

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM 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 lipca 1872 do 1 stycznia 1873) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1873 r. rsr. 108 (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: Rozprawy naukowe. Racyonalny sposób leczenia cholery. Przez Dra Antoniego Giryna (z Wołczańska). Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Roczne sprawozdanie z oftalmicznej praktyki. Przez Dra med. Józefa Talko (w Lublinie), członka towarzystwa niemieckich oftalmologów w Heidelbergu, oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Tyflisie, Wilnie i w Odessie. (Ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. O leczeniu płożowego zapalenia obokmaciecznego za pomocą sublimatu. Przez Dra T. Gossmana'a, Assystenta kliniki położniczej Wrocławskiej. Spolszczył Dr Kazimierz Gurbki. Statystyka lekarska. Z powiatu Grójeckiego. Zebrał Władysław Lipiński, lekarz tegoż powiatu. (Dokończenie). Dodatek. Farmacyi T. III ark. 27 28, i 29. Akuszeryi T. II ark. 1.

Racyonalny sposób leczenia cholery.

Przez Dra Antoniego Giryna (z Wołczańska)

Walka odwieczna rodu ludzkiego z chorobną sprawą, znaną pod imieniem cholery (*cholera morbus*), wynikiem której była zagłada milionów istot ludzkich, zmuszała i zmusza prawdziwych przyjaciół ludzkości (lekarzy) do wynajdywania środków uprzedzających i leczących tę okropną chorobę. Miejsce i przyczyna cholery (gnicie pierwiastków organicznych na brzegach rzeki Gangesu po rozlewie jej peryodycznym w Indyach Wschodnich), jako początkowy zarodek cierpienia wszystkim i każdemu z nas od dawna są bardzo dobrze znane, lecz na gruntowne zbadanie tej sprawy gnicia, jako rezultatu chemicznej fermentacyi do naszych czasów nikt nie zwrócił uwagi, a z tego powodu wynalazki różnych lekarstw nie wytrzymały zdrowej krytyki, a w praktyce lekarskiej wielki uczyniły zamęt. Z najnowszych doświadczeń na drodze analitycznej chemii i mikrografii dokonanych okazuje się, że cholera azyatycka jest chorobą krwi, jak tyfus, ropnica, płonica, zimnica i pochodzi od fermentacyi zwierzęco-organicznych pierwiastków, a przenosi się przez chorych z jednego miejsca na drugie, zupełnie takim sposobem jak sprawę fermentacyi drożdżowej, alkoholowej, przy pewnych warunkach można

przenosić również z jednego miejsca na drugie i udzielać organicznym istotom zawierającym krochmal przemieniony w diastazę. W drożdżowej fermentacyi drobnowidz odkrywa nam drożdżowe grzybki, od życia których zupełnie zależy ten proces chemiczny i wraz z ustaniem wegetacyi tych grzybków zupełnie ustaje i fermentacya, przy choleryze zupełnie podobnie we krwi powstają massami pasożyty znane pod imieniem b a k t e r y j, podobne do *Monas crepusculum*, któreimi przesyczone są wszystkie wypróżnienia na cholery zapadłych, ztąd wypróżnienia te mają kolor białawy, podobny do ryżowego odwaru.

Obecność bakteryj we krwi cholerycznych wykazały doświadczenia drobnowidzowe szanownego kolegi Edwarda N i e d z w i e c k i e g o, ogłoszone w Nr 36 *Medycznej Moskiewskiej Gazety* w roku zeszłym i prace W a l d e y e r'a, prof. anatomii patologicznej we Wrocławiu, zamieszczone w protokołach posiedzeń Towarzystwa lekarzy szlązkich. Podobieństwo fermentacyi alkoholowej od drożdżowych grzybków zależnej z zarażeniem się choleryą przez wykształcenie się bakteryj, podług teoryi P a s t e u r'a wyjaśnia się następującemi faktami:

a) Dla rozwinięcia się fermentacyi w organicznej massie ciasta, przy korzystnych warunkach dostatecznie wpuścić kilka kropel dobrych drożdży, również dostatecznie jednego wypróżnienia chorego na choleryę cierpiącego, jako zarodka dla rozwinięcia przy korzystnych warunkach atmosferycznych tej choroby w całym mieście lub we wsi. Miejscowości nieczyste, brudno utrzymane mieszkania, śmierdzące od zgnilizny organicznych pierwiastków i wypróżnień ludzkich stają się w tym czasie zbiornikami zarazy cholerycznej; stosowne oczyszczenie takowych miejscowości środkami odwietrzającemi (*desinfecantia*) niszczy zupełnie zarodek choroby, co stwierdzono mnóstwem faktów w różnych miejscowościach.

b) W każdej miejscowości sprawa rozwijania się bakteryj, to jest fermentacyi swego rodzaju i przebieg cholery ma zwyczajnie 6-tygodniowy okres swojej exacerbacyi i po przejściu tego okresu choroba zwolna zmniejsza się i zupełnie ustaje, jeżeli nie jest podtrzymywana przez massy gnijących pierwiastków; zupełnie tak samo i fermentacya drożdżowa, chociaż w krótszym przeciągu czasu, ma także swój okres początku, exacerbacyi i zakończenia.

c) Jeżeli do drożdży w pełnej ich fermentacyi dodamy w znacznej ilości mocnego alkoholu, kwasów lub rtęci, to wegetacya grzybków ustaje i fermentacya ostatecznie niszczy się, takie same zjawiska postrzegamy i przy leczeniu chorych na choleryę: przez wzbudzenie nacieraniem i ciepłemi okładami elektryczności i ukrytego ciepłika w obwodowych częściach ciała chorego, zwiększa się krążenie krwi w naczyniach włosowatych; jeżeli choremu będziemy dawać wewnątrz środki alkoholowe i wzbudzające a szczególnie rtęć w przetworach słabego chemicznego połączenia, a na zewnątrz użyjemy jako środka odwietrzającego mieszkanie chorego, kwasu karbolowego (*acidum carbolicum*), otrzymujemy w każdym okresie cholery skutki zadziwiające, ponieważ środkami temi zupełnie zabijamy bakterye, wykształcające się we krwi chorego i w massie wypróżnień. Zastosowanie do praktyki lekarskiej wszelkich przetworów farmakologicznych odbywa się pierwotnie, po większej części na drodze empirycznej, bez racjonalnego poglądu i krytyki naukowej, jak to się zdarzyło i w przeszłym roku z siarkiem rtęci

(*aethiops mineralis*), gdy nagle w wielu lekarskich i nielekarskich gazetach i peryodycznych pismach zjawily się propozycje i postrzeżenia o skutecznem działaniu tego środka w cholery. Wielu lekarzy pozostało obojętnych dla tego środka, inni zaś korzystając z okoliczności panującej epidemii, z energią zastosowali go w swojej praktyce.

Artykuł Dra W a g n e r a ze Spasku zamieszczony w Gazecie lekarskiej o leczeniu 86 chorych na cholere, jedynie tym środkiem w różnych peryodach tej choroby wykazał nadzwyczajny rezultat, gdyż wszyscy chorzy wyzdrowieli (?). Odkrycie bakterij na zasadzie teoryi P a s t e u r'a przez Drow N i e d z w i e c k i e g o, R e e k l i n g h a u s e n a, G r i m a i W a l d e y e r'a wzbudziły i we mnie chęć do doświadczenia tego środka w praktyce prywatnej przy leczeniu cholery i naprowadziły na myśl analogiczną wykształcania się drożdżowych grzybków i wyradzania się w żywych organizmach ludzkich bakterij. I ja leczyłem 21 chorych na cholere siarkiem rtęci w powiecie Wołczańskim, Charkowskiej gubernii w cukrowni Stalmejstra, Mikołaja Skalona. Ludzie ci przybyli ze Smoleńskiej gubernii, gdzie wtedy panowała epidemia cholery i przynieśli z sobą zarodek tej choroby. Środkiem tym, dając go chorym w różnych peryodach choroby, wyleczyłem 19 chorych przy warunkach niezbyt wygodnych. Od 6 września do 1 października 1871 roku z 21 umarło tylko 3 osób. Przytem użyte były nacierania zewnętrzne z różnych środków alkoholowych, dla wzbudzenia działalności naczyń włosowatych obwodowych. Chorzy bardzo prędko przechodzili do stanu normalnego, bez wszelkich złych następstw i ani u jednego nie zjawily się oznaki gorączki tyfoidalnej, jak to zwyczajnie bywa w cholery przy innych sposobach leczenia. Leczenie prowadzone było podług metody kolegi W a g n e r a w następującym porządku:

W p i e r w s z y m o k r e s i e (*stadium prodromorum*), gdy nie było u chorego wymiotów, ani wypróżnień stolcowych, lecz chory uskarża się na ogólną słabość, ból głowy, tęsknotę i ból w dołku podsercowym, przepisywałem trzy razy dziennie po 15 gran (*pro dosi*) siarku rtęci w opłatku i wszystkie te objawy w tej chwili ustaly.

