę i t. d., jak to na każdym kroku spotykałem w Gruzji, gdzie Ormianie i Persowie beczelnie oślepiają, wprzód wyzyskawszy dobrze chorego. Tak zwani *Staurstrecher* są tu wcale nieznanymi. Otóż to z takich powodów, operacyjnych wypadków miałem tu nie mało ²⁾.

Zauważałem iż bardzo często ślepi po kilka i kilkanaście lat noszą kołtuny, lub jak tu zwa „pliką”, w tém przekonaniu, iż to uchroni od utraty wzroku, gdyż, jak powiada S z o k a l s k i, wywołujemy i hodujemy kołtuny w tém przekonaniu, iż one posiadają zachowawczą dla zdrowia potęgę, lecz ani od jednego z nich nie słyszałem, aby zaczynające się osłabienie wzroku (np. od katarakty, *pannus'a* lub *atrophiae nm. opticorum*), zapuszczeniem kołtuna zostało powstrzymane. Dziwić się jednak potrzeba, że nie wszyscy polscy lekarze do dziś dnia

¹⁾ Sprawozdanie z lat dawniejszych drukowaliśmy w *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde* w *Kaukazskij medicinskij Sbornik* i w *Klinice*.

²⁾ Z listu mojego do prof. Z e h e n d e r'a (p. jego *Die Blinden in den Grossherz. Meklenburg*, 1870, str. 284), widać, że w Tyflisie mającém do 70,000 mieszkańców rocznie robi się zaledwie 5—6 razy wydobycie zaćmy, a to z przyczyny ciemnoty ludowej i wędrujących operatorów, po większej części Persów. Przy tej zręczności zapytuję, czyby i u nas nie było jakich źródeł dla napisania podobnej monografii: „Ślepi w Królestwie Polskiem?”

poszli za przykładem ucznia Frankowego sędziwego prof. Adamowicza, który w roku pozaprzyszłym zrzekł się publicznie wiary w tę dziwną niby chorobę (patrz Pamiętniki Tow. Lek. Warsz.). Na czasie też do publiki przemówił o kołtunie prof. Szokalski w Tygodniku Ilustrowanym (luty 1870 r.). Lublin ma też gorących zwolenników kołtunowej przyczyny chorób w starej generacyi lekarskiej, zwolenników wileńskiej szkoły, tej opiekunki kołtunowego wyznania, i nierzadko na ulicach naszego miasta widzieć się dają starozakonni, których włosy głowy i brody wyglądają dość oryginalnie splecione w kołtunowe kosmyki,—ba nawet widziałem chorych, których jeden tylko pejs zwinięty nie do rozczesania; mam nawet kilka podobnych trofeów z mej oftalmicznej praktyki, jeden z nich u starozakonnego z Rachowa, miał długości 15 cali.

Homocypaci nasi leczą swemi maczkami nietylko takie choroby jak *dacryocystitis*, w skutek zarosnięcia kanału nosowego, lecz nawet i pozasoczewkowe cierpienia oka. Ponieważ nie zadają sobie fatygi zajrzeć do głębi oka wziernikiem, więc ciekawym jak rozpoznają zmętnienie ciała szklistego od zmian środzkowych błon gałki ocznej i nerwu wzrokowego, jak leczą np. *amotio retinae* i t. p. zmiany chorobliwe oka, nie mówiąc już o wykryciu tak rzadkich i nieproszonych gości, jakim jest wąż w oku. Szczęśliwi iż lecząc omackiem, milionowem drobieniem leków, oszukują siebie i pacjentów swoich! Wszak, jak uczy Hahnemannem a n n zapachem jednej decilionowej części grana krzemienia można już uleczyć zaćmę i amaurozę!

Rzecz godna uwagi, iż z liczby cierpiących na oczy, największy procent dają zapalenia rzęsowego brzegu powiek (*blepharitis*), ropienia worka łzowego (*dacryocystitis*) i jego przetoki. Choroby te uprzywilejowane szczególnie u starozakonnych. Oczy takich chorych ciągle zanieczyszczone zaschłym na rzęsach śluzem i ropą, tak że mając do czynienia z podobnymi pacjentami, rad nierad musisz wypisać na drzwiach swego gabinetu słowa, które czytałem wchodząc na klinikę p. Szokalskiego: „nie umyć nie przyjmują się.” Szokalski w swęj Oftalmologii zwraca uwagę na dość częste te cierpienia w tutejszym kraju. Coby było ich przyczyną ¹⁾, a szczególnie chorób łzawego worka? Takowe widziałem u obu płci i nawet u dzieci, zaczynając już od roku życia; u dzieci ropienie worka dość często bywa połączone z przetoką jego; u jednej dziewczynki, żydówki, przy obustronném *dacryocystitis cum fistula sacci lacrymalis* jednocześnie było i *epicanthus* w skutek traumatycznego spłaszczenia kości nosowych przed kilku laty.

Opis ciekawych chorób i operacyi dokonanych, podajemy w oddzielnych gruppach, wyjaśniając ich niekiedy rycinami, poprzedziwszy takowy tabelką operacyj, któreśmy zrobili w ciągu ubiegłego roku:

¹⁾ K u c h h e n m e i s t e r i E l l i n g e r znajdowali przytęm roślinne pasożyty na brzegu rzęsowym, czego zresztą nie potwierdza A r c o l e o i W e r n e r.

182 nie oznacza jednak cyfry operowanych przez nas osób, cyfra tych ostatnich powinna być nieco zmniejszona, gdyż niektórym chorym potrzeba było zrobić po 2 operacje, np. wyjąć obustronną zaćmę, wykonać iridektomię na obu oczach; jednej nawet pacjentce (o której niżej) dla przywrócenia wzroku zrobiłem 6 operacyj na powiekach i gałkach. Liczba 27 oznacza ilość chorych, którym wielokrotnie powtarzane było wprowadzanie sondy przez drogi łzowe.

Z liczby tych operacyj 32 zrobiłem w szpitalach, to jest piątą i $\frac{2}{3}$ części wszystkich operacyj:

W szpitalu wojskowym—9, (5%) a mianowicie: wycięcie dwóch blizn powiekowych, *strabismus converg.*, 3 irydektomie przy *leucoma prominens inflam.*, operacje fistuł i zarosnięć kanalików łzowych, *ptosis palp. congen.*

W szpitalu Ś-go Józefa—1: wycięcie mięsaka łącznicy powiek.

W szpitalu Ś-go Wincentego à Paulo—18 (10%), mianowicie, zaćm 12, 2 irydektomie przy *leucoma adhaer.*, *iridodialis*, 2 *extirpatio bulbi* i *trichiasis*.

W szpitalu Ś-go Jana Bożego—3: cukromoczowe zaćmy i rakowiec łącznicy gałki.

W szpitalu starozakonnym—irydektomię przy glaukomacie.

Reszta 150 operacyj zrobione lub w mieszkaniu chorych, lub też ambulatoryjnie.

Przy operacjach w szpitalach bywali obecni niektórzy z szanownych kolegów, jak pp. Schmidt, Janiszewski, Chrzanowski, Tetz i inni. Prawie każdą jednakże operację robiłem przy łaskawie udzielanej mi pomocy szan. kol. Janowskiego, któremu wynurzam tu moje szczere podziękowanie. Winienem także podziękować publicznie i szan. kol. Schmidtowi, który jako lekarz najbliższego mnie szpitala Ś-go Wincentego à Paulo, zaprosił mnie do pomieszczenia w swym szpitalu biednych, gdzie takowi znajdują doskonały pokarm i troskliwie są dogładani przy pomocy sióstr miłosierdzia. Z łaskawych zaprosin szan. kol. Janiszewskiego do dziś dnia jeszcze mało korzystałem z powodu odległości szpitala Ś-go Jana Bożego. Dzięki także tym okolicznym kolegom, którzy raczyli do mnie odsyłać chorych, cierpiących na oczy, z miasteczek i ze wsi, dla udzielania takowym terapeutycznej lub chirurgicznej pomocy.

A) Oftalmoskopowanie przy chorobach mózgu i czaszki.

- 1) *Commotio cerebri*. Negatywny rezultat badania oczu w z i e r n i k i e m.

Bouchut w swoim dziele „*Du diagnostic des mal. du système nerveux par l'ophthalmoscope*” twierdzi, iż oftalmoskop zawsze może nam dawać odpowiedź czy w danym wypadku mamy do czynienia z t. zw. *commotio cerebri*, lub też *contusio* albo *compressio*. Przy *commotio*, z utratą przytomności i zwolnieniem tętna, tarcza nerwowa pozostaje dość jasną, bez śladu przekrwienia lub surowiczej obrzękłości dna ocznego. Przeciwnie, w razie *contusio* lub *compressio ce-*

r-bri, przy takich samych symptomatach, w obu oczach lub w oku strony cierpiącej znajdujemy znaczne przekrwienie siatkówki z rozszerzeniem i zakrętami (*flexuosites*) żył wraz z surowiczym obrzękiem twarzy lub jej obwodu (*oedema peripapillarii*).

Dnia 12 maja przywieziono do szpitala wojskowego, młodego i dobrze zbudowanego kozaka, który zupełnie stracił przytomność przed kilku godzinami, spadłszy w galopie z konia. Leży w łóżku z zakrytymi oczami, bez żadnych prawie ruchów, na pytania nie odpowiada zupełnie, jeść nie żąda, lecz połyka skoro mu podają do gęby pokarm. Tętno uderza mocno, lecz zwolnione, od 56—60—70. W źrenicach żadnej zmiany, kurczliwość słaba. Przy kluciu szpilką w różnych miejscach, żadnej reakcji. Zauważono *paresis* lewej górnej kończyny, w twarzy ani śladu sparaliżowania. W takim bezgorączkowo-nieprzytomnym stanie chory zostawał do d. 29 maja, to jest 18 dni, opuścił szpital w połowie lipca, odzyskawszy nawet prawidłowość ruchów w kończynie. Leczenie przeciwzapalne, z początku kalomel, potem *arnica c. kali hydrojodico*, następnie wino. Kilkakrotnie badałem chorego wziernikiem i nie znalazłem najmniejszej zmiany w tarczy nerwowej i w błonach oczu, co mi pozwoliło zrobić prognozę dobrego zejścia tak długiej nieprzytomności chorego przy zwolnionym krążeniu krwi. Opierając się na twierdzeniu p. B o u c h u t potrzeba więc rozpoznać w danym wypadku *commotio cerebri*.

2) *Sarcoma cranii. Exophthalmos et amaurosis oc. sin.*

W drugiej połowie marca r. b. przybył do szpitala Ś-go Jana Bożego 30-letni Izydor Wróblewski z ogromnym nowotworem gardła, nosa, lewej jamy *Higlmora* i wyoczdoleniem lewej gałki ocznej, która zupełnie utraciła wrażliwość na światło. Nowotwór rósł szybko, często krwawił i ogromnie utrudniał jedzenie i oddech. Na 5 dni przed śmiercią chorego, która nastąpiła 1 kwietnia, zbadałem go wraz z kol. J a n i s z e w s k i m i zapisałem w karcie wizytowej „*exophthalmos sin = 1 1/2"*, *strabismus diverg. = 2"*, *pupilla = 8 mm.*, nieruchoma, czarna; *chemosis* w dolnej części oka; łamiące środki gałki przezroczyste; tarcza tarczy nerwowej i siatkówki prawie niewidzialne, żyły zaś nabrzękle. *Epicrisis* jasna; ślepotą powstała w skutek utrudnionego obrotu krwi gałki ocznej (*chemosis, oedema peripapillaris*) i jednoczesnego ściśnięcia n. wzrokowego nowotworem, który rozrastając się po za gałką, wypierał tę ostatnią na przód i na zewnątrz (*amaurosis periocularis*).

Przy autopsji wraz z kol. J a n i s z e w s k i m i J a n k o w s k i m znaleźliśmy sarkomatyczny nowotwór, rozrastający się najbardziej w tylnej części gardła (*ad basin cranii*), pozagardzielowej przestrzeni (prawie do klatki piersiowej), w nosie i lewej jamie *H i g h m o r'a*, z tej ostatniej przenikał przez dolną ścianę oczodołu po za gałkę oczną, pomieszczając się w dolno-wewnętrznej i tylnej części oczodołu, a stąd przez *fissura orbitalis sup.* do czaszki, tu rozrastał się w formie granulacji nie tylko na tureckim siodle, którego tylna część była zniszczona nowotworem, lecz i na *dura mater* lewej środkowej jamy szaszki. Prócz

tego podobny rozrost nowotworu znajdował się w sąsiedztwie *cristae Galli* (przeszedł z nosa *per lam. cribrosa*), a także w *sinus sphenoidalis*).

3) *Tuberculum cerebelli et Hydrocephalus internus chron.*
Atrophia nn. opticorum.

Blizko 8-letni, bardzo wycieńczony Kazimierz Chlipalski, leżał kilka miesięcy w szpitalu S-go Wincentego à Paulo. Przed dwoma laty tak mocno upadł na wznak, na podłogę, iż powstały ztąd krwotok nosa musiano powstrzymać tamponowaniem, poczem od przedostatniej jesieni począł się uskarżać na silny ból głowy w lewej tylnej części, często zarzucając ją w tył. Chorego badałem wziernikiem w sierpniu, nadto dowiedziałem się że: przed 8 miesiącami utracił mowę, leży prawie bez żadnej świadomości i wyrazu twarzy, głowa ogromnie duża (57 cent. w obwodzie), szwy czaszki rozeszły się; l e w e k o ń c z y n y sparaliżowane, od czasu do czasu dziecko miewa konwulsye. Źrenice rozszerzone, chory zaledwo ma poczucie światła; wzrok zdaje się być utkwionym w jeden przedmiot, ruchy oczu bardzo leniwe; łamiące środkki oczu przezroczyste, w obu gałkach tarcze nerwowe białe z dość wyrazistemi konturami, naczynia żyłne na nich i w siatkówkach nieco przepelnione (*Atrophia nervorum opticorum, venositas utr. retinae*). Wkrótce potem chory utracił i poczucie światła, poznawał jednak swych blizkich krewnych po głosie. Na kilka tygodni przed śmiercią zaczęła ciec z p r a w e g o ucha krew z ropą; wycieńczenie ciała posunięte do najwyższego stopnia przy monstualnie wielkiej głowie. Górne i dolne kończyny wyciągnięte do tułowia, we wszystkich stawach w silnym stopniu kontraktura. Do ostatniej chwili apetyt u dziecka był wileczy. Sekcyę dokonałem 9 grudnia w obec kol. S e h m i d t'a, J a n k o w s k i e g o i C h r z a n o w s k i e g o, ograniczając się tylko na czaszce. Kości tej ostatniej ogromnie zcieńczone, szwy, nawet czołowy, rozeszły się na $\frac{1}{2}$ —1 cent.; twarda blona mózgowa przyrośnięta, odpowiednio średniej części *sin. longitudinalis*, który zupełnie był próżnym. Nieznaczne zmetnienie *arachnoideae*, pod którą nie było surowiczego obrzęku, lecz za to znaleźliśmy mnóstwo wodnisteo płynu między *basis cerebri* i czaszką. Mózg wydawał się być ogromnym i chwiał się jak galareta, co pochodziło od nadzwyczaj ogromnego rozciągnięcia przezroczysto-białym płynem wszystkich żołądeczków, boczne tak były wielkie, iż zaledwo ściany ich w mózgowych półkolach miały grubości 2—3^m, trzeci wielkości jaja, uwydatnił się na *basis cerebri* w kształcie przezroczystego pęcherza, rozciągającego oba wzrokowe nerwy, z których pozostała tylko tkanka łączna, bez mieliny; widzialnej zmiany w *corp. quadrigemina* nie było; przez *aqueductus Sylvi* mógł przejść palec średni; ściany żołądeczków gładkie, prawie bez naczyń, *plexus chorioideus* uległ znacznie zanikowi. W t y l n e j części lewej połowy mózdzku znaleziono guz wielkości gęsiego jaja, owalny, koloru żółtawego, twardy jak stare sadio; był to tuberkuł, mocno zrośnięty z *tentorium cerebelli* i z twardą oponą mózgu, który i stał się powodem wywołania wodnej puchliny (*hydrocephalus*).

4) U pewnego 17-letniego chłopca podwiązaliśmy z kol. *J a n i s z e w s k i m* *art. carotis communis* podczas wyłuszczenia *enchondromae parotidis*; natychmiast nie widzieliśmy żadnej zmiany w źrenicy, a na drugi dzień wziernikowanie nie wykryło żadnej zmiany, w cyrkulacji krwi i w naczyniach siatkówki. Chory ten wyzdrowiał. (Dalszy ciąg nastąpi).

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

Ropnica (*pyaemia, febris pyaemica*).

Przez prof. Dra C. H u e t e r a.

Spolszczył Kazimierz Gurbiski.

(Ciąg dalszy *)

§ 35. Zakrzepy żyłne powstają tylko zwykle na takiej rozciągłości, na jakiej prąd krwi w biegu swym zatrzymanym zostaje. Należałoby sądzić, że z powodu mniejszej siły, z jaką krew w żyłach krąży w porównaniu do energii tętniczego krwiobiegu, zakrzepy w żyłach powinnyby dosięgać daleko większej rozległości jak w tętnicach; podobne wyobrażenie nie jest jednak zupełnie słusznem, gdyż dosyć często partie ściiany próżnej żyły zetkną się z sobą lub też krążenie w żyłach utrzymuje się przez wykształcenie się dostatecznego obocznego obiegu krwi. Gdy np. przy amputacji uda przecinamy żyłę udową, w takim razie z przeciętego światła naczynia wypłynie tylko tyle krwi, wiele jej się znajduje pomiędzy tymże światłem a najbliższą w górę leżącą zastawką. Niekoniecznie jednak na tej ostatniej musi się utworzyć zakrzep, gdy w bliskości zastawki wpada gałązka oboczna, w której jeszcze istnieje żylny krwiobieg, gdyż w tym wypadku nie utworzy się w naczyniu żadnej warstwy krwi nie poruszającej się. Mogą więc być obrażenia żył, nie pociągające za sobą wytworzenia zakrzepów. Zapewne że przy amputacji nie należy się spodziewać tak pomyslnych warunków, mianowicie żeby we wszystkich żyłach nie utworzyły się zakrzepy; owszem przez odjęcie kończyny zniesiony jest dowóz krwi żyłnej do większej liczby przeciętych żył, a tem samem i usunięta jest możność wytworzenia się obocznego krwiobiegu; ztądto amputacja stanowi pomyslniejszy warunek do powstawania zakrzepów jak wielkie obrażenie, ale bez oddalenia kończyny. Stosunki miejscowe, uważane w pojedynczej okolicy, nie dają się ująć w zdania ogólne, ale niemałego znaczenia przy tworzeniu się zakrzepów są ogólne stosunki krążenia.

Z pomiędzy nich na samym czele postawię:

1) U t r a t ę k r w i. Gdy chory stracił dużo krwi przy zranieniu lub operacji, siła serca się zmniejsza, krew krąży wolniej, obieg krwi oboczny w żyłach jest mniej doskonały, w wielu miejscach powstały słupy krwi nieporuszające się, ztąd to i zakrzepy będą liczniejsze i dłuższe.

Oprócz utraty krwi siła serca zmniejsza się po zranieniach i operacjach.

2) Z powodu gorączek przyrannych i ropnicowych, to jest ściślej powiedziawszy, na skutek p o s o e z n i c y i r o p n i c y. Im dłużej trwają te gorączki, im są silniejsze i im mniejsze są zwolnienia, tem więcej sprzyjającemi są warunki do wytworzenia się zakrzepów. I tak *pyaemia simplex*, jak to wykazał *Billroth*, ułatwiając powstawanie zakrzepu żylnego może dać pochop do rozwinięcia się *pyaemia multiplex*. Dalej powikłanie z p r z y p a d k o w e m i s t a n a m i g o r ą c z k o w e m i może być uważane jako przyczyna upadku siły sercowej a ztąd i powstania rozległego zakrzepu. Nieżyty oskrzelowe, żółdkowe i kiszkiowe mogą pod tym względem wywierać wpływ nieprzyjazny; wpływ

*) Patrz Nr 20 Gaz. Lek. T. IX.

zapalenia płuc, durzyc, dławca okazuje się tutaj jeszcze znaczniejszym. Nie możemy tu również pominąć w p l y w ó w k o n s t y t u c y o n a l n y c h. Indywidua skrofaliiczne i tuberkuliczne ulegają częściej *pyaemia multiplex* jak osoby poranione i operowane, które przedtęm wybornęm cieszyły się zdrowiem. W końcu w i e k usposabia także do tych chorób, wiek bowiem dziecinny prawie zupełnie oszczędzonym bywa przez *pyaemia multiplex*. W wieku tym bowiem żywszą jest czynność serca, która utrudnia lub przynajmniej w części stawia przeszkodę tworzeniu się zakrzepów. Być może że z powodu tej żywszej czynności serca, zwierzęta znoszą najcięższe obrażenia bez rozwinięcia *pyaemia multiplex* i że u zwierząt doświadczanych sprawę tę wtedy tylko wywołać możemy, gdy wprowadzamy zatyczki wprost do obiegu krwi.

§ 36. Przejrzawszy szereg powyżęj przytoczonych przyczyn, usposabiających do *pyaemia multiplex*, do których może należałoby dodać jeszcze inne mniej wydatne, np. wysilenie ciała, poprzedzające obrażenie (np. w bitwie), złe odżywianie, zadać sobie możemy pytanie, czy wszystkim tym stanom wspólny upadek siły sercowej jest w nich jedynym momentem usposabiającym? Być może, że późniejsze poszukiwania pytanie to w inny rozstrzygną sposób; pobieżnie przynajmniej upadek siły serca objaśnia to usposobienie, gdyż ilość zakrzepów przy tym warunku się powiększa. Jeszcze jaśniejszym stanie się wpływ serca na powstawanie *pyaemia multiplex*, gdy zwrócimy uwagę nietylko na ilość, lecz na wielkość i kształt zakrzepów. Gdy koniec zakrzepu wystaje do światła najbliżęj położonej większęj żyły, czyli jak się wyraża V i r c h o w, jeżeli zakrzep jest p r z e d l u ż o n y m, w takim razie odkruszanie się jego obieg krwi żyłnej bardzo łatwo sprowadzić może. Gdy obieg ten pozostawać będzie pod bardzo znacznęm ciśnieniem, w takim razie w świetle naczynia sąsiadującego z naczyniem, w którym tkwi zakrzep, nie będzie warunków do krzepnięcia krwi, zakrzep bardzo niewiele lub wcale się nie przedłuża do światła tego naczynia, tym sposobem prąd krwi przebiegać może koło zakrzepu, nie wypłukując z niego drobnych cząsteczek. Że podobny wpływ serca nie jest złudzeniem, możemy wnosić z tego faktu, że w systemie tętnicznym, w którym krew krąży pod większým ciśnieniem, podobne zakrzepy przedłużone wcale nie istnieją. Obecność ich prowadziłaby do najfatalniejszych objawów, gdyż gdyby np. po podwiązaniu tętnicy biodrowęj zewnętrznej zakrzep przedłużył się po za miejsce podziału tętnicy biodrowęj wspólnej, to bezwątpienia cząstki od zakrzepu musiałyby być poodrywane, które jako zatyczki dostałyby się w zakres krążenia tętnicy biodrowęj wewnętrznej i pociągnęłyby za sobą wszystkie znane nam już skutki. Możnaaby zarzucić zdaniom przezemnie wygłaszanym brak dowodów. Spodziewam się że w przyszłości przedsięwzięte będą doświadczenia, które udowodnią przypuszczenie, zaczerpnięte z faktów klinicznych; pominąć go nie mogłem, gdyż wiąże się ono ściśle z ważnemi praktycznemi i terapeutycznemi następstwami, które w dalszym ciągu obszernięj rozwinąć się postaram.

§ 37. W etiologii *pyaemia multiplex* nietylko zwrócić winnismy uwagę na kształt i liczbę zakrzepów, lecz również na ich przemiany. Przemiany te są już dlatego nie obojętne, gdyż oprócz kształtu zakrzepu konsystencya jego rozstrzyga możność łatwiejszego lub trudniejszego wypłukiwania cząstek z zakrzepu. Gdy zakrzep się organizuje, wtedy staje się suchszym, więć zbitym a ztąd i mniej jest skłonnym do wywołania sprawy zatorowej. Gdyby to było w naszej mocy, należałoby ułatwiać organizację zakrzepów, tak jak również należałoby wystąpić czynnie przeciw jego mięknieniu a to dlatego, aby następnie nie ulegał rozkruszaniu. Ale mięknienie zakrzepów ma jeszcze gorsze znaczenie, gdyż takowe ulegają ropieniu i nabierają własności flogogenicznych. Dopiero wtedy oderwane cząstki z zakrzepu wywołują ogniska przerzutowe. Wprawdzie P u n u m, jak to już wyżęj wspomnieliśmy, starał się dowieść doświadczałnie, że i świeże skrzepy krwi jako zatyczki mogą wywołać ogniska w płucach, kliniczne postrzeżenia jednak fakt ten podają nieco w wątpliwość.

Ogólnie jest znanęm, że zatyczki z świeżego skrzepu krwi tak u ludzi jak i u zwierząt doświadczanych żadnych ważniejszych nie pociągają za sobą objawów. Mechaniczne przeszkody w krążeniu w zakresie tętnicy płucnej, napływ oboczny i małe wylewy krwi wprawdzie nie ustają, ale znów zapewne wyjątkowo naokoło świeżęj i zdrowęj zatyczki rozwijają się nasięki tkanki płucnej lub ropne topienie takowęj. *Pyemia multiplex* różni się więć tęm od zatorów płuc, że ogniska w niej cechują się gwałtowną sprawą zapalną, gdy w zatorze płuc objawów zapalnych albo wcale nie ma, lub są tylko bardzo małe. Musimy jednak przyznać, że różnica ta nie jest ściłą, w praktyce przedstawia się ona wyraźnięj jak w teoryi, gdyż zakrzepy, które zostały wypłukane w bliskości ogniska ropnego,

również ulegają ropieniu i cechują się własnościami flogogenicznymi. Wszystkie prawie zatary płuc w obec istnienia ogniska ropnego należą do zakrzepu *pyaemia multiplex*. Klade dlatego szczególny nacisk na różnicę pomiędzy zatorem płucnym a *pyaemia multiplex*, gdyż były czasy, w których różnicy tej nie przyjmowano i dawne nazwisko „ropnica” mieszano z nowym mianem „zator”. Gdybyśmy tylko sprawę zatoru jedynie w tych razach mieli na oku, tobyśmy musieli bardzo dużo zaliczyć pod nazwę „zator”, co z ropą a zatem i z ropnicą nie ma nic wspólnego. Stawialibyśmy wtedy na przedzie jeden tylko objaw obrazu chorobnego, który oznaczam jako *pyaemia multiplex*, pojedynczą scenę jednego wielkiego aktu, obejmującego w sobie ropienie, gorączkę, powstawanie i rozpad zakrzepów, zator i rozwój zapalnych ognisk przerzutowych. Zachowanie nazwiska „ropnica” opiera się głównie na tem doświadczeniu, że ropiejące i rozpadające się zakrzepy prawie wyłącznie posiadają zdolność wywoływania zapalnych ognisk przerzutowych. Wypada nam teraz pomówić o warunkach sprzyjających owemu ropnemu rozpadowi.

§ 38. Mięknienie ropne zakrzepów, jak to już wyżej wykazaliśmy, rozwija się głównie z powodu zawędrowania do nich ciałek ropnych z okolicy zatkanego naczynia. Dawniej sąsiedztwo ropy uważano jeszcze ztąd jako niebezpieczne, że sąsiedztwo to usposabia do krzepnięcia krwi w samej żyłę. Obawa ta jest płonną, jak to dowiodły doświadczenia i postrzeżenia po operacyach u ludzi wykonanych. Przy odkryciu wielkiego pnia żylnego na dosyć znacznej rozciągłości, nawet wtedy nie znajdziemy żadnego skrzepu, gdy ropa żyłę przez tygodnie obmywa. Przypominam sobie np. wyluszczenie gruczołów rakowatych z jamy pachowej; nawet po podwiązaniu wielkich pni tętnicznych, krew nie krzepnie w sąsiednich im żyłach. Niebezpieczeństwo jest rzeczywiste przy zakrzepie, wywołanym zapaleniem żyły, o którym już wyżej mówiliśmy. Zapalenie tkanki łącznej, otaczającej naczynię, najwięcej sprzyja rozpadowi zakrzepów. Najczęściej rozpad ropny tam możemy zauważyć, gdzie ropa najbliżej znajduje się ściany naczynia, a związek ten pomiędzy zapaleniem periwaskularnem a rozpadem ropnym zakrzepów, dlatego musimy zaznaczyć, gdyż łączy on się z terapeutycznymi następstwami. Wprawdzie podobny związek nie zawsze istnieje. Sam się o tem przekonałem przy sekcjach, w których rozpad ropny dosyć był odległym od właściwego ogniska ropnego; są to w każdym razie wyjątki.