W d r u g i m o k r e s i e c h o r o b y, gdy zjawialy się wymioty i wypróżnienia stolcowe przy nasilonych boleściach w brzuchu, lecz nie było jeszcze konwulsyi i charakterystycznej zmiany głosu chorego, wewnątrz naznaczone było *oleum ricini* i wkrótce potem po 15 gran (*pro dosi*) siarku rtęci co pół godziny (w opłatku) powtarzając te dawki, a oprócz tego zalecono okłady z ciepłych i suchych otrębów na cały brzuch. Chorzy w przeciągu 4—6 godzin czuli się bardzo dobrze i mogli wstawać z łózka.

W t r z e c i m o k r e s i e (*stadium algidum*), gdy przy częstych wypróżnieniach stolcowych, wymiotach i konwulsjach, głos u chorego zupełnie się zmienił szczególnym sposobem, twarz sinieje, pierwotnie dawałem wodan chloralu (*Hydratis chlorali* ʒj na ʒvj) co kwadrans po łyżce stołowej, a gdy wymioty były wstrzymane, wtenczas chorzy używali co godzina po 20 gran siarku rtęci (w opłatku) i w tym rozpaczliwym okresie choroby wkrótce przechodzili do normalnego stanu zdrowia.

Opierając się na tych widocznie pomyślnych faktach leczenia cholery siarkiem rtęci (*acthiops mineralis*), zupełnie się zgadzam z szanownym kolegą Dr. W a g n e r e m, że środek ten jest najlepszym przy leczeniu cholery epidemicznej, ponieważ w prędkim czasie przynosi ulgę w boleściach żołądka i niszczy konwulsye. Zupełnie jestem przekonany, że siarek rtęci w dawkach wyżej wskazanych jest racjonalnym środkiem w leczeniu cholery epidemicznej, gdyż środek ten niweczy wykształcające się bakterye w ustroju.

Jeżeli teoria P a s t e u r a i moje przekonanie z czasem wyjaśnione zostaną za pomocą naukowego doświadczenia, że grzybki drożdżowe należą do jednej z tejże kategorii, co po części już doświadczenia G r i m a i R e c k l i n g h a u s e n a udowodniły, wtedy cholera azyatycka, tyfus, ropnica, karbunkul i dżuma, będą dla rodu ludzkiego chorobami mało znaczącymi i łatwymi do wyleczenia.

Pewniki klinicznego doświadczenia o użyciu siarku rtęci w cholercie, osnute na racjonalnym poglądzie wykształcania się bakteryj w chorych organizmach, dadzą rezultaty nierównie lepsze od naszych i od doświadczenia nad chininą profesorów W a n c e t t i (w Charkowskiej klinice w 1848) i B o t k i n a (w Petersburskiej klinice w r. 1870), osnute na teorii leczenia cholery w Indyach. Tam przy panującej endemicznie zimnicy, zależnej od wylewu rzek i gnicia roślin, przy zwrotnikowych upałach, może być teoria ta i jest w swoim miejscu, lecz u nas w Europie na nic się nie zdała i w praktyce wielki uczyniła zamęt.

ROCZNE SPRAWOZDANIE Z OFTALMOLOGICZNEJ PRAKTYKI

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

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

(Ciąg dalszy *).

K) Choroby naczyniówki (*Morbi chorioideae*).

W dwóch wypadkach obserwowałem chroniczne zapalenie naczyniówki przy jednoczesnym zmętnieniu ciała szklanego w formie pływających w niem nieprzezroczystych strzępków (*hyalitis*), które prócz osłabienia wzroku sprawiają nieprzyjemne widzenie latających przed oczami much (*mouches volantes*). U jednej takiej pacjentki istniały *synechiae posteriores*, u drugiej—*staphyloma posticum* w drugim stopniu. U trzeciej chorej *cum hyalitide* wziernikiem nie wykryłem w naczyniówce nic innego jak nieznaczne jej przekrwienie. W podobnych ramach sztuczna pijawka Herteloupa, o ile się przekonałem, przyczynia się wielce do oczyszczenia ciała szklanego.

Ze wszystkich chorych, cierpiących na zapalenie naczyniówki, zasługują na wzmiankę trzej tylko których operowałem.

*) Patrz Nr 15, 18, 20, 22, 28, 32, 33, 34 i 35 Gaz. Lek.

1) *Kerato-irido-chorioiditis utr.; staphylomata sclerae et chorioideae sin.;* o b u s t r o n n a i r y d e k t o m i a. Takim chorym był 20-letni Mendel Rejter z Kraśnika; cierpiał na zapalenie obu oczu lat 16, używając rozmaitych kropel, a ostatniemi czasy pendzlowań powiek silnym rozczyntem lapisu. Znalazłem znaczne przekrwienie obu białkówek przy obfitem łzawieniu; obie rogówki naprzeciw źrenice zmętniały i owrzodzone; liczne tylne przyrosty tęczówek (*synechiae posteriores*); rozmięczenie i rozciągnięcie białkówki lewej gałki ocznej pod postacią wydających się sinawych guzów w przedniej jej części, tuż powyżej a także z zewnętrznej strony rogówki, w górnej części gałki guzy sięgają po za równikową jej okolice. Taki stan tej gałki ocznej, znany dawniej pod nazwą *circophthalmia*, zależał od garbców białkówki, czyli jak niektórzy nazywają, garbców naczyńówek. Twardość prawej gałki ocznej była zmniejszona, lewej zwiększona. Lewym okiem rozróżniał cień przedmiotów, prawym, szczególnie po nieznaicznym rozszerzeniu źrenicy atropiną mógł liczyć palce na trzy stopy. Dnia 2 stycznia r. b. przy pomocy kol. Ch r z a n o w s k i e g o zrobiłem jednocześnie w obu gałkach irydektomię w dwojakim celu: jako *antiphlogisticum i opticum*. Irydektomię robiłem liniowym nożykiem G r ä f o g o przez dolny brzeg rogówek, w obu gałkach wycieliśmy dostateczny kawałek tęczówki do samego jej rzęskowego brzegu. W lewej gałce więcej zmienionej w skutek powiększonego wewnątrzocznego ciśnienia, po przecięciu rogówki wytrysnął z komórki przezroczysty płyn wodnisty, w skutek czego twardość znakomicie się zmniejszyła po operacyi i nawet guzy białkóvkowe stały się nieco płaskimi. Chory zostawał 4 dni pod moją obserwacyą, wkraplając tylko atropinę przy użyciu uciskającej opaski. Po operacyi najmniejszego bólu, przekrwienie białkówki zaczęło ustępować i wzrok o wiele się polepszył, prawym okiem już po 4 dniach rozpoznawał wszystkie przedmioty w pokoju. Zaleciłem i nadal wkraplanie atropiny. Po 5 tygodniach zapalny stan na powierzchni oczu przeszedł zupełnie, na rogówkach plamki, lewa nieco uwydadnia się po środku. Bóle w gałkach ustały. Wzrok polepszył się znacznie. Zaleciłem konserwy (Lit. D).

2) *Irido-keratitis suppur., staphyloma partis ciliaris et chorioiditis disseminata oc. dextr. Enucleatio bulbi. Atrophia incipiens n. optici sin.* Dymisyonowany podoficer Konon Leonow, mający lat 56, dziś strażnik przy rogatce m. Lublina, w dzieciństwie od ospy miał uszkodzone prawe oko; następnie w 1844 roku na manewrach raniony został prochem w toż samo oko i od tej pory utracił w niem wzrok zupełnie. Prócz tego ostatniego chory doświadczał w prawej gałce oka ciągłego bólu, który czasami tylko i to na krótko zwałniał, lecz przed miesiącem tak się wzmógł nietylko w oku, lecz i w całej głowie, że zdawało się, iż głowa pęknie od bólu, przez co nie mógł ani spać, ani pracować. Silny ból a także obawa o oko lewe sprowadziły chorego do mnie. W lewym oku znalazłem osłabienie wzroku w skutek poczynającego się zaniku nerwu wzrokowego. Białkówka prawej gałki mocno przekrwiona, rogówka cała owrzodzona, spłaszczona i w stanie ropiastego zapalenia, źrenica niewidzialna, tęcza widzialna gdzieś, przyrośnięta do rogówki, powyżej której znacznie uwydadnia się guz w rzęskowej okolicy gałki; guz ten miał kolor sinawy i pochodził w skutek uformowania się garbea (*staphy-*