§ 39. Przeglądając powyższe etiologiczne uwagi nie znajdujemy wzianki o j a d z i e r o p n i e o w y m, który przyjmują jeszcze niektórzy autorowie. W końcu niniejszego postaram się przedstawić moje poglądy co do owego jadu. Pyrogeniczne substancje ropy już z tego względu, jak to wyżej wspomniałem, nie można oznaczyć mianem jadu ropnego, gdyż nie jesteśmy przecie w stanie nazywać każdego szkodliwego jadu, a te, które zabijają tylko w wielkich ilościach, nie zwykliśmy podobnym określać nazwiskiem. W każdym razie substancje pyrogeniczne mogą sprowadzić śmierć, jeżeli działają w większej ilości lub przez czas dłuższy, niekiedy wystarcza tutaj jedno ognisko ropne, zwykle jednak dopiero więcej ognisk (przerzutowych) w mowie będących dostarcza potrzebnej ilości pyrogenicznych substancji do przerwania funkcji życiowych. Jeżelibyśmy chcieli nadać nazwisko owym pyrogenicznym substancjom ropy, wtedy zapewne najwłaściwszą z powodu swego znaczenia byłaby nazwa *virus purulentum*. Przedtem *Virchow* przyjmował ichoremię, obejmując wspólnym mianem ichor wszystkie płynne szkodliwe składniki ropy, których wessanie gorączkę, a nawet śmierć sprowadzić może. *Virchow* wychodzi w tym razie z poglądu, że ropa w tych wypadkach posiada nieprawidłową, posokowatą własność. Nowsze jednak badania wykazały, że każda ropa obdarzona jest zdolnością wzbudzania gorączki, a jako nieprawidłową własność ropy znany tylko z pewnością tę, której takowa nabywa przez sprawę gnicia i zawartość jadu gnilnego. Nie mamy żadnej zasady nazywać ropę zgnilą posokowatą, gdyż wyrażenie zgnily daleko jest jaśniejszym. Tym sposobem wtedy tylko moglibyśmy jeszcze mówić o ropie posokowatej, gdybyśmy się mogli domyślać obecności innych szkodliwych pierwiastków oprócz pyrogenicznych w ropie prawidłowej i oprócz gnilnych w ropie gnijącej i przed dokładnym poznaniem swych nieznanych pierwiastków, w razie gdybyśmy je posokowatemi nazwać chcieli. Być może, że podobne pierwiastki odkrywać będą, ale wtedy będzie zapewne ich nazwanie poprawniejszem i więcej oznaczonym. Być może również, że oprócz wyżej wspomnianych pierwiastków, żadne w ropie nie istnieją, wtedy i nazwa posoki upada. Tak moje kliniczne jak i doświadczone postrzeżenia nie wyrodziły we mnie przekonania o istnieniu podobnego jadu, dlatego uważałbym za stosowne zarzucenie wyrazów ichor i ichoremię. To co *Virchow* a za nim i inni autorowie nazwali ichoremią możnaby zaliczyć do działu *pyaemia simplex*, posocznicy i ropnieo-posocznicy (porównaj rozdział III).

§ 40. Oprócz wyżej wspomnianego *virus purulentum* i posoki przyjmują jeszcze właściwy jad ropnicowy (*virus pyaemicum*), czynnik zymotyczny, który jako taki ma warunkować ropnicę. Jad ropnicowy można o tyle przeciwstawić *virus purulentum*, o ile takowy wedle poglądów swych obrońców nie każdej ropie jest właściwy, lecz tylko w oznaczonych wypadkach ma być przyczyną sprawy chorobowej. Jad ten ma działać kontagijnie, miazmatycznie i t. d. i wywoływać najrozmaitsze formy ropnicy. Mówiąc o objawach i leczeniu powrócę jeszcze do następstw teorii o jadzie ropnicowym i pojęcia ropnicy jako cierpienia zymotycznego. Tutaj nadarza się tylko sposobność wspomnienia o zymotycznym jadzie ropnicy, istota jego nie była objaśnioną, może być dlatego że jego bezistotowość warunkuje niemożebność objaśnienia. R o s e r, wyznawca i niezmordowany obrońca teorii zymotycznej ropnicy, porównywa ten pierwiastek zakażający z jadem zymotycznym tyfusu, aby pojęcie takowego lepiej wrazić w umysł lekarza. Zapewne że to porównanie o tyle jest trafne, ile że dzisiaj tyle wiemy o pierwiastku zakażającym durzycy co i o podejrzany jadzie zymotycznym ropnicy, t. j. nic. Tymczasem porównanie to nie jest słusznem, gdyż anatomo-patologiczny obraz sprawy chorobowej *pyaemia multiplex* zupełnie inaczej może być badany za pomocą doświadczeń, jak to ma miejsce w tyfusie. Dlatego rodzi się pytanie: czy koniecznem jest przyjęcie jadu ropnicowego na dzisiejszém stanowisku nauki? Wedle powyższego zestawienia odpowiedź wypada ujemną, podobną odpowiedź, jak to niżej zobaczymy dadzą nam także dane, powzięte z klinicznych poszukiwań. Nie potrzebujemy do naszego rachunku wprowadzać x jadu ropnicowego, gdyż i bez niego kwestye dzisiaj ciemne rozjaśnionemi być mogą. Byłoby zaprawdę wstydem, gdyby tyle energiczne prace nad ropnicą w ostatnich lat dziesiątkach przedsiębrane nie wyjaśniły więcej nic, nad konieczność przyjmować coś zupełnie niewiadomego, czego literalnie zupełnie nie znamy, oprócz nazwiska: jad ropnicowy lub zymotyczny jad ropnicy.

Część V.

Objawy i rozpoznanie ropnicy.

(*Symptomatologia et diagnosis pyaemiae*).

§ 41. Szereg objawów, występujących w ropnicy i różnorodnych jej formach, jest z tego względu trudny do skreślenia, gdyż przedstawiają się one w pojedynczych wypadkach rozmaicie odnośnie do ich jakości i ilości. Przekładano w tym razie stronę opisu praktyczną i kliniczną; rozpocznę więc przedstawienie całego obrazu sprawy od tych objawów, które zwracają uwagę lekarza na rozwinięcie się lub obecność gorączki ropnicowej szczególnie w *pyaemia multiplex*.

§ 42. Takim objawem jest bezwątpienia d r e s z c z. Zawdzięczamy B i l l e r o t h'owi wiadomość o statystyce dreszczów, które tutaj jako rzeczywisty materiał do praktycznego ocenienia tego objawu przytaczano. W 83 wypadkach prawdziwej *pyaemia multiplex*, zauważano że 62 (74,7%) przebiegało z dreszczami, 21 bez dreszczów; z 81 wypadków posocznicy i *pyaemia simplex* 24 (29,6%) przebiegało z dreszczami, 57 bez dreszczów. Liczbę dreszczów u każdego chorego się pojawiających, widzimy z następującej tablicy:

Pokazał się:			
1 dreszcz	u	19 osobników.	
2 dreszcze	u	21	„
3	„	14	„
4	„	15	„
5	„	9	„
6	„	5	„
7	„	2	„
8	„	2	„
9	„	4	„
10	„	1	„
13	„	1	„
14	„	1	„

U jednego chorego w przeciągu trzech tygodni zauważano 16 dreszczów. Wiek i płeć zdają się nie mieć wpływu na liczbę dreszczów, w ogóle jednak gdy choroba długo przebiega dreszcze są liczniejsze. Zdarzają się jednak wolno przebiegające wypadki z jednym dreszczem, a krótko przebiegające z wielu dreszczami. Rzadko się zdarza, by jeden chory

w przeciągu dwudziestu czterech godzin miał więcej jak jeden dreszcz. Billroth wspomina tylko o 16 chorych, którzy mieli 2 dreszcze, a 6 którzy mieli 3 dreszcze dziennie. Billroth również statystycznie stwierdził, że wieczorem i w nocy mniej pojawiają się dreszcze jak rano i po obiedzie. Z pomiędzy 387 dreszczów przypada 230 na czas od 8 godziny rano do 8 wieczorem, podczas gdy od 8 godziny wieczorem do 8 rano obserwowano tylko 67 dreszczów. Billroth pomiędzy innymi widział trzy razy dreszcze po użyciu zglębniaka, 20 razy po utworzeniu ropni. Czas przebiegający od pierwszego obrażenia do pierwszego dreszczu możemy rozpoznać z następującej tablicy:

Pierwszy dreszcz wystąpił

14	razy	w	1	tygodniu.
19	„	„	2	„
15	„	„	3	„
9	„	„	4	„
4	„	„	5	„
3	„	„	6	„
2	„	„	7	„
4	„	„	8	„

Pacyenci, którzy już przed operacją gorączkują, są skłonni do wcześniejszych dreszczów, jak świeżo obrażone, zdrowe osobniki. U tych ostatnich wedle Billroth'a pierwszy dreszcz pojawia się rzadko tylko w pierwszym tygodniu.

§ 43. Niestety ciekawe te statystyczne wiadomości nie dają nam pewnego poglądu odnośnie do przyczyny i znaczenia dreszczu i dlatego jesteśmy zmuszeni dla oceny tego objawu przeprowadzić dalsze porównania. Dreszcz nie jest wyłączną własnością ropnicy, lecz występuje jeszcze z większą prawidłowością w tych gorączkach, które nie wspólnego nie mają z ropieniem, na przykład w gorączkach zimniczych. Tym sposobem możemy przyjść do pojęcia, że dreszcz jest tylko wyrazem dla pewnych jakości gorączki. Chociaż nie udowodnionem, że natężenie gorączki ropnicowej i szybkie jej wzmaganie się są momentami, wywołującymi przeważnie dreszcz. Chociaż zapewne nie są one jedynymi momentami, które należy wziąć pod uwagę, gdyż jeżeli chcemy uważać dreszcz jako akt ośrodkowego przyrzędu nerwowego, wyzwolony przez wniknięcie do krwiobiegu pierwiastków gorączkę wzbudzających, wtedy drażliwość tego przyrzędu i energia jego czynności będą miały ważne znaczenie odnośnie do powstawania dreszczów (Billroth). Za tém ostatniem zdaniem przemawia postrzeżenie, że indywiduala bardzo drażliwe, tak zwane nerwowe, więcej do dreszczów są skłonne. Co się zaś tyczy natężenia i przebiegu gorączki, to w tym względzie w części za pomocą ciepłomierza możemy się przekonać, że te czynniki są rzeczywiście istotnymi warunkami dla powstawania dreszczu, w części zaś przychodzimy do tego wniosku, opierając się na postrzeżeniach klinicznych. Szybko się rozwijające zapalenia tkanki łącznej wywołują zwykle natychmiast dreszcz gwałtowny, tłumaczymy to sobie tém, że z szybko powiększającego się ogniska zapalnego prędko i naraz wielkie ilości pyrogenicznych substancji dostaje się do krwiobiegu. Rozwijające się powoli zapalenie i ropienie przebiega bez dreszczu, jak np. błonicowe nasięk powierzchwni ran przy poczynającej się zgorzeli szpitalnej. W przebiegu posocznic dlatego rzadziej spotykamy się z dreszczami, gdyż pyrogeniczne substancje płynów gnijących zwykle tylko powoli i w mniejszych ilościach wnikają i wprawdzie przyczyniają się do wzmagania natężenia gorączki, ale bardzo powoli. Że wśród tych okoliczności *pyaemia multiplex* bardzo często i powtarzające się wywołuje dreszcze, to wcale nie będzie zadziwiającem, jeżeli uprzytomnimy sobie cały szereg przypadłości. Każde nowe ognisko przerzutowe jest nowem źródłem, z którego wnikają pyrogeniczne pierwiastki do krwiobiegu, ztąd jest także nowem źródłem dreszczów, z warunkiem, że większa ilość pyrogenicznych substancji w krótkim czasie dostanie się do krwiobiegu. Warunek ten wtedy ma miejsce, gdy albo jedno ognisko przerzutowe szybko się powiększa, lub gdy jednocześnie powstanie kilka ognisk, lub w krótkim przeciągu czasu; również koniecznym jest by miejscowe warunki ogniska przerzutowego przedstawiały pomyślne do wysysania warunki. Powyżej już wspomnieliśmy, jaką w tym względzie prawdopodobnie odgrywa rolę stan ośrodków nerwowych. Z całego szeregu tych wszystkich momentów zdaje się być widocznem, że *pyaemia multiplex* może przebiegać bez dreszczu, ale również zdaje się być zrozumiałem, dlaczego większej części wypadków *pyaemia multiplex* towarzyszą dreszcze. Błędnem jest mniemanie, z jakim się niekiedy spotykamy, jakoby liczba dreszczów odpowiadała liczbie ognisk przerzutowych.

W pojedynczych wypadkach liczby te mogą się ze sobą zgadzać, lecz zboczenia wedle tego co się wyżej powiedziało, są i muszą być częstemi. Nie potrzebujemy prawie dowodzić, że stare poglądy, wedle których zetknięcie ropy lub skrzepów żylnych z ropieniem miało wywoływać dreszcz, pozbawione są wszelkiej rzeczywistej podstawy, jak tego dowiodły doświadczenia z drażnieniem wsierdza. Tym sposobem nie twierdzą, by pomiędzy zatorem a dreszczem musiał istnieć koniecznie pewien dłuższy przeciąg czasu, gdyż już O. W e b e r obserwował kilka razy, że po wstrzyknięciu ropy do krwi natychmiast występował dreszcz.