loma corp. ciliaris). Gałka mocno napięta i boląca przy dotknięciu się do niej. Dnia 11 września wyluszczyłem gałkę oczną przy pomocy kol. J a n k o w s k i e g o, uspiwszy chorego chloroformem. Rzecz prosta, iż po operacji bóle natychmiast ustały, zwolna powrócił sen i apetyt a po dwóch tygodniach chory mógł powrócić do swoich zajęć. Zanotować tu tylko potrzeba, iż podczas wyluszczenia gałki przez owrzodzoną rogówkę wytrysnęła silnie przezroczystowodnista ciecz, a jak przekonaaliśmy się po anatomo-patologicznem zbadaniu gałki było to ciało szkliste (*synchisis*), wylaniu się którego sprzyjało nie tylko owrzodzenie rozmiękczonej rogówki, lecz i zupełny brak soczewki. Wyluszczone gałka oczna była zbadana po 3-miesięcznym leżeniu w spirytusie. Rozcięta w kierunku równika przedstawiła zupełny brak ciała szklanego (wyciekło podczas operacji) i soczewki; rogówka mocno zrosnięta z uległa zanikowi tęczęwka, w której można rozpoznać źrenicę w postaci owalnego otworu, brzegi którego naokoło przyrosnięte do rogówki; garbiec prócz rzeszkowej części gałki zajmował i górny brzeg rogówki; błony w tem miejscu silnie zrosnięte z sobą; w okolicy soczewkowej białe, dość mocne, fałszywe błony (*pseudomembranae*) powstałe w skutek przewlekłego zapalenia gałki i uformowane z tkanki łącznej; *proc. ciliares* wszędzie można rozpoznać w okolicy garbea nieco tylko uległy zanikowi. Siatkówka w tylnej części gałki dość zgrubiała, koloru białego i tu trudniej się oddziela od naczyniówki aniżeli w równikowej okolicy; kolor siatkówki w tej ostatniej okolicy brudno-popielaty, pochodzący ztąd, że przy oddzieleniu siatkówki od naczyniówki na tylnej jej stronie pozostaje mnóstwo barwnika, oddzielonego od warstwy barwnikowej naczyniówki. W naczyniówce na całej jej przestrzeni widać znaczną ilość rozmaitej wielkości plam czarnego barwnika, obok siebie leżących; barwnika najwięcej w okolicy równikowej i tylnej części gałki, gdzie niegdzie daje się spostrzegać i w rzeszkowej okolicy; na tylnej stronie naczyniówki widzialnych zmian tej błony nie dostrzega się gołym okiem, równie też nie widać białych plam wskazujących na zanik miejscowy naczyniówki. Mieliśmy przeto formę zapalenia tej błony znaną pod nazwą *chorioiditis disseminata*.

3) *Staphyloma sclero-chorioidae circumscriptum laterale. oc. sin. Eucleatio bulbi*. 55-letni furtyan szpitala św. Wincentego, Jan Król, prosił mnie o wyjęcie mu lewej gałki ocznej z powodu monstrualnej wielkości takowej i od czasu do czasu męczącego go bólu w tem oku i lewej połowie głowy. „Głowa od tego zdaje mi się być nie moja, a w oku czuje tępy ból, jakby do niego przywiązano kawał ołowiu”; ból odczuwał się nawet w podusznej okolicy tejże strony. Chory zaczął cierpieć na oko przed 12 laty w skutek zranienia gałki: podczas rabania drzewa obmarznięty sęk silnie weń uderzył, poczem powieki bardzo obrzękły; chory cierpiał 3 miesiące, lecząc się przeciwzapalnymi środkami. Po utracie wzroku zauważył, iż na gałce zaczął wyrastać błękitnawy guz, który się stopniowo powiększał, poczem chory zaczął doznawać w oku nieprzyjemnego uczucia ciężkości i bólu.

W przednio-górnej połowie gałki wyrastał ciemno-siny dość wyniosły guz, zajmujący całą przestrzeń między górnym brzegiem rogówki i poziomym poprzecznikiem gałki do równikowej jej okolicy. Wielkość guza równała się niewielkie-

mu kasztanowi. Napięty, elastyczny miał miejscami cieniutką białawą powłokę ścięzoną ad minimum białkówki z przyrośniętą do niej łącznicą, w której nie widać było nawet naczyń; jedna tylko znaczniejsza żyła przebiegała od strony nosowej między narością i brzegiem rogówki. Był to ograniczony garbiec białkówkowo-naczyniówkowy, powstały w przedniej rzeszkowej okolicy gałki ocznej. W skutek swej wielkości nie dozwalał zakrycia gałki powiekami, z których górna znacznie była rozciągnięta, a skrzywiając oś oczną ku dołowi (*scoliosis bulbi*), sam uwydatniał się pomiędzy powiekami, gdy tymczasem mętno-nieprzezroczysta i naczyniowata rogówka zakrywała się dolną powieką. W łącznicy oka najmniejszego przekrwienia, w ogóle żadnych ostro-zapalnych objawów w porażonej gałce nie wykryliśmy. Monstrualnie powiększona gałka oczna (*Megalophthalmus*) ogromnie szpeciła twarz chorego, oko miało wygląd jakby z niego wyrastał melanotyczny nowotwór.

Dnia 19 lutego uspiwszy chorego chloroformem, wyłuszczyłem gałkę oczną przy pomocy kol. J a n k o w s k i e g o w obec kol. J a n i s z e w s k i e g o i C h r z a n o w s k i e g o; unieruchomiwszy takową ostrym haczykiem, wyciąłem za pomocą nożyczek C o o p e r a z torebki T e n o n a; podczas operacji przez otwory ukłóć w gałce, takowa prawie zupełnie wypróżniła się, ponieważ wypłynęło z niej wodniste ciało szkliste. Krwotok z oczodołu natychmiast ustał od zimnych okładów, do rany włożyłem szarpie zmoczoną oliwą i *liq. sesquichlor. ferri*, zimne okłady i 2 proszki po $\frac{1}{4}$ gr. morfiny. W ciągu dwóch pierwszych dni operowany uskarżał się na ból głowy, lecz po zmianie opatrunku takowy ustał. Rana dobrze poczęła brodawkować i chory po dwóch tygodniach został wypisany ze szpitala. Po miesiącu zauważyłem, że górna powieka rozciągnięta poprzednio guzem, kolankowato skureczyła się w środku.

Ponieważ gałka oczna wypróżniła się podczas operacji, przeto rozmiary jej nie mogły być zmierzone; wszelako znacznie była powiększoną (*Megalophthalmos*) z powodu rozciągnięcia białkówki i uformowania się ogromnego garbca w rzeszkowej okolicy. Po przecięciu błon gałki w kierunku podłużnym przekonaliśmy się, iż z ciała szklistego nie pozostało; wodnistość oka była dość znaczną. Białkówka ogromnie cienka, bez tylnego garbca (*staphyloma posticum*). Naczyniówka poczynając od *ora serrata* do tarczy nerwu wzrokowego uległa znacznemu zanikowi, tak że przez przezroczysto-szarawą błonę, pozbawioną prawie zupełnie naczyń i barwnika (z wyjątkiem chyba równikowej okolicy), biegnące wewnętrzna strona białkówki, szczególnie w tylnej części gałki. Barwnika pozostało jeszcze dosyć od *ora serrata* do *proc. ciliares* i na tylnej powierzchni niezmięnionej wraz z źrenicą tęczęwki. Siatkówka makroskopijnie zdawała się być niezmięioną. Garbiec zajmował okolicę kanału S c h l e m m'a, gdyż rozciągniętą była przestrzeń między rzeszkowym brzegiem tęczęwki i oderwanemi od niej, usuniętymi w tylną 6—7 mm. *proc. ciliares*, które nie uległy zanikowi. Przezroczysta soczewka słabo się trzymała na swem miejscu i miała oryginalną formę, a mianowicie macieznego pessaryum, czyli lepiej 2-ch rogali zrośniętych ostremi swemi końcami; w środku takowe

go soczewkowego wałka istniała przezroczysta cienutka błonka (torebka) jakby oprawione okienko, mające długości 4 i szerokości 2 mm. Takie soczewkowe wałki, pochodzące od regeneracyi w równikowej okolicy torebki wydobytych u zwierząt soczewek, rysuje w swęj pracy „*De la régénération du cristallin chez quelques mammifères*” (1872) kol. Milliot. Czy w naszym wypadku kształt soczewki pochodził w skutek jej rezorbcyi, czyli, co prawdopodobniej, miała tu miejsce regeneracya soczewki po możebnym przed 12 laty traumatycznym wypadnięciu takowej przez białkówkową ranę?—kwestyę tę podniosłem, referując dopiero co wzmiankowaną pracę w „Służbie zdrowia”, (kwiecień, 1872) ¹⁾.