§ 44. Jeżeli twierdzą, że dreszcz jest owym objawem, który najczęściej naprowadza naszą uwagę na rozwinięcie się i obecność gorączki ropnicowej, to koniecznie wypada tu zauważyć, że badanie ciepłoty daje tutaj daleko pewniejszą rękojmię dla pierwszego rozpoznania, gdyż objaw dreszczu, jak to już widzieliśmy, nie jest stałym i występuje jeszcze mniej prawidłowo w początku choroby, z tych więc dwóch względów oglądać się na niego nie można. Piękne doświadczenia Billroth'a nauczyły nas, o ile ciepłomierz jest cennym przy badaniu gorączek przyrannych i ropnicowych, a z mojej strony mogę tylko polecić mierzenie ciepłoty rankiem i wieczorem u ranionych i operowanych, co zawsze bywa wykonywanem w klinice w Rostoku. Trud podobny hojnie tutaj bywa nagradzanym. Ponieważ jest niemożliwem streścić w kilku słowach rezultat termometrycznych poszukiwań, dlatego na tém miejscu muszę się nieco obszerniej zastanowić nad znaczeniem termometrii odnośnie rozpoznania, opierając się prawie wyłącznie na pracy Billroth'a.

Jeżeli przy pomocy badania termometrycznego śledzimy za przebiegiem gorączki po świeżych zranieniach, to przekonamy się, że w większej liczbie wypadków ciepłota znakomicie wzrasta już w pierwszych 48 godzinach, a często nawet już w kilka godzin po obrażeniu, co zależy od gorączki przyrannej, a głównie uważanem być musi jako następstwo pierwotnej posocznicy, uwarunkowanej gniciem powierzchni rany. Tylko w rzadszych wypadkach nie dostaje tej gorączki przyrannej, w braku gnicia, np. przy sklejeniu pierwotnem (*prima intentio*) lub przy bardzo niepomysłnych warunkach dla wysiania pierwiastków gnilnych. Rzadko gorączka przyrana występuje później jak trzeciego dnia, a trwa w większej liczbie wypadków 2—7 dni. Jeżeli przy końcu pierwszego tygodnia zauważymy gorączkowe podniesienie się ciepłoty, to takowe po większej części nie jest już zależnem od gorączki przyrannej, lecz od wessania pyrogenicznych pierwiastków ropy. Billroth nazywa tę gorączkę następczą (*Nachfieber*); wedle zaś nomenklatury przezemnie przyjętej gorączki następcze należą do *pyaemia simplex*, są one prostemi gorączkami ropieniu towarzyszącemi. Gorączki te mogą wystąpić w każdym czasie leczenia rany. Billroth za przyczyny ich uważa:

- 1) Zachowanie się wydzieliny, zwłaszcza przy zamkniętych i zatokowych ranach.
 - 2) Szerzące się ciągle od rany zapalenia tkanki łącznej podskórnej i międzymięśniowej, uwarunkowane np. przez powolne oddzielanie się zmiażdżonej skóry, powięzi, ścięgien, pozostawianie obcych ciał, podwiązek i t. d.
 - 3) Zatrzymanie kału i moczu.
 - 4) Następcze zapalenia innych narządów i tkanek, np. zapalenie opłucnej, osierdza przy złamaniach żeber, ostre nieżyty tchawicy przy zranieniach dróg powietrznych i t. d.
- (Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Zeszyt 2-gi „Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej“ wyszedł z druku i do dzisiejszego Nru Gazety pp. prenumeratorom dołączonym został. Zamyka on w sobie: 1) przegląd postępów na polu Elektroterapii przez Dra Chomętowskiego; 2) przegląd postępu Otiatrii przez Dra Taczanowskiego; 3) przegląd postępów w dziedzinie Farmakologii i Toksykologii przez Dra Wyrzykowskiego. Pismo to ma na celu ciągle śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej we wszystkich jej gałęziach i we wszystkich krajach. Prenumerata na to pismo wciąż się przyjmuje w Redakcyi Gaz. Lek. i we wszystkich księgarniach w Warszawie. Cena roczna: 1) dla pre-

numeratorów Bibl. Um. Lek. i Gaz. Lek. rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8. Egzemplarze „Prze-
glądu“ są jeszcze do nabycia.

— Nowy sposób operowania hydrocele i torbieli surowicznych. Wychodząc z zasady, iż wszystkie nagromadzenia surowicze wytwarzają się w skutek naruszenia równowagi pomiędzy płynem wydzielonym i pochłanianym, M o n o d usiłuje przywrócić równowagę pomiędzy obydwoima przez ożywienie czynności chłonnej (absorbeyi), przez zmianę natury płynu nagromadzonego. Za pomocą strzykawki P r a v a z'a wypuszcza on cokolwiek surowicy i jednocześnie wstrzykuje taką samą ilość wysokoku 40 procent. Operacya ta powtarza się co 4 lub 5 dni aż do zupełnego wyleczenia, do czego ma wystarczać jeden gramm wysokoku.

Autor utrzymuje, iż tą metodą udało mu się uleczyć liczne wypadki hydrocele i wola surowiczego (*struma cysticum*). Odnacza się ona tém, iż przy zupełnej niebolesności, nie wywołuje zapalenia lub innych jakich niedogodności; błona pochwowa nie ulega zniszczeniu i zaraz po operacyi chory może się oddawać swoim zajęciom. Toż samo postępowanie autor zaleca przy nagromadzeniu płynów surowicznych w torbielach jajnika, w stawach, w kręgosłupie (*hydrorrhachis*); lubo przy torbielach chronicznych z gęstą zawartością i zgrubiałych ścianach postępowanie to zdaje się być mniej skuteczném.

— Xylonit (*Gazz. med. ital.-lombardia, N. 2 1872*). Zdaniem wielu autorów xylonit ma przed sobą wielką przyszłość, mianowicie dla szpitali; ma on niejaki podobieństwo do bawełny strzelniczej, i otrzymuje się przez działanie kwasu saletrzanego na włókna drzewne. Xylonit zbliża się do gummy elastycznej tém, iż pociągnięte nim tkanki organiczne stają się nieprzemakalne. Oczyszcza się on z łatwością mydłem i wodą i daje się wyciągać w nitki naksztalt płótna i bawełny. Woda gorąca, oleje i tłuszcze nic mu nie szkodzą. Tkaniny xylonitowe dają się rozmaicie ufarbować; są trwalsze, praktyczniejsze i tańsze od wyrobów z gummy i gutaperki. Można je także pociągać kolloidionem, przez co nabierają większej sprężystości, nie pękając jednakże tak łatwo, jak kolloidium.

— Jubileusz prof. Dra A d a m o w i c z a. W dniu dzisiejszym dobiega 50 lat lekarskiej i naukowej działalności Dra A d m o w i c z a. Nie ma w kraju lekarza, któryby nie znał czeigodnego imienia twórcy u nas patologii porównawczej, uczonego profesora Uniwersytetu i Akademii med. chir. Wileńskiej, prezesa towarzystwa lek. Wil. i któryby nie składał dzisiaj życzeń i uwielbienia sądziwemu nestorowi naszej nauki i naszych lekarzy. Adam Ferdynand A d a m o w i c z urodził się w Wilnie w 1802 roku, uczył się w Uniwersytecie Wileńskim za świetnych czasów Ś n i a d e c k i e g o, F r a n k a, B o j a n u s a, następnie sam powołany na profesora, pozostawał na tej posadzie aż do zamknięcia Akademii lek. Wil. w 1842 roku. Z licznych pism jego trzymają pierwsze miejsce: rozprawa p. n. „*Dissertatio inauguralis medico-veterinaria morborum inter animalia domestica observatorum indicem singulorumque constantissima signa exhibens* (1824); *Nauka o życiu zwierząt gospodarskich* (1841); *O poznawaniu i leczeniu chorób koni* (1838) r.; *Rys początków i postępu Anatomii w Polsce i Litwie* (1855). Obecnie sędziwy nasz patriarchya pomimo 70 lat życia, czerstwy na umyśle i na ciele wciąż jest czynnym jako prezes towarzystwa i stały nasz korrespondent z Wilna. Do licznych powinszowań, jakie szanowny Jubilat ze wszech stron dzisiaj odbiera i Redakcyja Gazety Lekarskiej dołącza życzenia najdłuższego Mu życia na korzyść nauki, na zaszczyt ciała lekarskiego i chwałę naszego kraju.

— Dr. Michel Lévy Naczelný Inspektor służby zdrowia w armii, członek komisyyi sanitarnéj etc., znany autor prac traktujących o Hygienie, umarł w Paryżu d. 13 Marca b. r. w skutek albuminuryi, przeżywszy lat 62.

— Professor Salvatore de Renzi, uczony lekarz Neapolitański, umarł 25 lut. w wieku lat 72.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy
Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W Redakcyi* półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1872) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1872 r. rsr. 98 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Uwagi nad treścią podjęzycznego guza, zwanego żabką. Przez Dra *H. Fudakowskiego*, docenta Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu. Roczne sprawozdanie z oftalmicznej praktyki. Przez Dra med. *Józefa Talko* (w Lublinie), członka towarzystw niemieckich oftalmologów w Heidelbergu, oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Tyflisie, Wilnie i w Odessie. Kronika zagraniczna. Ropnica (*pyaemia, febris pyaemica*). Przez prof. Dra *C. Huettera*. Spolszczył Dr *Kazimierz Gurbki*. (Ciąg dalszy). Wiadomości bieżące. Zeszyt 2-gi Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Nowy sposób operowania hydrocele i torbieli surowicznych. Xylonit. Jubileusz Prof. Dra *Adama Owicza*. Drowie *Michel Lévy* i *Salvatore de Renzi*. Dodatek. Anatomii opisowej ark. 29. Patologii ogólnej T. I ark. 4. Syfilidologii ark. 8. Tytuł dzieła i spis rzeczy do Auskultacyi i Perkussyi (Dokończenie dzieła). Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii *Heitzmanna* dołącza się ark. 20. Dla PP. Prenumeratorów Przeglądu postępów nauki lekarskiej dołącza się zeszyt II-gi.

Uwagi nad treścią podjęzycznego guza, zwanego żabką.

Przez Dra *H. Fudakowskiego*, docenta Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu.

W końcu ubiegłego i w lutym bieżącego roku ogłoszone zostały przez pp. Drów *J. Minkiewicza* i *J. Talkę*, dwa rzadkie postrzeżenia podjęzycznych torbieli (Gaz. Lek. T. XI, 232 i T. XII, 80), których treść miała być niepomernie gęstą. Spójność tej treści zwróciła uwagę wspomnianych autorów. Przed siedmiu laty, w czasie mojego pobytu w Wiedniu, miałem zręczność badać treść podobnej podjęzycznej torbieli. Mając zapisane wypadki tego rozbioru, mam obecnie zamiar za ich pośrednictwem zwrócić nieco uwagę na skład podobnych cieczy.

Ciecz w mowie będącą użyłem do badania świeżą, wkrótce po przyniesieniu jej z kliniki, gdzie ją z podjęzycznego guza wypuszczono. Oddziaływanie jej

było mocno zasadowem. Kleista i gęsta, stopniem swęj spójności przypominała ciągnącą się galaretę. Stłuszczone komórki i rozsypane krazki krwi, oraz kropelki tłuszczu czyniły tę ciecz trochę mętną.

Chemiczne próby wykazywały w tej cieczy znaczną ilość ciał białkowatych wspólnie zaś z wymienioną własnością całej massy, mianowicie z jej klejowatością zniewalały one do przypuszczenia, że ma się do czynienia z płynem raczej bardzo zamożnym w paralbumin aniżeli skrzepłym. Przy ogrzaniu następowało ścinanie się. Wyskok dawał znaczną ilość serowatego osadu, który po pewnym czasie, nawet w kilkanaście godzin w znacznej części rozpuszczał się w ciepłej wodzie, reszta zaś pęczniała i nie przechodziła w roztwór. W kleistym roztworze, otrzymanym tą drogą, równie jak w pierwotnej cieczy, rozcieńczony octowy kwas sprawiał osad, rozpuszczający się w nadmiarze tego kwasu; inne odczyny tego roztworu były właściwemi paralbuminowi. Pierwotna ciecz mętniała też już przez dodawanie znacznej ilości wody.

Ilościowy rozbiór wykazał następujący stosunek składowych części:

Wody	: 93,7%	}	5,47	spopielaających się organicznych istot, między którymi przeważały ciała białkowate (4.23)—nadto tłuszcz. Mocznika nie znaleziono.
Części stałych	: 6,3%		0,83	popioły.
100,0			6,3.	

Jeżeli porównamy stosunek wody i istot stałych w badanym płynie i w cieczach jakie z torbieli jajników się otrzymuje, to znajdujemy znaczne podobieństwo. Zwykle też płyny wypuszczane z torbieli jajników są niezmiernie klejowate, ciągną się w długie nici i ta ich własność zależy od obecności paralbuminu. Zestawione przez C. M é h u cyfry z jedenastu rezbiorów cieczy chorobliwie nagromadzonych w torbielach jajników, wskazują następujące najmniejsze i największe ilości części stałych, a w nim proteinowych ciał i ogniotrwałych ostateków (*Archiv gener. 1869, Novbr. 524*):

a) Części stałe na 100 cz.	b) białkowate ciała na 100 cz.	c) popioły na 100 cz.
I) 1,7 — II) 8,9	I) 0,9 — II) 5,3	I) 0,8 — II) 0,91.

Płyn z najmniejszą ilością ciał białkowatych, nie był kleistym i gęstym jak pozostałe dziesięć; najbardziej był on podobnym do surowicznych cieczy.

Odczyny otrzymane w płynie badanym przezemnie, odpowiadały tym, jakie paralbuminowi przypisują. Odkąd J. S c h e r e r odróżnił tę postać ciała białkowatego, przezeń paralbuminem nazwaną, znajdowano ją za nim tylko w cieczach torbieli jajnikowych. Własności jednak tego ciała nie nazbyt różne i nie dość charakterystyczne, budziły już podejrzenie, czy ów paralbumin jest istotnie odrębną postacią ciała białkowatego, czyli raczej pewne odmiany w jego własnościach, różniące go od znanych własności innych ciał tej grupy, nie zależą od przymieszek, które własności białka w ten sposób zmieniają. Mniemanie też później (E. E i c h w a l d), że paralbumin jest jednym ze stopni przemian, jakim ulega białko powolnie w koloidalnych cieczach, pod wpływem obecnej

w nich i również przemieniającej się śluzowej istoty. Wedle tego poglądu paralbumin ma różnić się od białka t \acute{e} m, że posiada wi \acute{e} ksze powinowactwo do wody, tak, że nie można dokł \acute{a} dnie stracić białka zmienionego w paralbumin, przez wpływ odczynników odbierających mu wodę.

Późniejsze badania samego Scherera (w 1866 r.), wykazywały znaczne podobieństwo między odczynami białka i paralbuminu; znajdując jednak, że przymieszki tłuszczu, istoty śluzowej (mucyny), związków nieorganicznych i t. p. nie powodują tych różnic w odczynach, uznawał on molekularne różnice między temi dwoma postaciami pokrewnych ciał.

Najnowsze badania w tej mierze S. Oboleńskiego (*Archiv für d. gesammte Physiologie, IV, 336*), mające za przedmiot śluzową istotę i paralbumin, przynoszą wielce pożądanę skazówkę, że paralbumin nie jest pojedynczym ciałem. Najprzód podobny on jest do śluzowej istoty swemi rozkładami: gotowany z rozcieńczonym kwasem siarczanym, rozkłada się na istotę białkową i na ciało, przypominające swymi odczynami cukier gronowy (kwas oksyfanowy). Nadto, jeżeli do istoty śluzowej dodaje się, jako przymieszka, białko jaja w rozmaitych ilościach, nie zmieniają się t \acute{e} m wcale jej odczyny; odwrotnie rzecz się ma, skoro do śluzowej istoty domiesza się białka surowicy, więc surowicy krwi: mucyna strącająca się zwykle dokł \acute{a} dnie kwasem octowym, wówczas daje trochę kłaczkowatego osadu, lub strącona przez dodanie kwasu octowego, rozpuszcza się z łatwością już w nadmiarze surowicy. Oboleński wnioskuje, że paralbumin przedstawia mieszaninę ciał białkowych i śluzowatej istoty.

Podobne odczyny, różne od odczynów czystej śluzowatej istoty, otrzymać można z wyciągiem z trzęsłiny Wharton'a w \acute{e} powinie.

Może t \acute{e} ż słuszne są domniemania niektórych badaczy, że istota międzyk \acute{e} morkowa w bardzo młodej, rozwijającej się tkance łącznej, składa się również z mieszaniny surowicy i śluzowej istoty.

ROCZNE SPRAWOZDANIE Z OFTALMOLOGICZNEJ PRAKTYKI

od 1 (13) marca 1871 do 1 (13) marca 1872 r.

Dra med. Józefa Talko (w Lublinie), członka towarzystw niemieckich oftalmologów w Heidelbergu, oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Tyflisie, Wilnie i w Odessie.

*Na co tylko stać kogo, każdy coś niech daje!
Już ten grzeszyć poczyna, kto działać przestaje.
J. Minusowicz.*

Złożenie naukowego sprawozdania z prywatnej praktyki lekarskiej należy do najtrudniejszych zadań lekarza; chorzy bowiem szczególnie starozakonni w tu-tejszym kraju, częstokroć raz uzyskawszy od lekarza receptę, później wcale go nie odwiedzają, a szukają kolejno porady u wszystkich innych kolegów, znajdujących się w danej miejscowości. Jedni tylko lekarze specjaliści pod tym względem stanowią wyjątek. Należąc do tych ostatnich, dzielimy się z czytelnikami

Gaz. Lek. ¹⁾ ciekawszomi spostrzeżeniami, które w ciągu ubiegłego roku w Lublinie zebrać zdołaliśmy.

W ciągu roku, od 1 (13) marca 1871 do 1 (13) marca 1872 r., mieliśmy chorych nietylko z Lublina, lecz ze wszystkich miejsc gubernii lubelskiej i niektórych sąsiednich powiatów gub. siedleckiej, radomskiej i kieleckiej. Żydzi dali największy procent chorych, następnie szlachta, urzędnicy, duchowni i włościanie nietylko okoliczni, lecz i z dalszych stron, np. Tarnobrodu. W tym roku nie obserwowaliśmy żadnej epidemicznej choroby oczu; zanotować tylko muszę, że w sierpniu miałem czterech chorych cierpiących na *oedema conjunctivae bulbi*, w jednym razie, u obywatela z sąsiedniej wsi, takowa rozpoczęła różę powiek i twarzy; w drugiej połowie stycznia r. b. miałem jedną starozakonną dziewczynkę zamożnych rodziców, cierpiącą na *diphtheritis conj. bulbi sin*, choroba miała dobre zejście.

Przedewszystkiem szukali u nas porady chorzy potrzebujący pomocy operacyjnej, z wadami organicznymi oczu i zapaleniem głębokich części oka. Lekkie zapalenia oczu, szczególnie łązniczy, leczy i każdy lekarz, a więcej felcerzy, którzy są prawdziwą plagą w tutejszym kraju; korporacją w której zanadto wiele szarlataneryi i oszustwa; wyjątki chyba tylko natrafić można pomiędzy katolikami. Nietylko felcerzy i owczarze, ale i każdy tu, jak to się praktykuje wszędzie, radzi i leczy wszelkie ludzkie niemoce, nie wykluczając i cierpienie oczu, zalecając paryzką wodę, miętusowe sadło, (*liquor hepatis mustellae fluviatilis*, rodzaj tranu), zamawianie, spędzenie łuszczyki, której wcale niema i t. p. leki zewnętrzne; lecz w razach gdzie potrzebna operacyjna pomoc, tam odsyłają chorego do specjalisty. Tu nie zdarzyło mi się widzieć lub słyszeć, aby jakiś profan, nie mający pojęcia o medycynie, operował np. *trichiasis*, kataraktę i t. d., jak to na każdym kroku spotykałem w Gruzji, gdzie Ormianie i Persowie beczelnie oślepiają, wprzód wyzyskawszy dobrze chorego. Tak zwani *Staurstrecher* są tu wcale nieznanymi. Otóż to z takich powodów, operacyjnych wypadków miałem tu nie mało ²⁾.

Zauważałem iż bardzo często ślepi po kilka i kilkanaście lat noszą kołtuny, lub jak tu zwa „pliką”, w tém przekonaniu, iż to uchroni od utraty wzroku, gdyż, jak powiada *S z o k a l s k i*, wywołujemy i hodujemy kołtuny w tém przekonaniu, iż one posiadają zachowawczą dla zdrowia potęgę, lecz ani od jednego z nich nie słyszałem, aby zaczynające się osłabienie wzroku (np. od katarakty, *pannus'a* lub *atrophiae nm. opticorum*), zapuszczeniem kołtuna zostało powstrzymane. Dziwić się jednak potrzeba, że nie wszyscy polscy lekarze do dziś dnia

¹⁾ Sprawozdanie z lat dawniejszych drukowaliśmy w *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde* w *Kaukazskij medicinskij Sbornik* i w *Klinice*.

²⁾ Z listu mojego do prof. *Z e h e n d e r'a* (p. jego *Die Blinden in den Grossherz. Meklenburg*, 1870, str. 284), widać, że w Tyflisie mającym do 70,000 mieszkańców rocznie robi się zaledwie 5—6 razy wydobycie zaćmy, a to z przyczyny ciemnoty ludowej i wędrujących operatorów, po większej części Persów. Przy tej zręczności zapytuję, czyby i u nas nie było jakich źródeł dla napisania podobnej monografii: „Ślepi w Królestwie Polskiem?”

poszli za przykładem ucznia Frankowego sędziwego prof. Adamowicza, który w roku pozaprzeszłym zrzekł się publicznie wiary w tę dziwną niby chorobę (patrz Pamiętniki Tow. Lek. Warsz.). Na czasie też do publiki przemówił o kołtunie prof. Szokalski w Tygodniku Ilustrowanym (luty 1870 r.). Lublin ma też gorących zwolenników kołtunowej przyczyny chorób w starej generacyi lekarskiej, zwolenników wileńskiej szkoły, tej opiekunki kołtunowego wyznania, i nierzadko na ulicach naszego miasta widzieć się dają starozakonni, których włosy głowy i brody wyglądają dość oryginalnie splecione w kołtunowe kosmyki,—ba nawet widziałem chorych, których jeden tylko pejs zwinięty nie do rozczesania; mam nawet kilka podobnych trofeów z mej oftalmicznej praktyki, jeden z nich u starozakonnego z Rachowa, miał długości 15 cali.

Homocypaci nasi leczą swemi maczkami nietylko takie choroby jak *dacryocystitis*, w skutek zarośnięcia kanału nosowego, lecz nawet i pozasoczewkowe cierpienia oka. Ponieważ nie zadają sobie fatygi zajrzeć do głębi oka wziernikiem, więc ciekawym jak rozpoznają zmętnienie ciała szklistego od zmian środkowych błon gałki ocznej i nerwu wzrokowego, jak leczą np. *amotio retinae* i t. p. zmiany chorobliwe oka, nie mówiąc już o wykryciu tak rzadkich i nieproszonych gości, jakim jest wąż w oku. Szczęśliwi iż lecząc omackiem, milionowem drobieniem leków, oszukują siebie i pacjentów swoich! Wszak, jak uczy Hamann zapachem jednej decilionowej części grana krzemienia można już uleczyć zaćmę i amaurozę!

Rzecz godna uwagi, iż z liczby cierpiących na oczy, największy procent dają zapalenia rzęsowego brzegu powiek (*blepharitis*), ropienia worka łzowego (*dacryocystitis*) i jego przetoki. Choroby te uprzywilejowane szczególnie u starozakonnych. Oczy takich chorych ciągle zanieczyszczone zaschłym na rzęsach śluzem i ropą, tak że mając do czynienia z podobnymi pacjentami, rad nierad musisz wypisać na drzwiach swego gabinetu słowa, które czytałem wchodząc na klinikę p. Szokalskiego: „nie umyć nie przyjmują się.” Szokalski w swjej Oftalmologii zwraca uwagę na dość częste te cierpienia w tutejszym kraju. Coby było ich przyczyną¹⁾, a szczególnie chorób łzawego worka? Takowe widziałem u obu płci i nawet u dzieci, zaczynając już od roku życia; u dzieci ropienie worka dość często bywa połączone z przetoką jego; u jednej dziewczynki, żydówki, przy obustronnem *dacryocystitis cum fistula sacci lacrymalis* jednocześnie było i *epicanthus* w skutek traumatycznego spłaszczenia kości nosowych przed kilku laty.

Opis ciekawych chorób i operacyi dokonanych, podajemy w oddzielnych gruppach, wyjaśniając ich niekiedy rycinami, poprzedziwszy takowy tabelką operacyj, któreśmy zrobili w ciągu ubiegłego roku:

¹⁾ Kuchhenmeister i Ellinger znajdowali przytęm roślinne pasożyty na brzegu rzęsowym, czego zresztą nie potwierdza Arcoleo i Werner.

182 nie oznacza jednak cyfry operowanych przez nas osób, cyfra tych ostatnich powinna być nieco zmniejszona, gdyż niektórym chorym potrzeba było zrobić po 2 operacje, np. wyjąć obustronną zaćmę, wykonać iridektomię na obu oczach; jednej nawet pacjentce (o której niżej) dla przywrócenia wzroku zrobiłem 6 operacyj na powiekach i gałkach. Liczba 27 oznacza ilość chorych, którym wielokrotnie powtarzane było wprowadzanie sondy przez drogi łzowe.

Z liczby tych operacyj 32 zrobiłem w szpitalach, to jest piątą i $\frac{2}{3}$ części wszystkich operacyj:

W szpitalu wojskowym—9, (5%) a mianowicie: wycięcie dwóch blizn powiekowych, *strabismus converg.*, 3 irydektomie przy *leucoma prominens inflam.*, operacje fistuł i zarosnięć kanalików łzowych, *ptosis palp. congen.*

W szpitalu Ś-go Józefa—1: wycięcie mięsaka łącznicy powiek.

W szpitalu Ś-go Wincentego à Paulo—18 (10%), mianowicie, zaćm 12, 2 irydektomie przy *leucoma adhaer.*, *iridodialis*, 2 *extirpatio bulbi* i *trichiasis*.

W szpitalu Ś-go Jana Bożego—3: cukromoczowe zaćmy i rakowiec łącznicy gałki.

W szpitalu starozakonnych—irydektomię przy glaukomacie.

Reszta 150 operacyj zrobione lub w mieszkaniu chorych, lub też ambulatoryjnie.

Przy operacjach w szpitalach bywali obecni niektórzy z szanownych kolegów, jak pp. Schmidt, Janiszewski, Chrzanowski, Tetz i inni. Prawie każdą jednakże operację robiłem przy łaskawie udzielanej mi pomocy szan. kol. Jankowego, któremu wynurzam tu moje szczere podziękowanie. Winienem także podziękować publicznie i szan. kol. Schmidtowi, który jako lekarz najbliższego mnie szpitala Ś-go Wincentego à Paulo, zaprosił mnie do pomieszczenia w swym szpitalu biednych, gdzie takowi znajdują doskonały pokarm i troskliwie są dogładani przy pomocy sióstr miłosierdzia. Z łaskawych zaprosin szan. kol. Janiszewskiego do dziś dnia jeszcze mało korzystałem z powodu odległości szpitala Ś-go Jana Bożego. Dzięki także tym okolicznym kolegom, którzy raczyli do mnie odsyłać chorych, cierpiących na oczy, z miasteczek i ze wsi, dla udzielania takowym terapeutycznej lub chirurgicznej pomocy.

A) Oftalmoskopowanie przy chorobach mózgu i czaszki.

- 1) *Commotio cerebri*. Negatywny rezultat badania oczu w z i e r n i k i e m.

Bouchut w swoim dziele „*Du diagnostic des mal. du système nerveux par l'ophthalmoscope*” twierdzi, iż oftalmoskop zawsze może nam dawać odpowiedź czy w danym wypadku mamy do czynienia z t. zw. *commotio cerebri*, lub też *contusio* albo *compressio*. Przy *commotio*, z utratą przytomności i zwolnieniem tętna, tarcza nerwowa pozostaje dość jasną, bez śladu przekrwienia lub surowiczej obrzękłości dna ocznego. Przeciwnie, w razie *contusio* lub *compressio ce-*

r-bri, przy takich samych symptomatach, w obu oczach lub w oku strony cierpiącej znajdujemy znaczne przekrwienie siatkówki z rozszerzeniem i zakrętami (*flexuosites*) żył wraz z surowiczym obrzękiem twarzy lub jej obwodu (*oedema peripapillarii*).