Pozostaje mi tylko powiedzieć słówko o nomenklaturze tego rodzaju garbców sklero-chorioidalnych. H a s n e r przednie białkówkowe garbce dzieli na 3 kategorie: 1) sąsiednie z brzegiem rogówki, w okolicy kanału S e h l e m m'a, 2) *staphyloma corp. ciliaris* w ścisłym znaczeniu i 3) *staphyloma chorioidae anticum*, t. j. garbce między *corp. ciliare* i *ornae serratae*. Wedle więc Haserowskiego podziału, nasz wypadek potrzeba zaliczyć do rzędu pierwszej kategorii.

L) Jaskra, zieleniak (*Glaucoma*).

Do dziś dnia etyologia tej choroby oczu pozostaje zagadkową. Ostatniemi czasy oftalmologowie zaczęli znowu zaliczać ją do chorób naczyniówki i dość ciekawą w tej mierze jest praca S i e h e l'a syna p. t. *La source intra-oculaire et la nature du Glaucome (Annales d'Oculistique Juillet-Août 1871)*. Opierając się na mikroskopijnych poszukiwaniach S e h w a l b e, autor podziela zdanie wypowiedziane przez A r n o l d a, iż między naczyniówką i białkówką istnieje prawdziwa *arachnoidea intracularis*, bardzo analogiczna z workami limfatycznymi. *Membrana suprachorioidea, lamina fusca* białkówki stanowi ściany worka nadnaczyniówkowego (*sac perichoroidien*), wysłane nadbłonkiem (*endothelium*) naksztalt błon surowicznych. Rzecz prosta, powiada S i e h e l, iż w takim razie w oku przy pewnych warunkach może powstać hypersekrecya płynu, jak to widzimy w oplucnej, błonie pajęczej, otrzewnej i błonach maziowych stawów. Surowiczą hypersekrecyę w glaukomatycznym oku przyjmowali już H a f f m a n s i D o n d e r s, lecz tłumaczyli ją n o u r o s a rządzących wydzieliną nerwów rzęskowych; G r ä f e zaś szukał objaśnienia jej w z a p a l n y m stanie przewodu uwalnego (*tractus uvealis*), jak to ogłosił w swém pamiętniku posłanym instytutowi Francyi (1857 roku). „Nakoniec, pisze S i e h e l—wszystkie chorobowe symptomata męczące glaukomatyków, tłumaczą się dziś jasno i dokładnie! Jakie świetne uznanie daje to teoryi G r ä f e'go, czyż to nie nowy dowód bystrości i sprawiedliwości jego zdania? Jego geniusz czyż nie wyprzedził mikroskopu?

¹⁾ M a c k e n z i e znalazł bardzo podobną formę częściowo zmętniałej soczewki w oku gilotynowanego przestępcy i w swém dziele odrysował takową. Soczewka jakby składała się z dwóch części, mających kształt małego bobu, łączących się z sobą na poziomej osi. Znacomity autor odnosi tę rzadką raz przez niego widzianą zmianę soczewki do przyrodniej jej anomalii.

Zo wszystkich patologicznych zjawisk nie uszło jego uwagi aż do samego miejsca hypersekreycyi; tak więc miał on zupełną racyę zaliczając jaskrę do *chorioiditis serosa*.¹⁾ Terapeutyczne działanie irydektomii autor porównywa do toracentezy przy wypocinach pleurytycznych i w ogóle do przekłóć i wypróżnień (*par l'aspiration*) wydzielin jam surowiczych. Wracamy więc do tego, że leczyć można jaskrę tylko wypuszczeniami cieczy wodnistej oka. Dobre rezultaty leczenia jaskry uwięzieniem tęczówki w ranie (*C o e c i n s*) t. j. za pomocą *iridencleisis* tłumaczy *S i c h e l* wyciekaniem płynu przez włosowatość lub gąbkowatość (*par capillarité ou par spongiosité*). *Q u a g l i n o*, zwolennik białkawkowej teoryi jaskry, nawet ogłosił dobre rezultaty leczenia jaskry przez jedno li tylko rozcięcie białkówki (*sclerotomia*) *b e z i r y d e k t o m i i*¹⁾ (p. *Annali di Oftalmologia*, 1872, N. 2).^{*} Takim też terapeutycznym działaniem możnaby było tłumaczyć zalecaną tu przez angielskich lekarzy tenotomię rzeskowego mięśnia (*m. ciliaris*). W każdym razie irydektomia dziś mocno się trzyma, jako środek pewny dla zapobieżenia utraty wzroku w skutek jaskry. Na zeszłorocznym zjeździe oftalmologów w Heidelbergu traktowano gdzie korzystniej robić irydektomię czy na peryferyi rogówki, czy też przez białkawkę, jak to dziś zaleca bardzo *W e e k e r*, który sklerotomię przy jaskrze uważa także za główną operacyę, irydektomię zaś jako dodatkową dla zapobieżenia li tylko wypadnięciu tęczówki.

Będąc na klinicznych lekcyach i operacyach tego ostatniego (1869) przekonałem się, iż liniowy nożyk *G r a f e*'go dość często jest lepszym dla wykonania irydektomii aniżeli używane zwykle w tym celu lance. Nawet przy bardzo zwężonych komórkach i rozszerzonej źrenicy jak to ma miejsce przy glaukomacie, tęczówka i soczewka nie ulegają zranieniu, jak to nieraz obserwowałem przy użyciu lany; dołączmy do tego łatwe wypadanie natychmiastowe tęczówki, którą możemy wyciąć na znacznej przestrzeni i przytém do samego rzeskowego jej przytwierdzenia (jak to wymaga prawidło irydektomii przy jaskrze), a przekonamy się że tym sposobem operując przez białkawkę ułatwiamy technikę samej operacyi; pomijając nawet nierozstrzygnięte jeszcze twierdzenie niektórych oftalmologów, iż jakoby nie wycięcie kawałka tęczy, lecz rozcięcie białkówki i uformowany przez to t. z. *Filtrationsnarbe* jest w stanie polepszyć stan oka glaukomatycznego zmniejszając wewnętrzne ciśnienie (*Q u a g l i n o*), a co *G r a f e* przypisał jedynie zastosowanej tu przez niego irydektomii.

Podaję tu kilka moich obserwacyj dla przekonania czytelników o dopiero co przezemnie powiedzianém:

1-sza *O b s e r w a c y a*. *Glaucoma secundarium utr.*, *o b u s t r o n n a i r y d e k t o m i a*. W pierwszych dniach maja przybył do mnie z Końskiej-Woli Franciszek Bartuzi, stolarz 28 lat mający, skarżąc się na osłabienie wzroku i na silne bóle w gąłkach, dość często go męczące. Chory na artrytyzm i ból zę-

1) Ponieważ przez ranę w białkawce często wypada tęczówka, *Q.* zaleca do operacyi wkraplanie do oka kalabaru, jeśli pomimo to bywa *prolapsus iridis*, to odcina się kawałek takowej. Operuje krzywą lancą nieraz 2, 3 razy na jedném oku.

bów nie chorował, dopiero w roku zeszłym zaczął cierpieć na oczy; od czerwca na prawe, od września na lewe oko. Na obu rogówkach powstały najprzód plamy, co spowodowało osłabienie wzroku które stopniowo zwiększało się po każdym napadzie silnych bólów dosyć często objawiających się w gąłkach i nadoczodołowej okolicy. Bóle w prawej gałce dość znośne i od Nowego Roku wzrok więcej się nieco pogarsza, gdy tymczasem w lewem oku, w którym od Nowego Roku utracił zupełnie wzrok, bóle prawie są nieustanne, chwilami zwiększając się.

Oc. sin. W łącznicy i na białkowiec rozszerzone żyły, cokolwiek znieczulona rogówka w środkowo-dolnej części nieprzezroczysta i nieco uwydatniająca się (*leucoma prominens*); zrenica rozszerzona (7 mm.) i nie czuła na światło, koloru czarnego i bez przyrostów tęczówki. Ciałka szkliste trochę mętne, tak, że z trudnością dozwala widzieć dno oka: na tarczy nerwowej charakterystyczna glaukomatyczna wklęsłość (*excavatio*) z widocznym zanikiem nerwu, przytęm nieznaczne przekrwienie tarczy i siatkówki. Twardość gałki znacznie zwiększona (T. 2). Chory odróżnia zaledwo cień przedmiotu.