Dnia 12 maja przywieziono do szpitala wojskowego, młodego i dobrze zbudowanego kozaka, który zupełnie stracił przytomność przed kilku godzinami, spadłszy w galopie z konia. Leży w łóżku z zakrytymi oczami, bez żadnych prawie ruchów, na pytania nie odpowiada zupełnie, jeść nie żąda, lecz połyka skoro mu podają do gęby pokarm. Tętno uderza mocno, lecz zwolnione, od 56—60—70. W źrenicach żadnej zmiany, kurczliwość słaba. Przy kluciu szpilką w różnych miejscach, żadnej reakcji. Zauważono *paresis* lewej górnej kończyny, w twarzy ani śladu sparaliżowania. W takim bezgorączkowo-nieprzytomnym stanie chory zostawał do d. 29 maja, to jest 18 dni, opuścił szpital w połowie lipca, odzyskawszy nawet prawidłowość ruchów w kończynie. Leczenie przeciwzapalne, z początku kalomel, potem *arnica c. kali hydrojodico*, następnie wino. Kilkakrotnie badałem chorego wziernikiem i nie znalazłem najmniejszej zmiany w tarczy nerwowej i w błonach oczu, co mi pozwoliło zrobić prognozę dobrego zejścia tak długiej nieprzytomności chorego przy zwolnionym krążeniu krwi. Opierając się na twierdzeniu p. B o u c h u t potrzeba więc rozpoznać w danym wypadku *commotio cerebri*.

2) *Sarcoma cranii. Exophthalmos et amaurosis oc. sin.*

W drugiej połowie marca r. b. przybył do szpitala Ś-go Jana Bożego 30-letni Izydor Wróblewski z ogromnym nowotworem gardła, nosa, lewej jamy *Higlmora* i wyoczdoleniem lewej gałki ocznej, która zupełnie utraciła wrażliwość na światło. Nowotwór rósł szybko, często krwawił i ogromnie utrudniał jedzenie i oddech. Na 5 dni przed śmiercią chorego, która nastąpiła 1 kwietnia, zbadałem go wraz z kol. J a n i s z e w s k i m i zapisałem w karcie wizytowej „*exophthalmos sin = 1 1/2"*, *strabismus diverg. = 2"*, *pupilla = 8 mm.*, nieruchoma, czarna; *chemosis* w dolnej części oka; łamiące środki gałki przezroczyste; tarcza tarczy nerwowej i siatkówki prawie niewidzialne, żyły zaś nabrzękle. *Epicrisis* jasna; ślepotą powstała w skutek utrudnionego obrotu krwi gałki ocznej (*chemosis, oedema peripapillaris*) i jednoczesnego ściśnięcia n. wzrokowego nowotworem, który rozrastając się po za gałką, wypierał tę ostatnią na przód i na zewnątrz (*amaurosis periocularis*).

Przy autopsji wraz z kol. J a n i s z e w s k i m i J a n k o w s k i m znaleźliśmy sarkomatyczny nowotwór, rozrastający się najbardziej w tylnej części gardła (*ad basin cranii*), pozagardzielowej przestrzeni (prawie do klatki piersiowej), w nosie i lewej jamie *Higlmora*, z tej ostatniej przenikał przez dolną ścianę oczodołu po za gałkę oczną, pomieszczając się w dolno-wewnętrznej i tylnej części oczodołu, a stąd przez *fissura orbitalis sup.* do czaszki, tu rozrastał się w formie granulacji nie tylko na tureckim siodło, którego tylna część była zniszczona nowotworem, lecz i na *dura mater* lewej środkowej jamy szaszki. Prócz

tego podobny rozrost nowotworu znajdował się w sąsiedztwie *cristae Galli* (przeszedł z nosa *per lam. cribrosa*), a także w *sinus sphenoidalis*).

3) *Tuberculum cerebelli et Hydrocephalus internus chron.*
Atrophia nn. opticorum.

Blizko 8-letni, bardzo wycieńczony Kazimierz Chlipalski, leżał kilka miesięcy w szpitalu S-go Wincentego à Paulo. Przed dwoma laty tak mocno upadł na wznak, na podłogę, iż powstały ztąd krwotok nosa musiano powstrzymać tamponowaniem, poczem od przedostatniej jesieni począł się uskarżać na silny ból głowy w lewej tylnej części, często zarzucając ją w tył. Chorego badałem wziernikiem w sierpniu, nadto dowiedziałem się że: przed 8 miesiącami utracił mowę, leży prawie bez żadnej świadomości i wyrazu twarzy, głowa ogromnie duża (57 cent. w obwodzie), szwy czaszki rozeszły się; l e w e k o Ń c z y n y sparaliżowane, od czasu do czasu dziecko miewa konwulsye. Źrenice rozszerzone, chory zaledwo ma poczucie światła; wzrok zdaje się być utkwionym w jeden przedmiot, ruchy oczu bardzo leniwe; łamiące środkki oczu przezroczyste, w obu gałkach tarcze nerwowe białe z dość wyrazistemi konturami, naczynia żyłne na nich i w siatkówkach nieco przepelnione (*Atrophia nervorum opticorum, venositas utr. retinae*). Wkrótce potem chory utracił i poczucie światła, poznawał jednak swych blizkich krewnych po głosie. Na kilka tygodni przed śmiercią zaczęła ciec z p r a w e g o ucha krew z ropą; wycieńczenie ciała posunięte do najwyższego stopnia przy monstualnie wielkiej głowie. Górne i dolne kończyny wyciągnięte do tułowia, we wszystkich stawach w silnym stopniu kontraktura. Do ostatniej chwili apetyt u dziecka był wileczy. Sekcyę dokonałem 9 grudnia w obec kol. S e h m i d t'a, J a n k o w s k i e g o i C h r z a n o w s k i e g o, ograniczając się tylko na czaszce. Kości tej ostatniej ogromnie zcieńczone, szwy, nawet czołowy, rozeszły się na $\frac{1}{2}$ —1 cent.; twarda blona mózgowa przyrośnięta, odpowiednio średniej części *sin. longitudinalis*, który zupełnie był próżnym. Nieznaczne zmetnienie *arachnoideae*, pod którą nie było surowiczego obrzęku, lecz za to znaleźliśmy mnóstwo wodnisteo płynu między *basis cerebri* i czaszką. Mózg wydawał się być ogromnym i chwiał się jak galareta, co pochodziło od nadzwyczaj ogromnego rozciągnięcia przezroczysto-białym płynem wszystkich żołądeczków, boczne tak były wielkie, iż zaledwo ściany ich w mózgowych półkolach miały grubości 2—3^m, trzeci wielkości jaja, uwydatnił się na *basis cerebri* w kształcie przezroczystego pęcherza, rozciągającego oba wzrokowe nerwy, z których pozostała tylko tkanka łączna, bez mieliny; widzialnej zmiany w *corp. quadrigemina* nie było; przez *aqueductus Sylvi* mógł przejść palec średni; ściany żołądeczków gładkie, prawie bez naczyń, *plexus chorioideus* uległ znacznie zanikowi. W t y l n e j części lewej połowy mózdzku znaleziono guz wielkości gęsiego jaja, owalny, koloru żółtawego, twardy jak stare sadio; był to tuberkuł, mocno zrośnięty z *tentorium cerebelli* i z twardą oponą mózgu, który i stał się powodem wywołania wodnej puchliny (*hydrocephalus*).

4) U pewnego 17-letniego chłopca podwiązaliśmy z kol. *J a n i s z e w s k i m* *art. carotis communis* podczas wyłuszczenia *enchondromae parotidis*; natychmiast nie widzieliśmy żadnej zmiany w źrenicy, a na drugi dzień wziernikowanie nie wykryło żadnej zmiany, w cyrkulacji krwi i w naczyniach siatkówki. Chory ten wyzdrowiał. (Dalszy ciąg nastąpi).

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

Ropnica (*pyaemia, febris pyaemica*).

Przez prof. Dra C. H u e t e r a.

Spolszczył Kazimierz Gurbiski.

(Ciąg dalszy *)

§ 35. Zakrzepy żyłne powstają tylko zwykle na takiej rozciągłości, na jakiej prąd krwi w biegu swym zatrzymanym zostaje. Należałoby sądzić, że z powodu mniejszej siły, z jaką krew w żyłach krąży w porównaniu do energii tętniczego krwiobiegu, zakrzepy w żyłach powinnyby dosięgać daleko większej rozległości jak w tętnicach; podobne wyobrażenie nie jest jednak zupełnie słusznem, gdyż dosyć często partie ściiany próżnej żyły zetkną się z sobą lub też krążenie w żyłach utrzymuje się przez wykształcenie się dostatecznego obocznego obiegu krwi. Gdy np. przy amputacji uda przecinamy żyłę udową, w takim razie z przeciętego światła naczynia wypłynie tylko tyle krwi, wiele jej się znajduje pomiędzy tymże światłem a najbliższą w górę leżącą zastawką. Niekoniecznie jednak na tej ostatniej musi się utworzyć zakrzep, gdy w bliskości zastawki wpada gałązka oboczna, w której jeszcze istnieje żylny krwiobieg, gdyż w tym wypadku nie utworzy się w naczyniu żadnej warstwy krwi nie poruszającej się. Mogą więc być obrażenia żył, nie pociągające za sobą wytworzenia zakrzepów. Zapewne że przy amputacji nie należy się spodziewać tak pomyslnych warunków, mianowicie żeby we wszystkich żyłach nie utworzyły się zakrzepy; owszem przez odjęcie kończyny zniesiony jest dowóz krwi żyłnej do większej liczby przeciętych żył, a tem samem i usunięta jest możność wytworzenia się obocznego krwiobiegu; ztądto amputacja stanowi pomyslniejszy warunek do powstawania zakrzepów jak wielkie obrażenie, ale bez oddalenia kończyny. Stosunki miejscowe, uważane w pojedynczej okolicy, nie dają się ująć w zdania ogólne, ale niemałego znaczenia przy tworzeniu się zakrzepów są ogólne stosunki krążenia.

Z pomiędzy nich na samym czele postawię:

1) U t r a t ę k r w i. Gdy chory stracił dużo krwi przy zranieniu lub operacji, siła serca się zmniejsza, krew krąży wolniej, obieg krwi oboczny w żyłach jest mniej doskonały, w wielu miejscach powstały słupy krwi nieporuszające się, ztąd to i zakrzepy będą liczniejsze i dłuższe.

Oprócz utraty krwi siła serca zmniejsza się po zranieniach i operacjach.

2) Z powodu gorączek przyrannych i ropnicowych, to jest ściślej powiedziawszy, na skutek p o s o e z n i c y i r o p n i c y. Im dłużej trwają te gorączki, im są silniejsze i im mniejsze są zwolnienia, tem więcej sprzyjającemi są warunki do wytworzenia się zakrzepów. I tak *pyaemia simplex*, jak to wykazał *Billroth*, ułatwiając powstawanie zakrzepu żylnego może dać pochop do rozwinięcia się *pyaemia multiplex*. Dalej powikłanie z p r z y p a d k o w e m i s t a n a m i g o r ą c z k o w e m i może być uważane jako przyczyna upadku siły sercowej a ztąd i powstania rozległego zakrzepu. Nieżyty oskrzelowe, żółdkowe i kiszkiowe mogą pod tym względem wywierać wpływ nieprzyjazny; wpływ

*) Patrz Nr 20 Gaz. Lek. T. IX.

zapalenia płuc, durzyc, dławca okazuje się tutaj jeszcze znaczniejszym. Nie możemy tu również pominąć w p l y w ó w k o n s t y t u c y o n a l n y c h. Indywidua skrofaliiczne i tuberkuliczne ulegają częściej *pyaemia multiplex* jak osoby poranione i operowane, które przedtęm wybornęm cieszyły się zdrowiem. W końcu w i e k usposabia także do tych chorób, wiek bowiem dziecienny prawie zupełnie oszczędzonym bywa przez *pyaemia multiplex*. W wieku tym bowiem żywszą jest czynność serca, która utrudnia lub przynajmniej w części stawia przeszkodę tworzeniu się zakrzepów. Być może że z powodu tej żywszej czynności serca, zwierzęta znoszą najcięższe obrażenia bez rozwinięcia *pyaemia multiplex* i że u zwierząt doświadczanych sprawę tę wtedy tylko wywołać możemy, gdy wprowadzamy zatyczki wprost do obiegu krwi.

§ 36. Przejrzawszy szereg powyżęj przytoczonych przyczyn, usposabiających do *pyaemia multiplex*, do których może należałoby dodać jeszcze inne mniej wydatne, np. wysilenie ciała, poprzedzające obrażenie (np. w bitwie), złe odżywianie, zadać sobie możemy pytanie, czy wszystkim tym stanom wspólny upadek siły sercowej jest w nich jedynym momentem usposabiającym? Być może, że późniejsze poszukiwania pytanie to w inny rozstrzygną sposób; pobieżnie przynajmniej upadek siły serca objaśnia to usposobienie, gdyż ilość zakrzepów przy tym warunku się powiększa. Jeszcze jaśniejszym stanie się wpływ serca na powstawanie *pyaemia multiplex*, gdy zwrócimy uwagę nietylko na ilość, lecz na wielkość i kształt zakrzepów. Gdy koniec zakrzepu wystaje do światła najbliżęj położonej większęj żyły, czyli jak się wyraża V i r c h o w, jeżeli zakrzep jest p r z e d l u ż o n y m, w takim razie odkruszanie się jego obieg krwi żyłnej bardzo łatwo sprowadzić może. Gdy obieg ten pozostawać będzie pod bardzo znacznęm ciśnieniem, w takim razie w świetle naczynia sąsiadującego z naczyniem, w którym tkwi zakrzep, nie będzie warunków do krzepnięcia krwi, zakrzep bardzo niewiele lub wcale się nie przedłuża do światła tego naczynia, tym sposobem prąd krwi przebiegać może koło zakrzepu, nie wypłukując z niego drobnych cząsteczek. Że podobny wpływ serca nie jest złudzeniem, możemy wnosić z tego faktu, że w systemie tętnicznym, w którym krew krąży pod większým ciśnieniem, podobne zakrzepy przedłużone wcale nie istnieją. Obecność ich prowadziłaby do najfatalniejszych objawów, gdyż gdyby np. po podwiązaniu tętnicy biodrowęj zewnętrznej zakrzep przedłużył się po za miejsce podziału tętnicy biodrowęj wspólnej, to bezwątpienia cząstki od zakrzepu musiałyby być poodrywane, które jako zatyczki dostałyby się w zakres krążenia tętnicy biodrowęj wewnętrznej i pociągnęłyby za sobą wszystkie znane nam już skutki. Możnaaby zarzucić zdaniom przezemnie wygłaszanym brak dowodów. Spodziewam się że w przyszłości przedsięwzięte będą doświadczenia, które udowodnią przypuszczenie, zaczerpnięte z faktów klinicznych; pominąć go nie mogłem, gdyż wiąże się ono ściśle z ważnemi praktycznemi i terapeutycznemi następstwami, które w dalszym ciągu obszernięj rozwinąć się postaram.