Oc. dxt. Nieznaczne przekrwienie białkówki, w dolno-wewnętrznej części rogówki mniejsza i mniej wypukła *leucoma* niż w oku lewem. Zrenica prawidłowej wielkości, ruchy ma dobre i bez przyrostów tęczówki. Na dnie oka też same charakterystyczne oznaki jaskry, lecz tylko w mniejszym stopniu aniżeli w lewej gałce. Naprężenie gałki cokolwiek zwiększone (T. 1). Golem okiem chory czyta N. 12 Sn. w odległości 1', szkła wypukłe nie polepszają wzroku, przeciwnie twierdzi, iż wklęsłe są lepsze, zapewne w skutek zwiększonej wypukłości rogówki; stwierdziłem słowa chorego iż przez poziomą szczelinę daleko lepiej widzi: czyta N. 6½ Sn., z trudnością nawet N. 5½. Pole widzenia zwężone w górnawewnętrznej stronie, w odległości 2½' granica jego rozciąga się do 16—17 cent.

Zaproponowana choremu irydektomia została przyjęta, w lewem oku obiecałem tylko usunąć bóle, pochodzące od zwiększonego wewnątrzocznego ciśnienia, w prawem prócz tego miałem nadzieję polepszyć wzrok. Dnia 22 maja chory w tym celu przybył do szpitala św. Wincentego a Paulo, gdzie w obecności kol. Szmidta, Janiszewskiego, Jankowskiego, Tetza i Chrzanowskiego wykonałem irydektomię na obu oczach w górnej części i przytem *per scleram* liniowym nożykiem Grafego. Po przecięciu łącznicy i białkówki powstał natychmiast obfity krwotok z rany i znaczna *chemosis* jak to bywa przy wydobyciu zaemy tą drogą, następnie tęczowym pincetem odsunąłem płat łącznicowy ku dołowi i oczyszczywszy gałkę ranę ze skrzepów krwi, wypadniętą tęczówkę odejeliśmy krzywymi nożyczkami za pomocą trzech cięć, aby zapobiedz pozostaniu jej resztek w kątach rany, powstałe ztąd kolobomy tęczy były pożądaney wielkości; w komórce oka pozostało nieco krwi. Operacya była prawie niebolesna. Uciskająca opaska.

Dnia 23 maja. Po operacyi ból w gąłkach natychmiast ustał. *T. oc. sin.* = 1, *T. oc. dxt.* = n. (prawidłowa twardość). Krew z prawej komórki wessana, w lewej jeszcze ją widać. Lewa gałka przekrwiona, na prawej zaledwie widać czerwonosć w sąsiedztwie rany i poniżej rogówki, gdzie unieruchomiona była pincetem.

Dnia 24. Lekki ból w lewem oku, gałka mocno przekrwiona, komórka cała wypełniona krwią (*haemorrhagia intraocularis*). W prawem oku niewielkie przekrwienie łącznicy i białkówki. Uciskająca opaska, zimne okłady na lewe oko i atropina.

Dnia 25. *T. oc. dxt.* = 1 to jest gałka stała się miększą niż w normalnym stanie *T. oc. sin.* = n., chociaż komórka jeszcze wypełniona krwią. Bólu w gałkach najmniejszego. Niewielkie obrzęknięcie łącznicy (*chemosis*) w sąsiedztwie obu ran.

Dnia 26. Lewa komórka do połowy tylko wypełniona krwią, taka prędko jej resorbeyą zdaje się przemawiać, iż źródło krwotoku było w samej ranie, z kanału *S z l e m m a*, który daje dość często obfity krwotok przy rozcięciu białkówki w rzęskowej okolicy. Po kilku dniach w oku nie znaleźliśmy ani śladu krwi.

Dnia 3 czerwca wypisałem chorego w następującym stanie:

P r a w e o k o. Nieznaczne przekrwienie w sąsiedztwie dobrze zrosniętych i wcale nie uwydatniających się (co widocznem było pierwszych dni po operacyi) brzegów rany, pośrodku zabliznienia której widać niewielką czarną plamkę. Kolobomat tęczy do samego rzęskowego jej brzegu dość szeroki (6 mm.). *T. n.* czyta $N. 30_2$, *Sin.* w odległości 1° , a przez poziomą szczelinę (stenopieczno okulary) z trudnością nawet $N. 11_2$, *Sn.* Pole widzenia cokolwiek już się rozszerzyło.

L e w e o k o. Gałka w rzęskowej okolicy dość jeszcze przekrwiona, szczególnie w sąsiedztwie rany, gdzie widać nabrzmiałość łącznicy. Komórka oczyszczona z krwi, kolobomat zrobiony dość dobry. *T. n.*; wypukłość rogówki stała się prawidłową. Bole ustały zupełnie. Okiem tym odróżnia cien przedmiotów dość dobrze. Choremu zalecone konserwy i szukanie porady lekarskiej, skoroby tylko oczy tego wymagały, lecz do marca r. b. nie przyjeżdżał do nas, co pozwala robić przypuszczenie, że napadów glaukomatycznych więcej nie było u operowanego. W opisanym wypadku uważam jaskrę jako następczą po zapaleniu rogówki (*glaucoma secund. ex. keratitide*), chociaż takowa daleko częściej wywoływana bywa zapaleniem rogówki po przyrośnięciu do niej tęczówki (*synchia anterior, leucoma adhaerens*). Ciekawe w tej mierze uwagi znajdujemy w ostatniej pracy *G r ä f e*'go o jaskrze (1869). (*Dokończenie nastąpi*).

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

O leczeniu połogowego zapalenia obokmacicznego (*parametritis puerperalis*) za pomocą sublimatu.

Przez Dra T. G o s s m a n n'a, Assystenta kliniki położniczej Wrocławskiej.

Spółczył Dr Kazimierz Gurbki.

Ubiegłej zimy mieliśmy sposobność postrzegać cały szereg ciężkich spraw połogowych, przedewszystkiem zaś zapalenie połogowe obokmaciczne (*parametritis*) zwróciło najwięcej na się naszą uwagę. Liczba ciężkich wypadków była względnie wielką, a możnaby

nawet sprawę chorobową o której mowa uważać jako panującą epidemicznie, gdyż zapadały na nią położnice nie tylko w klinice ale i w mieście. Nie można było znaleźć w klinice przyczyn sprawy, należało więc jej szukać w stosunkach ogólnych, témbardziej, że i w innych szpitalach panowała błonica i róża przyrana. O zapobieganiu (*prophylaxis*) można było mówić o tyle, ile rodzaje i położnice starano się umieszczać wśród najpomysłniejszych warunków. O ile możności najmniej wykonywano badania przez pochwę i umieszczano o ile to być mogło jak najmniej położnice w jednym pokoju i starano się o utrzymanie jak największej czystości; pokoje były przewietrzane i dostatecznie ogrzane. Pomimo tych środków ostrożności niekiedy z czterech położnic w jednym pokoju leżących zachorowało trzy; rozwiązanie lekkie lub ciężkie zdawało się nie wpływać na okres płożowy, gdyż rzecz dziwna, kobiety, które tylko przy pomocy ciężkiej operacji mogły być rozwiązane, były zdrowe lub zapadały tylko lekko—wyjawszy jednej położnicy z miednicą koksalgiczną, u której już po raz trzeci musiano wywołać poród przedwczesny; drugiej z miednicą w ogóle w wysokim stopniu zwężoną i niesymetryczną, u której objawy gorączkowe wystąpiły już w czasie trwania porodu, i u trzeciej z narostami kostnymi (*exostoses*) miednicy, u której te same znaki w tymże czasie się pojawiły. Ciężarne, u których nie można było nawet znaleźć niekiedy pęknięcia wędzidelka warg (*frenulum labiorum*), zapadały po większej części bardzo ciężko, a trzy nawet zmarły.

Nie można było przypuścić zakażenia (*infectio*) w samych salach, gdyż niekiedy kilka położnic, w jednej sali leżących, zapadało, podczas gdy inne były zdrowe.

Z tego więc powodu nie można było uciekać się do leczenia zapobiegającego (*cura prophylactica*) i trzeba było przystępować do leczenia już rozwiniętej sprawy chorobowej.

Pomiędzy 20 wypadkami ciężkiego zapalenia obokmaciecznego były dwa, które przebiegały bez żadnych powikłań. Obydwa te wypadki w krótkości poniżej przedstawię zamierzam.

1) J. R., drugi raz rodząca, wieku lat 28, przed półtora rokiem przebyła prawidłowo poród i połóg. W 40 prawie tygodniu obecnej bez zaburzenia przebiegającej ciąży przyjęta została do kliniki jako rodząca.

W 4—5 godzin po przybyciu a w 10—11 godzin po rozpoczęciu bólów porodowych poród się ukończył. Tylko na tylnym obwodzie wejścia do pochwy można było dostrzedz małe obrażenie z nabłonka, zresztą nigdzie nie można było znaleźć żadnego obrażenia; w czasie całego okresu porodowego dwa razy była przezemnie zbadana i to z największą ostrożnością. Dziecko było donoszone i dobrze rozwinięte; sama matka go nie karmiła. Ssutki lekko uciśnięto i ze strony tych narządów nie zauważono żadnych objawów chorobowych w czasie całego okresu płożowego.

W 20—30 godzin po porodzie spokojnie w łóżku leżąca położnica bez żadnej widocznej zewnętrznej przyczyny dostała dreszczów, po których wystąpiły dość obfite poty.

Godzina 6 wieczór. Tętno 120, ciepłota 39,7° (w dole pachowym). Pragnienie, brak apetytu i ciągłe bóle w okolicach biodrowych, środek podbrzusza był względnie niebolesny. Przez wiotkie pokrywy brzuszne można było wyczuć po bokach macicy bardzo bolesne więzy szerokie maciczne. Rozpoznano zapalenie (*phlegmone*) obydwóch więzów szerokich; kazano przystawić 10 pijawek na okolicę biodrową i zapisano sublimat w pigułkach, każda pigułka zawierała 0,01 gramma sublimatu ($\frac{1}{6}$ grana), ponieważ chora w nocy spała, zużyła więc tylko cztery pigułki.

Następnego dnia, t. j. 29 stycznia 1872 r. wszystkie objawy się nie zmieniły; tętno i ciepłota utrzymały się na tej samej wysokości co poprzedniego dnia wieczorem. Upust krwi nie wpłynął więc zupełnie na pomniejszenie gorączki, gdyż nie było nawet ранnego zwolnienia (*remissio*). Polecono dalej przykładac ciepły okład i podawać co godzina pigułki sublimatowe w powyższej dawce, ponieważ chora wyżyła już w ogóle 10 gramów sublimatu, zalecono podawać co dwie godziny po jednej pigułce.

Godzina 6 wieczorem. Tętno 124, ciepłota 40,5°. W nocy było kilka stolców. Rano dnia 30 stan ogólny już o wiele lepszy; bóle w brzuchu ustaly, gdy chora spokojnie leżała. W trzeciej części średniej żyły zaskórnej wielkiej (*vena saphena magna*) utworzył się zakrzep (*thrombus*), będący przyczyną znacznych bólów. Tętno 84, ciepłota 38,0°.

Dnia 31 stycznia. Brzuch na dotykaniu bardzo mało bolesny. Ssutki nieco obrzękłe i napięte. Tętno 88, ciepłota 38,7°.

Ponieważ nie było już teraz wskazania do używania sublimatu, zatem podawania takowego zaniechano. W przeciągu prawie 60 godzin chora wyżyła prawie 0,25 gramma sublimatu. Od 40 godzin nie było stolca. Wieczorem: tętno 98, ciepłota 38,7°.

W nocy było kilka obfitych wypróżnień, które chorą jednak niezbyt osłabiły.

Dnia 1 lutego brzuch nawet na ucisk był niebolesny; wysięk o wiele mniejszy; chora objawia chęć do jedzenia. Tętno 84, ciepłota 37,7^o, która wieczorem opadła do 37,3^o.

Następnego dnia stan chorej był jeszcze lepszym, a 3 lutego wysięk był ledwo wyczuwalny; obrzęk sutek zmniejszył się; przy ucisku na przebiegu żyły zaskórnej chora skarży się jeszcze na ból. Apetyt dobry; pozostałe czynności ustroju odbywają się prawidłowo.

12-go dnia po porodzie a 11 po rozpoczęciu się sprawy chorobowej o której mowa chora zdrowa wypisaną została z kliniki.

2) V. W., 23 lat licząca pierwiastka, bardzo silna i dotąd zupełnie zdrowa po 17³/₄ godzinnej pracy porodowej urodziła prawidłowo, międzykrocze (*perinaeum*) jednak uległo rozdarciu, zaraz po porodzie brzegi rany połączone szwami. W celu wstrzymania stolca podano położnicy dwa razy w dzień po 10 kropli nalewki makowcowej.

Drugiego dnia to jest 5 marca r. b. dostała chora silnego dreszczu, po którym obfitym oblała się potem; zaraz pojawiły się silne bóle w okolicy podbrzusnej, zwiększając się przy nacisku. Macica kureczyła się za najmniejszym dotknięciem a po obydwóch jej stronach można było wyczuć powiększone więzy szerokie. Tętno 136, ciepłota 40,0^o. Zapalenie macicy (*metritis*) i obokmaciczne obustronne (*parametritis duplex*). Leczenie tak jak i w wypadku poprzedzającym: 10 pijawek na okolicę podbrzusną, ciepłe okłady i sublimat do wewnątrz, z początku co godzina pigułkę a następnie co 2 godziny; każda pigułka zawierała 0,01 (¹/₆ grana) sublimatu.

Wieczorem tętno spadło do 124 uderzeń, a ciepłota obniżyła się do 39,5^o, pozostałe objawy niezmiennione.

Dnia 6 marca żadnej zmiany. Tętno 116, ciepłota 38,8^o. Wieczorem: tętno 116, ciepłota 39,0^o.

Dn. 7 marca rano: tętno 108, ciepłota 37,8^o. Dotąd położnica wyżyła 0,15 sublimatu, stolca jednak nie było, ponieważ zaś obecnie nie było wskazania do podawania tego środka, zatem na 12 godzin go odstawiono, z uwagi jednak, że wysięk był jeszcze znaczny, dalej go następnie podawać zaczęto.

Dnia 8 marca napad gorączki znowu się powtórzył, przebiegał on tak samo jak pierwszy i teraz ten sam sposób postępowania stosowano.

D. 9 marca. Przez cały czas trwania drugiego napadu gorączki chora wyżyła w przeciągu 4 dni 0,3 grm. sublimatu, który następnie odstawionym został.

Wkrótce po przejściu owego napadu (11 marca) chora objawiła chęć do jedzenia; wypróżnienia stolcowe były wolne i niezbyt częste.

Po kilku dniach wystąpił znowu lekki napad gorączki, który dzień trwając dobrowolnie sam się zakończył.

Czternastego dnia po porodzie a 15 po wybuchu sprawy chorobowej wysięk nie był już więcej wyczuwalnym. Rozdarcie międzykrocza zrosło się *per primam*, a 5-go dnia po porodzie szwy zostały oddalone.

W obydwóch wypadkach nie postrzegaliśmy ślinotoku (*salivatio*), ani też innych objawów ze strony żołądka i kiszek.

Obydwa te wypadki z uwagi na ich najwyraźniejszy przebieg przytoczyliśmy i zaznaczyć tylko wypada, że wszystkie pozostałe wypadki zapalenia w mowie będącego, pojawiające się same lub też wraz z zapaleniem macicy, przy leczeniu powyżej opisanym przebiegały w podobny sposób.

Jeżeli sprawa chorobowa pojawiała się w pierwszych 5 dniach po porodzie, wtedy pierwszy napad gorączki był szczególnie gwałtowny, w przeciągu jednak od 4—6 dnia od wybuchu choroby ciepłota i tętno powracały do stanu prawidłowego, chociaż wysięk jeszcze nie zniknął. Zwykle jednak w 10—15 dni po wybuchu sprawy chorobowej i wysięku nie byliśmy w stanie wykazać.

Wszystkie położnice, które wcześniej po porodzie zapadały, z wyjątkiem 3, w których do zapalenia w mowie będącego wkrótce przyłączyło się śmiertelne zapalenie otrzewnej—w przeciągu od 10—17 dnia po wybuchu choroby wypisywane były zdrowe z kliniki; niektóre cierpiące na przewlekłe choroby płuc, lub też które zapadły na jaką inną ostrą chorobę, pozostawały dłużej w zakładzie.

Jeżeli sprawa chorobowa poczynała się później jak 7 dnia po porodzie, wtedy ciągnęła się 3 a nawet 4 tygodnie. Czy szybsze wessanie wysięku przy wcześniejszym zapadaniu lub powolne przy późniejszym zależy w pierwszym razie od surowiczobiałkowej na-

łury wysięku a w drugim od ropnowłóknikowej, lub czy w pierwszym razie przyczyną przedszego wysiania jest szybka inwolucya części rodnych, tego nie umiem powiedzieć, gdyż nie było dostatecznej ilości danych, poczerpniętych z oględzin pośmiertnych. Ze przy wcześniejszem zapadaniu wysięk łatwiej może być wykazany, nawet tylko od zewnątrz, podczas gdy u położnic, które zachorowały później, często wysięku od zewnątrz wyczuć nie można, a dopiero przy badaniu przez pochwę można się upewnić o jego obecności, zależy to od różnej wysokości położenia macicy, w szczególności zaś więzow szerokich w pierwszych i następnych dniach po porodzie.