§ 37. W etiologii *pyaemia multiplex* nietylko zwrócić winnismy uwagę na kształt i liczbę zakrzepów, lecz również na ich przemiany. Przemiany te są już dlatego nie obojętne, gdyż oprócz kształtu zakrzepu konsystencya jego rozstrzyga możność łatwiejszego lub trudniejszego wypłukiwania cząstek z zakrzepu. Gdy zakrzep się organizuje, wtedy staje się suchszym, więćej zbitym a ztąd i mniej jest skłonnym do wywołania sprawy zatorowej. Gdyby to było w naszej mocy, należałoby ułatwiać organizację zakrzepów, tak jak również należałoby wystąpić czynnie przeciw jego mięknieniu a to dlatego, aby następnie nie ulegał rozkruszaniu. Ale mięknienie zakrzepów ma jeszcze gorsze znaczenie, gdyż takowe ulegają ropieniu i nabierają własności flogogenicznych. Dopiero wtedy oderwane cząstki z zakrzepu wywołują ogniska przerzutowe. Wprawdzie P u n u m, jak to już wyżęj wspomnieliśmy, starał się dowieść doświadczałnie, że i świeże skrzepy krwi jako zatyczki mogą wywołać ogniska w płucach, kliniczne postrzeżenia jednak fakt ten podają nieco w wątpliwość.

Ogólnie jest znanęm, że zatyczki z świeżego skrzepu krwi tak u ludzi jak i u zwierząt doświadczanych żadnych ważniejszych nie pociągają za sobą objawów. Mechaniczne przeszkody w krążeniu w zakresie tętnicy płucnej, napływ oboczny i małe wylewy krwi wprawdzie nie ustają, ale znów zapewne wyjątkowo naokoło świeżęj i zdrowęj zatyczki rozwijają się nasięki tkanki płucnej lub ropne topienie takowęj. *Pyemia multiplex* różni się więć tęm od zatorów płuc, że ogniska w niej cechują się gwałtowną sprawą zapalną, gdy w zatorze płuc objawów zapalnych albo wcale nie ma, lub są tylko bardzo małe. Musimy jednak przyznać, że różnica ta nie jest ściłą, w praktyce przedstawia się ona wyraźnięj jak w teoryi, gdyż zakrzepy, które zostały wypłukane w bliskości ogniska ropnego,

również ulegają ropieniu i cechują się własnościami flogogenicznymi. Wszystkie prawie zatoki płuc w obec istnienia ogniska ropnego należą do zakrzepu *pyaemia multiplex*. Klade dlatego szczególny nacisk na różnicę pomiędzy zatokiem płucnym a *pyaemia multiplex*, gdyż były czasy, w których różnicy tej nie przyjmowano i dawne nazwisko „ropnica” mieszano z nowym mianem „zator”. Gdybyśmy tylko sprawę zatoru jedynie w tych razach mieli na oku, tobyśmy musieli bardzo dużo zaliczyć pod nazwę „zator”, co z ropą a zatem i z ropnicą nie ma nic wspólnego. Stawialibyśmy wtedy na przedzie jeden tylko objaw obrazu chorobnego, który oznaczam jako *pyaemia multiplex*, pojedynczą scenę jednego wielkiego aktu, obejmującego w sobie ropienie, gorączkę, powstawanie i rozpad zakrzepów, zator i rozwój zapalnych ognisk przerzutowych. Zachowanie nazwiska „ropnica” opiera się głównie na tem doświadczeniu, że ropiejące i rozpadające się zakrzepy prawie wyłącznie posiadają zdolność wywoływania zapalnych ognisk przerzutowych. Wypada nam teraz pomówić o warunkach sprzyjających owemu ropnemu rozpadowi.

§ 38. Mięknienie ropne zakrzepów, jak to już wyżej wykazaliśmy, rozwija się głównie z powodu zawędrowania do nich ciałek ropnych z okolicy zatkanego naczynia. Dawniej sąsiedztwo ropy uważano jeszcze ztąd jako niebezpieczne, że sąsiedztwo to usposabia do krzepnięcia krwi w samej żyłę. Obawa ta jest płonną, jak to dowiodły doświadczenia i postrzeżenia po operacjach u ludzi wykonanych. Przy odkryciu wielkiego pnia żylnego na dosyć znacznej rozciągłości, nawet wtedy nie znajdziemy żadnego skrzepu, gdy ropa żyłę przez tygodnie obmywa. Przypominam sobie np. wyluszczenie gruczołów rakowatych z jamy pachowej; nawet po podwiązaniu wielkich pni tętnicznych, krew nie krzepnie w sąsiednich im żyłach. Niebezpieczeństwo jest rzeczywiste przy zakrzepie, wywołanym zapaleniem żyły, o którym już wyżej mówiliśmy. Zapalenie tkanki łącznej, otaczającej naczynie, najwięcej sprzyja rozpadowi zakrzepów. Najczęściej rozpad ropny tam możemy zauważyć, gdzie ropa najbliższej znajduje się ścianie naczynia, a związek ten pomiędzy zapaleniem periwaskularnem a rozpadem ropnym zakrzepów, dlatego musimy zaznaczyć, gdyż łączy on się z terapeutycznymi następstwami. Wprawdzie podobny związek nie zawsze istnieje. Sam się o tem przekonałem przy sekcjach, w których rozpad ropny dosyć był odległym od właściwego ogniska ropnego; są to w każdym razie wyjątki.

§ 39. Przeglądając powyższe etiologiczne uwagi nie znajdujemy wzianki o j a d z i e r o p n i e o w y m, który przyjmują jeszcze niektórzy autorowie. W końcu niniejszego postaram się przedstawić moje poglądy co do owego jadu. Pyrogeniczne substancje ropy już z tego względu, jak to wyżej wspomniałem, nie można oznaczyć mianem jadu ropnego, gdyż nie jesteśmy przecie w stanie nazywać każdego szkodliwego jadu, a te, które zabijają tylko w wielkich ilościach, nie zwykliśmy podobnym określać nazwiskiem. W każdym razie substancje pyrogeniczne mogą sprowadzić śmierć, jeżeli działają w większej ilości lub przez czas dłuższy, niekiedy wystarcza tutaj jedno ognisko ropne, zwykle jednak dopiero więcej ognisk (przerzutowych) w mowie będących dostarcza potrzebnej ilości pyrogenicznych substancji do przerwania funkcji życiowych. Jeżelibyśmy chcieli nadać nazwisko owym pyrogenicznym substancjom ropy, wtedy zapewne najwłaściwszą z powodu swego znaczenia byłaby nazwa *virus purulentum*. Przedtem *Virchow* przyjmował ichoremię, obejmując wspólnym mianem ichor wszystkie płynne szkodliwe składniki ropy, których wessanie gorączkę, a nawet śmierć sprowadzić może. *Virchow* wychodzi w tym razie z poglądu, że ropa w tych wypadkach posiada nieprawidłową, posokowatą własność. Nowsze jednak badania wykazały, że każda ropa obdarzona jest zdolnością wzbudzania gorączki, a jako nieprawidłową własność ropy znamy tylko z pewnością tę, której takowa nabywa przez sprawę gnicia i zawartość jadu gnilnego. Nie mamy żadnej zasady nazywać ropę zgnilą posokowatą, gdyż wyrażenie zgnily daleko jest jaśniejszym. Tym sposobem wtedy tylko moglibyśmy jeszcze mówić o ropie posokowatej, gdybyśmy się mogli domyślać obecności innych szkodliwych pierwiastków oprócz pyrogenicznych w ropie prawidłowej i oprócz gnilnych w ropie gnijącej i przed dokładnym poznaniem swych nieznanych pierwiastków, w razie gdybyśmy je posokowatemi nazwać chcieli. Być może, że podobne pierwiastki odkrywać będą, ale wtedy będzie zapewne ich nazwanie poprawniejszem i więcej oznaczonym. Być może również, że oprócz wyżej wspomnianych pierwiastków, żadne w ropie nie istnieją, wtedy i nazwa posoki upada. Tak moje kliniczne jak i doświadczone postrzeżenia nie wyrodziły we mnie przekonania o istnieniu podobnego jadu, dlatego uważałbym za stosowne zarzucenie wyrazów ichor i ichoremię. To co *Virchow* a za nim i inni autorowie nazwali ichoremią możnaby zaliczyć do działu *pyaemia simplex*, posocznicy i ropnieo-posocznicy (porównaj rozdział III).

§ 40. Oprócz wyżej wspomnianego *virus purulentum* i posoki przyjmują jeszcze właściwy jad ropnicowy (*virus pyaemicum*), czynnik zymotyczny, który jako taki ma warunkować ropnicę. Jad ropnicowy można o tyle przeciwstawić *virus purulentum*, o ile takowy wedle poglądów swych obrońców nie każdej ropie jest właściwy, lecz tylko w oznaczonych wypadkach ma być przyczyną sprawy chorobowej. Jad ten ma działać kontagijnie, miazmatycznie i t. d. i wywoływać najrozmaitsze formy ropnicy. Mówiąc o objawach i leczeniu powrócę jeszcze do następstw teorii o jadzie ropnicowym i pojęcia ropnicy jako cierpienia zymotycznego. Tutaj nadarza się tylko sposobność wspomnienia o zymotycznym jadzie ropnicy, istota jego nie była objaśnioną, może być dlatego że jego bezistotowość warunkuje niemożebność objaśnienia. R o s e r, wyznawca i niezmordowany obrońca teorii zymotycznej ropnicy, porównywa ten pierwiastek zakażający z jadem zymotycznym tyfusu, aby pojęcie takowego lepiej wrazić w umysł lekarza. Zapewne że to porównanie o tyle jest trafnym, ile że dzisiaj tyle wiemy o pierwiastku zakażającym durzycy co i o podejrzany jadzie zymotycznym ropnicy, t. j. nic. Tymczasem porównanie to nie jest słusznym, gdyż anatomo-patologiczny obraz sprawy chorobowej *pyaemia multiplex* zupełnie inaczej może być badany za pomocą doświadczeń, jak to ma miejsce w tyfusie. Dlatego rodzi się pytanie: czy koniecznym jest przyjęcie jadu ropnicowego na dzisiejszym stanowisku nauki? Wedle powyższego zestawienia odpowiedź wypada ujemną, podobną odpowiedź, jak to niżej zobaczymy dadzą nam także dane, powzięte z klinicznych poszukiwań. Nie potrzebujemy do naszego rachunku wprowadzać *x* jadu ropnicowego, gdyż i bez niego kwestye dzisiaj ciemne rozjaśnionemi być mogą. Byłoby zaprawdę wstydem, gdyby tyle energiczne prace nad ropnicą w ostatnich lat dziesiątkach przedsiębrane nie wyjaśniły więcej nic, nad konieczność przyjmować coś zupełnie niewiadomego, czego literalnie zupełnie nie znamy, oprócz nazwiska: jad ropnicowy lub zymotyczny jad ropnicy.

Część V.

Objawy i rozpoznanie ropnicy.

(*Symptomatologia et diagnosis pyaemiae*).

§ 41. Szereg objawów, występujących w ropnicy i różnorodnych jej formach, jest z tego względu trudny do skreślenia, gdyż przedstawiają się one w pojedynczych wypadkach rozmaicie odnośnie do ich jakości i ilości. Przekładano w tym razie stronę opisu praktyczną i kliniczną; rozpocznę więc przedstawienie całego obrazu sprawy od tych objawów, które zwracają uwagę lekarza na rozwinięcie się lub obecność gorączki ropnicowej szczególnie w *pyaemia multiplex*.

§ 42. Takim objawem jest bezwątpienia d r e s z c z. Zawdzięczamy B i l l e r o t h'owi wiadomość o statystyce dreszczów, które tutaj jako rzeczywisty materiał do praktycznego ocenienia tego objawu przytaczano. W 83 wypadkach prawdziwej *pyaemia multiplex*, zauważano że 62 (74,7%) przebiegało z dreszczami, 21 bez dreszczów; z 81 wypadków posocznicy i *pyaemia simplex* 24 (29,6%) przebiegało z dreszczami, 57 bez dreszczów. Liczbę dreszczów u każdego chorego się pojawiających, widzimy z następującej tablicy:

Pokazał się:			
1 dreszcz	u	19 osobników.	
2 dreszcze	u	21	„
3	„	14	„
4	„	15	„
5	„	9	„
6	„	5	„
7	„	2	„
8	„	2	„
9	„	4	„
10	„	1	„
13	„	1	„
14	„	1	„

U jednego chorego w przeciągu trzech tygodni zauważano 16 dreszczów. Wiek i płeć zdają się nie mieć wpływu na liczbę dreszczów, w ogóle jednak gdy choroba długo przebiega dreszcze są liczniejsze. Zdarzają się jednak wolno przebiegające wypadki z jednym dreszczem, a krótko przebiegające z wielu dreszczami. Rzadko się zdarza, by jeden chory

w przeciągu dwudziestu czterech godzin miał więcej jak jeden dreszcz. Billroth wspomina tylko o 16 chorych, którzy mieli 2 dreszcze, a 6 którzy mieli 3 dreszcze dziennie. Billroth również statystycznie stwierdził, że wieczorem i w nocy mniej pojawiają się dreszcze jak rano i po obiedzie. Z pomiędzy 387 dreszczów przypada 230 na czas od 8 godziny rano do 8 wieczorem, podczas gdy od 8 godziny wieczorem do 8 rano obserwowano tylko 67 dreszczów. Billroth pomiędzy innymi widział trzy razy dreszcze po użyciu zglębniaka, 20 razy po utworzeniu ropni. Czas przebiegający od pierwszego obrażenia do pierwszego dreszczu możemy rozpoznać z następującej tablicy:

Pierwszy dreszcz wystąpił

14	razy	w	1	tygodniu.
19	„	„	2	„
15	„	„	3	„
9	„	„	4	„
4	„	„	5	„
3	„	„	6	„
2	„	„	7	„
4	„	„	8	„

Pacyenci, którzy już przed operacją gorączkują, są skłonni do wcześniejszych dreszczów, jak świeżo obrażone, zdrowe osobniki. U tych ostatnich wedle Billroth'a pierwszy dreszcz pojawia się rzadko tylko w pierwszym tygodniu.

§ 43. Niestety ciekawe te statystyczne wiadomości nie dają nam pewnego poglądu odnośnie do przyczyny i znaczenia dreszczu i dlatego jesteśmy zmuszeni dla ocenienia tego objawu przeprowadzić dalsze porównania. Dreszcz nie jest wyłączną własnością ropnicy, lecz występuje jeszcze z większą prawidłowością w tych gorączkach, które nie wspólnego nie mają z ropieniem, na przykład w gorączkach zimniczych. Tym sposobem możemy przyjść do pojęcia, że dreszcz jest tylko wyrazem dla pewnych jakości gorączki. Chociaż nie udowodnionem, że natężenie gorączki ropnicowej i szybkie jej wzmaganie się są momentami, wywołującymi przeważnie dreszcz. Chociaż zapewne nie są one jedynymi momentami, które należy wziąć pod uwagę, gdyż jeżeli chcemy uważać dreszcz jako akt ośrodkowego przyrzędu nerwowego, wyzwolony przez wniknięcie do krwiobiegu pierwiastków gorączkę wzbudzających, wtedy drażliwość tego przyrzędu i energia jego czynności będą miały ważne znaczenie odnośnie do powstawania dreszczów (Billroth). Za tém ostatniem zdaniem przemawia postrzeżenie, że indywiduala bardzo drażliwe, tak zwane nerwowe, więcej do dreszczów są skłonne. Co się zaś tyczy natężenia i przebiegu gorączki, to w tym względzie w części za pomocą ciepłomierza możemy się przekonać, że te czynniki są rzeczywiście istotnymi warunkami dla powstawania dreszczu, w części zaś przychodzimy do tego wniosku, opierając się na postrzeżeniach klinicznych. Szybko się rozwijające zapalenia tkanki łącznej wywołują zwykle natychmiast dreszcz gwałtowny, tłumaczymy to sobie tém, że z szybko powiększającego się ogniska zapalnego prędko i naraz wielkie ilości pyrogenicznych substancji dostaje się do krwiobiegu. Rozwijające się powoli zapalenie i ropienie przebiega bez dreszczu, jak np. błonicowe nasięk powierzchwni ran przy poczynającej się zgorzeli szpitalnej. W przebiegu posocznic dlatego rzadziej spotykamy się z dreszczami, gdyż pyrogeniczne substancje płynów gnijących zwykle tylko powoli i w mniejszych ilościach wnikają i wprawdzie przyczyniają się do wzmagania natężenia gorączki, ale bardzo powoli. Że wśród tych okoliczności *pyaemia multiplex* bardzo często i powtarzające się wywołuje dreszcze, to wcale nie będzie zadziwiającem, jeżeli uprzytomnimy sobie cały szereg przypadłości. Każde nowe ognisko przerzutowe jest nowem źródłem, z którego wnikają pyrogeniczne pierwiastki do krwiobiegu, ztąd jest także nowem źródłem dreszczów, z warunkiem, że większa ilość pyrogenicznych substancyj w krótkim czasie dostanie się do krwiobiegu. Warunek ten wtedy ma miejsce, gdy albo jedno ognisko przerzutowe szybko się powiększa, lub gdy jednocześnie powstanie kilka ognisk, lub w krótkim przeciągu czasu; również koniecznym jest by miejscowe warunki ogniska przerzutowego przedstawiały pomyślne do wsysania warunki. Powyżej już wspomnieliśmy, jaką w tym względzie prawdopodobnie odgrywa rolę stan ośrodków nerwowych. Z całego szeregu tych wszystkich momentów zdaje się być widocznem, że *pyaemia multiplex* może przebiegać bez dreszczu, ale również zdaje się być zrozumiałem, dlaczego większej części wypadków *pyaemia multiplex* towarzyszą dreszcze. Błędnem jest mniemanie, z jakim się niekiedy spotykamy, jakoby liczba dreszczów odpowiadała liczbie ognisk przerzutowych.

W pojedynczych wypadkach liczby te mogą się ze sobą zgadzać, lecz zboczenia wedle tego co się wyżej powiedziało, są i muszą być częstemi. Nie potrzebujemy prawie dowodzić, że stare poglądy, wedle których zetknięcie ropy lub skrzepów żylnych z ropieniem miało wywoływać dreszcz, pozbawione są wszelkiej rzeczywistej podstawy, jak tego dowiodły doświadczenia z drażnieniem wsierdza. Tym sposobem nie twierdzą, by pomiędzy zatorem a dreszczem musiał istnieć koniecznie pewien dłuższy przeciąg czasu, gdyż już O. W e b e r obserwował kilka razy, że po wstrzyknięciu ropy do krwi natychmiast występował dreszcz.

§ 44. Jeżeli twierdzą, że dreszcz jest owym objawem, który najczęściej naprowadza naszą uwagę na rozwinięcie się i obecność gorączki ropnicowej, to koniecznie wypada tu zauważyć, że badanie ciepłoty daje tutaj daleko pewniejszą rękojmię dla pierwszego rozpoznania, gdyż objaw dreszczu, jak to już widzieliśmy, nie jest stałym i występuje jeszcze mniej prawidłowo w początku choroby, z tych więc dwóch względów oglądać się na niego nie można. Piękne doświadczenia Billroth'a nauczyły nas, o ile ciepłomierz jest cennym przy badaniu gorączek przyrannych i ropnicowych, a z mojej strony mogę tylko polecić mierzenie ciepłoty rankiem i wieczorem u ranionych i operowanych, co zawsze bywa wykonywanem w klinice w Rostoku. Trud podobny hojnie tutaj bywa nagradzanym. Ponieważ jest niemożliwem streścić w kilku słowach rezultat termometrycznych poszukiwań, dlatego na tém miejscu muszę się nieco obszerniej zastanowić nad znaczeniem termometrii odnośnie rozpoznania, opierając się prawie wyłącznie na pracy Billroth'a.

Jeżeli przy pomocy badania termometrycznego śledzimy za przebiegiem gorączki po świeżych zranieniach, to przekonamy się, że w większej liczbie wypadków ciepłota znakomicie wzrasta już w pierwszych 48 godzinach, a często nawet już w kilka godzin po obrażeniu, co zależy od gorączki przyrannej, a głównie uważanem być musi jako następstwo pierwotnej posocznicy, uwarunkowanej gniciem powierzchni rany. Tylko w rzadszych wypadkach nie dostaje tej gorączki przyrannej, w braku gnicia, np. przy sklejeniu pierwotnem (*prima intentio*) lub przy bardzo niepomysłnych warunkach dla wysiania pierwiastków gnilnych. Rzadko gorączka przyrana występuje później jak trzeciego dnia, a trwa w większej liczbie wypadków 2—7 dni. Jeżeli przy końcu pierwszego tygodnia zauważymy gorączkowe podniesienie się ciepłoty, to takowe po większej części nie jest już zależnem od gorączki przyrannej, lecz od wessania pyrogenicznych pierwiastków ropy. Billroth nazywa tę gorączkę następczą (*Nachfieber*); wedle zaś nomenklatury przezemnie przyjętej gorączki następcze należą do *pyaemia simplex*, są one prostemi gorączkami ropieniu towarzyszącemi. Gorączki te mogą wystąpić w każdym czasie leczenia rany. Billroth za przyczyny ich uważa:

- 1) Zachowanie się wydzieliny, zwłaszcza przy zamkniętych i zatokowych ranach.
 - 2) Szerzące się ciągle od rany zapalenia tkanki łącznej podskórnej i międzymięśniowej, uwarunkowane np. przez powolne oddzielanie się zmiażdżonej skóry, powięzi, ścięgien, pozostawianie obcych ciał, podwiązek i t. d.
 - 3) Zatrzymanie kału i moczu.
 - 4) Następcze zapalenia innych narządów i tkanek, np. zapalenie opłucnej, osierdza przy złamaniach żeber, ostre nieżyty tchawicy przy zranieniach dróg powietrznych i t. d.
- (Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Zeszyt 2-gi „Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej“ wyszedł z druku i do dzisiejszego Nru Gazety pp. prenumeratorom dołączonym został. Zamyka on w sobie: 1) przegląd postępów na polu Elektroterapii przez Dra Chomętowskiego; 2) przegląd postępu Otiatrii przez Dra Taczanowskiego; 3) przegląd postępów w dziedzinie Farmakologii i Toksykologii przez Dra Wyrzykowskiego. Pismo to ma na celu ciągle śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej we wszystkich jej gałęziach i we wszystkich krajach. Prenumerata na to pismo wciąż się przyjmuje w Redakcyi Gaz. Lek. i we wszystkich księgarniach w Warszawie. Cena roczna: 1) dla pre-

numeratorów Bibl. Um. Lek. i Gaz. Lek. rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8. Egzemplarze „Prze-
glądu“ są jeszcze do nabycia.

— Nowy sposób operowania hydrocele i torbieli surowicznych. Wychodząc z zasady, iż wszystkie nagromadzenia surowicze wytwarzają się w skutek naruszenia równowagi pomiędzy płynem wydzielonym i pochłanianym, M o n o d usiłuje przywrócić równowagę pomiędzy obydwojma przez ożywienie czynności chłonnej (absorbeyi), przez zmianę natury płynu nagromadzonego. Za pomocą strzykawki P r a v a z'a wypuszcza on cokolwiek surowicy i jednocześnie wstrzykuje taką samą ilość wysokoku 40 procent. Operacya ta powtarza się co 4 lub 5 dni aż do zupełnego wyleczenia, do czego ma wystarczać jeden gramm wysokoku.

Autor utrzymuje, iż tą metodą udało mu się uleczyć liczne wypadki hydrocele i wola surowiczego (*struma cysticum*). Odnacza się ona tém, iż przy zupełnej niebolesności, nie wywołuje zapalenia lub innych jakich niedogodności; błona pochwowa nie ulega zniszczeniu i zaraz po operacyi chory może się oddawać swoim zajęciom. Toż samo postępowanie autor zaleca przy nagromadzeniu płynów surowicznych w torbielach jajnika, w stawach, w kręgosłupie (*hydrorrhachis*); lubo przy torbielach chronicznych z gęstą zawartością i zgrubiałych ścianach postępowanie to zdaje się być mniej skuteczném.

— Xylonit (*Gazz. med. ital.-lombardia, N. 2 1872*). Zdaniem wielu autorów xylonit ma przed sobą wielką przyszłość, mianowicie dla szpitali; ma on niejaki podobieństwo do bawełny strzelniczej, i otrzymuje się przez działanie kwasu saletrzanego na włókna drzewne. Xylonit zbliża się do gummy elastycznej tém, iż pociągnięte nim tkanki organiczne stają się nieprzemakalne. Oczyszcza się on z łatwością mydłem i wodą i daje się wyciągać w nitki naksztalt płótna i bawełny. Woda gorąca, oleje i tłuszcze nic mu nie szkodzą. Tkaniny xylonitowe dają się rozmaicie ufarbować; są trwalsze, praktyczniejsze i tańsze od wyrobów z gummy i gutaperki. Można je także pociągać kolloidionem, przez co nabierają większej sprężystości, nie pękając jednakże tak łatwo, jak kolloidium.

— Jubileusz prof. Dra Adamowicza. W dniu dzisiejszym dobiega 50 lat lekarskiej i naukowej działalności Dra A d m o w i c z a. Nie ma w kraju lekarza, któryby nie znał czcigodnego imienia twórcy u nas patologii porównawczej, uczonego profesora Uniwersytetu i Akademii med. chir. Wileńskiej, prezesa towarzystwa lek. Wil. i któryby nie składał dzisiaj życzeń i uwielbienia sądziwemu nestorowi naszej nauki i naszych lekarzy. Adam Ferdynand A d a m o w i c z urodził się w Wilnie w 1802 roku, uczył się w Uniwersytecie Wileńskim za świetnych czasów Ś n i a d e c k i e g o, F r a n k a, B o j a n u s a, następnie sam powołany na profesora, pozostawał na tej posadzie aż do zamknięcia Akademii lek. Wil. w 1842 roku. Z licznych pism jego trzymają pierwsze miejsce: rozprawa p. n. „*Dissertatio inauguralis medico-veterinaria morborum inter animalia domestica observatorum indicem singulorumque constantissima signa exhibens* (1824); *Nauka o życiu zwierząt gospodarskich* (1841); *O poznawaniu i leczeniu chorób koni* (1838) r.; *Rys początków i postępu Anatomii w Polsce i Litwie* (1855). Obecnie sędziwy nasz patriarchya pomimo 70 lat życia, czerstwy na umyśle i na ciele wciąż jest czynnym jako prezes towarzystwa i stały nasz korrespondent z Wilna. Do licznych powinszowań, jakie szanowny Jubilat ze wszech stron dzisiaj odbiera i Redakcyja Gazety Lekarskiej dołącza życzenia najdłuższego Mu życia na korzyść nauki, na zaszczyt ciała lekarskiego i chwałę naszego kraju.

— Dr. Michel Lévy Naczelnny Inspektor służby zdrowia w armii, członek komisyyi sanitarnéj etc., znany autor prac traktujących o Hygienie, umarł w Paryżu d. 13 Marca b. r. w skutek albuminuryi, przeżywszy lat 62.

— Professor Salvatore de Renzi, uczony lekarz Neapolitański, umarł 25 lut. w wieku lat 72.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy
Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.