Wraz ze zniknięciem wysięku opuszczała się coraz niżej wysoko nad spojeniem łonowem wyczwalna macica, tak że w końcu po za spojenie zupełnie nie wystawała.

Przy sposobie leczenia wyżej opisanym, czy sprawa poczynała się wcześniej lub później, zawsze tętno i ciepłota powracały do wysokości prawidłowej, niekiedy jednak pomiędzy 7—10 dniem pojawiał się jeszcze jeden napad gorączki, trwający od 1—2 dni. Zwykle napad ten wkrótce przemijał, często nawet bez żadnego leczenia.

Jeżeli z jakiegobądź przyczyny po odstawieniu sublimatu—podawaliśmy zwykle 10—20 pigulek w przeciągu 24—48 godzin, poczem zawsze o tyle gorączka się pomniejszała, ile że podawania sublimatu można było zaprzestać—stolec był nieregularny, wieczorem dawano 10 kropli nalewki makoweowej, a rano dnia następnego pełną łyżkę stołową oleju rycinowego. Ciepłe okłady dotąd przykładano, dopokąd trwała bolesność podbrzusza.

W celu dowodnego przekonania się, że sublimat ma rzeczywiście wpływ na przebieg zapalenia obokmacicznego, w lżejszych wypadkach tej sprawy chorobowej nie podawaliśmy w mowie będącego środka, lecz ograniczaliśmy się na pijawkach, kąpieliach i środkach przeczyszczających, wieczorem zaś stale dawano 10 kropli nalewki makoweowej; w niektórych wypadkach nie przystawiano wcale pijawek, w innych znów podawano sublimat i przykładano tylko ciepłe okłady.

Okazało się, że lekkie wypadki wszystkie zakończyły się pomyślnie, objawy jednak gorączkowe i wysięk w obec podawania sublimatu daleko szybciej zniknęły. Dłuższe trwanie gorączki i dłuższą obecność wysięku postrzegaliśmy w 2 lub 3 cięższych wypadkach, w których sublimat musiał być odstawiony, gdyż po małych już dawkach takowego pojawiły się obfite biegunki i ślinotoki.

W większej jednak liczbie wypadków przy większych dawkach sublimatu nie pojawiały się ani ślinotoki, ani biegunki lub objawy ze strony żołądka. Zwykle wkrótce po przejściu napadu gorączkowego apetyt był bardzo dobry; a nawet w najcięższych wypadkach jak np. w dwóch powyżej opisanych, nie było zupełnie objawów przesylenia ustroju ręcją.

Podawania kalomelu, którego w początku zimy i dawniej w pewnej liczbie podobnych wypadków używaliśmy, zaniechaliśmy zupełnie, gdyż wywoływał on względnie wcześniej obfite biegunki, chociaż mieszano go z makowcem, a nie wpływał na skrócenie przebiegu sprawy chorobowej o której mowa.

Opierając się więc na doświadczeniu zeszłej zimy nabytym, jestem przekonany, że sublimat łatwo się znosi i skraca przebieg zapalenia obokmacicznego i zapalenia macicy, jak również przyczynia się do przedszego wessania wysięku, jeżeli jest podany zaraz po wybuchu choroby, ztądto słusznem i zupełnie usprawiedliwionem jest zalecanie tego środka w podobnych wypadkach spraw chorobowych, które tutaj opisaliśmy.

STATYSTYKA LEKARSKA.

Z powiatu Grójeckiego.

Zebrał Władysław Lapiński, lekarz tegoż powiatu.

(Dokończenie).

Ospę ochronną zaszczerpiono po raz pierwszy nie tylko małym dzieciom, lecz i robotnikom mającym od 20—60 lat wieku a pracującym w fabryce cukru Czersk (gmina Jasieniec), którym, jak się okazało przy rewizyi, ospa przedtem wcale szczepioną nie była; nadto starszym dzieciom, które raz już miały ospę szczepioną, powtórnie zaszczerpiono. W ogóle za-

szczepiono po raz pierwszy i powtórzono szczepienie 2202 dzieciom i osobom; w tej liczbie z dobrym skutkiem u 2073, z wątpliwym u 79, nieprzyjęła się u 50.

W roku zeszłym zrewidowano 312 kobiet publicznych i o tajny nierząd przez policyę podejrzanych, pomiędzy któremi znaleziono 4 dotknięte przymiotem (*sypilis*) i odesłano je na kuracyę do miejscowego szpitala w Grojeu.

Mięsa zepsutego znalezionej u rzeźników, zniszczono w ciągu roku 181 funtów, zgnitych ryb 32 1/2 funtów, niewypieczonego chleba i bułek zabrano u piekarzy 147 funtów a u przekupniów 3 korce niedojrzałych owoców. Tak chleb jak i owoce odesłano do miejscowego szpitala w Grojeu.

Sekeyj na osobach zmarłych wykonano 17, a mianowicie: śmierci z powieszenia 3, skutkiem spadnięcia i zgniecenia 1, z utopienia 2, z zaduszenia 2, z otrucia organicznemi truciznami 1, niezwyrodnionych 1, z zapalenia 3, z apopleksyi organów wewnętrznych wyrażonej wylewem krwi 2, wyrażonej przekrwieniem 3. W tej liczbie było: samobójstw 3, zabójstwa 2, dzieciobójstw 1, śmierci nieumyślnej i przypadkowej 4, skutkiem chorób 7.

Świadcstw co do stanu zdrowia wydano 144, a mianowicie: co do chorób 37, co do ciąży 2, co do ran 29, co do stłuczeń i innych obrażeń 76.

Lekarzy w powiecie było trzech, t. j. lekarz powiatu, lekarz szpitala S-go Piotra w m. Grojeu i lekarz wolnopraktykujący; wszysey trzej zamieszkali w m. Grojeu. Akuszerki 5, a mianowicie: w Grojeu 2, w Mogielnicy 2, w Przybyszewie 1. Wykwalifikowanych babek wiejskich 2, t. j. w osadzie Błędów 1 i we wsi Żalęże-Duże (gm. Konie) 1. Felezerów 14, pomiędzy niemi dwóch w służbie rządowej t. j. felezer powiatu i felezer przy szpitalu S-go Piotra, obaj w Grojeu zamieszkali; wolnopraktykujących felezerów 12, a mianowicie: w m. Grojeu 2, osadach: Tarczynie 2, w Mogielnicy 2, w Przybyszewie 1, w Błędowie 2, w osadzie fabrycznej Czersk 1, w Goszczynie 1 i w dobrach Mała-wieś (gmina Bielsk) 1. Pomiędzy niemi pryncypałów izb felezerskich 6, starszych felezerów 6, młodszych felezerów 2.

W szpitalu S-go Piotra w m. Grojeu chorych było:

	Wojskowych	Cywilnych.				Razem.
		dorosłych.		dzieci.		
		M.	K.	M.	K.	
Dnia 1 stycznia 1871 r. było w szpitalu.	7	14	12	2	"	35
Przybyło w ciągu roku	52	166	98	14	5	335
Razem.	59	180	110	16	5	370
Ubyło w ciągu roku:						
1) Wyzdrowiałych	43	76	56	8	4	187
2) Wypisanych:						
a) Niezupełnie wyzdrowiałych.	7	74	29	2	1	113
b) Przeniesionych do innych zakładów	"	"	"	"	"	"
3) Zmarłych	2	20	16	5	"	43
Razem ubyło.	52	170	101	15	5	343
Pozostało na rok 1872	7	10	9	1	"	27

Chorzy ci przebyli w szpitalu dni 9036 a mianowicie: wojskowi 1651, cywilni 7385.

Srednia dzienna ilość chorych 24,7, podług etatu powinno być 30. Procent śmiertelności wynosił 8,6%. Każdy chory średnio przebył w szpitalu dni 24,4.

W powyżej wymienionej liczbie chorych syfilitycznych było formy pierwotnej: a) mężczyzn —, b) kobiet 6, c) dzieci —; formy wtornej: a) mężczyzn 2, b) kobiet 3, c) dzieci —; razem 13. Z tej liczby wyzdrowiało: mężczyzn 2, kobiet 9, dzieci 2; razem 13.

Utrzymanieienne jednego chorego wynosiło 46,6 kop. a mianowicie: żywność 13,3 lekarstwa 3,9, inne potrzeby 29,4 kop. Dochód szpitala wynosił rsr. 5240 kop. 9 i pół, rozchód zaś rsr. 4824 kop. 70.

Choroby leczone w szpitalu św. Piotra od 1 grudnia 1870 do 1 grudnia 1871 r. były następujące:

	Pozost.	Przyb.	Wypisał.	Zmarło	Pozostaje
1. Gorączki kataralne, reumatyczne i gastryczne	„	7	7	„	„
2. Zimnica	„	9	9	„	„
3. Tyfus i gorączki tyfoidalne	1	29	22	7	1
4. Biegunka krwawa	„	1	1	„	„
5. Biegunka śluzowa i żółciowa.	„	2	1	1	„
6. Zapalenie opon mózgowych i mózgu	„	1	1	„	„
7. Zapalenie rdzenia pachyżowego.	„	1	1	„	„
8. Zapalenie oczu	„	1	1	„	„
9. Ostry katar oddech. organ. i grypa (<i>influenza</i>)	1	23	21	3	„
10. Zapalenie gruczołu przyusz. (<i>parotitis</i>).	„	1	1	„	„
11. Zapalenie gardła (<i>angina</i>).	„	6	6	„	„
12. Dławiec i błonica (<i>croup et diphtheritis</i>)	„	1	1	„	„
13. Zapalenie płuc i opłuc., zapal. serca i naczyń	1	27	19	4	5
14. Zapalenie organów brzusznych	„	22	16	3	3
15. Zapalenie narzędzi moczowych i płciowych	„	8	6	1	1
16. Róża (<i>erysipelas</i>).	„	3	3	„	„
17. Odra (<i>morbilli</i>)	„	1	1	„	„
18. Chroniczny katar kiszek	„	3	3	„	„
19. Gruźlica (<i>tuberculosis</i>)	1	5	2	4	„
20. Organiczne choroby przyrządu oddechowego.	1	2	2	„	„
21. Organiczne choroby serca.	„	1	„	1	„
22. Reumatyzm i artrytyzm	„	7	7	„	„
23. Puchliny	„	14	5	8	1
24. Chroniczne wysypki	„	1	„	„	1
25. Wrzody atoniczne	1	11	8	„	4
26. Choroby weneryczne	2	11	11	„	2
27. Czarna krosta (<i>pustula maligna</i>).	„	1	1	„	„
28. Świerzba	1	36	36	„	„
29. Obłąd pijacki (<i>delirium potatorum</i>)	„	1	„	„	1
30. Znieczulenia, nerwobóle i choroby drgawkowe	„	2	2	„	„
31. Padaczka (<i>epilepsia</i>).	1	4	3	1	1
32. Apopleksya i różne formy paraliżu.	1	9	5	3	2
33. Miejscowe choroby przyrządu słuchowego	1	2	1	2	„
34. Miejscowe choroby narzędzi płciowych	„	3	3	„	„
35. Miejscowe choroby wielkich stawów	„	1	„	„	„
36. Stłuczenia (<i>contusiones</i>).	„	34	27	2	5
37. Rany cięte i postrzałowe	3	„	3	„	„
38. Złamania	1	9	10	„	„
39. Zwichnienia	„	1	1	„	„
40. Przepukliny (<i>herniae</i>)	„	2	2	„	„
41. Oparzeli	„	4	4	1	1
42. Odmrożenia	„	3	3	„	„
43. Zapalenie tkanki łącznej podskórnej, ropnie zwyčajne i przerzutowe	1	15	15	1	„
44. Wąglik i czyrak (<i>anthrax et furunculus</i>)	„	1	1	„	„
45. Próchnienie i zgorzel kości	2	1	4	1	1
46. Otrucia.	„	1	„	1	„
47. Choroby zapalne poporodowe	„	1	1	„	„
48. Umierających (<i>moribundi</i>).	„	5	„	5	„
Razem	19	347	283	51	32

W całym powiecie znajduje się jedna tylko apteka w m. Grojcu, należąca do p. Stanisława Hildebrandta, w której przez rok 1871 wyekspedyowano 3722 recept.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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

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

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM 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 lipca 1872 do 1 stycznia 1873) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1873 r. rsr. 108 (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: Rozprawy naukowe. Racyonalny sposób leczenia cholery. Przez Dra Antoniego Giryna (z Wolezańska). Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Roczne sprawozdanie z oftalmicznej praktyki. Przez Dra med. Józefa Talko (w Lublinie), członka towarzystwa niemieckich oftalmologów w Heidelbergu, oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Tyflisie, Wilnie i w Odessie. (Ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. O leczeniu płożowego zapalenia obokmaciecznego za pomocą sublimatu. Przez Dra T. Gossmana'a, Assystenta kliniki położniczej Wrocławskiej. Spolszczył Dr Kazimierz Gurbki. Statystyka lekarska. Z powiatu Grójeckiego. Zebrał Władysław Lipiński, lekarz tegoż powiatu. (Dokończenie). Dodatek. Farmacyi T. III ark. 27 28, i 29. Akuszeryi T. II ark. 1.

Racyonalny sposób leczenia cholery.

Przez Dra Antoniego Giryna (z Wolezańska)

Walka odwieczna rodu ludzkiego z chorobną sprawą, znaną pod imieniem cholery (*cholera morbus*), wynikiem której była zagłada milionów istot ludzkich, zmuszała i zmusza prawdziwych przyjaciół ludzkości (lekarzy) do wynajdywania środków uprzedzających i leczących tę okropną chorobę. Miejsce i przyczyna cholery (gnicie pierwiastków organicznych na brzegach rzeki Gangesu po rozlewie jej peryodycznym w Indyach Wschodnich), jako początkowy zarodek cierpienia wszystkim i każdemu z nas od dawna są bardzo dobrze znane, lecz na gruntowne zbadanie tej sprawy gnicia, jako rezultatu chemicznej fermentacyi do naszych czasów nikt nie zwrócił uwagi, a z tego powodu wynalazki różnych lekarstw nie wytrzymały zdrowej krytyki, a w praktyce lekarskiej wielki uczyniły zamęt. Z najnowszych doświadczeń na drodze analitycznej chemii i mikrografii dokonanych okazuje się, że cholera azyatycka jest chorobą krwi, jak tyfus, ropnica, płonica, zimnica i pochodzi od fermentacyi zwierzęco-organicznych pierwiastków, a przenosi się przez chorych z jednego miejsca na drugie, zupełnie takim sposobem jak sprawę fermentacyi drożdżowej, alkoholowej, przy pewnych warunkach można

przenosić również z jednego miejsca na drugie i udzielać organicznym istotom zawierającym krochmal przemieniony w diastazę. W drożdżowej fermentacyi drobnowidz odkrywa nam drożdżowe grzybki, od życia których zupełnie zależy ten proces chemiczny i wraz z ustaniem wegetacyi tych grzybków zupełnie ustaje i fermentacya, przy choleryze zupełnie podobnie we krwi powstają massami pasożyty znane pod imieniem b a k t e r y j, podobne do *Monas crepusculum*, któremi przesycone są wszystkie wypróżnienia na cholery zapadłych, ztąd wypróżnienia te mają kolor białawy, podobny do ryżowego odwaru.

Obecność bakteryj we krwi cholerycznych wykazały doświadczenia drobnowidzowe szanownego kolegi Edwarda N i e d z w i e c k i e g o, ogłoszone w Nr 36 *Medycznej Moskiewskiej Gazety* w roku zeszłym i prace W a l d e y e r'a, prof. anatomii patologicznej we Wrocławiu, zamieszczone w protokołach posiedzeń Towarzystwa lekarzy szlązkich. Podobieństwo fermentacyi alkoholowej od drożdżowych grzybków zależnej z zarażeniem się choleryą przez wykształcenie się bakteryj, podług teoryi P a s t e u r'a wyjaśnia się następującemi faktami:

a) Dla rozwinięcia się fermentacyi w organicznej massie ciasta, przy korzystnych warunkach dostatecznie wpuścić kilka kropel dobrych drożdży, również dostatecznie jednego wypróżnienia chorego na choleryę cierpiącego, jako zarodka dla rozwinięcia przy korzystnych warunkach atmosferycznych tej choroby w całym mieście lub we wsi. Miejscowości nieczyste, brudno utrzymane mieszkania, śmierdzące od zgnilizny organicznych pierwiastków i wypróżnień ludzkich stają się w tym czasie zbiornikami zarazy cholerycznej; stosowne oczyszczenie takowych miejscowości środkami odwietrzającemi (*desinfecantia*) niszczy zupełnie zarodek choroby, co stwierdzono mnóstwem faktów w różnych miejscowościach.

b) W każdej miejscowości sprawa rozwijania się bakteryj, to jest fermentacyi swego rodzaju i przebieg cholery ma zwyczajnie 6-tygodniowy okres swojej exacerbacyi i po przejściu tego okresu choroba zwolna zmniejsza się i zupełnie ustaje, jeżeli nie jest podtrzymywana przez massy gnijących pierwiastków; zupełnie tak samo i fermentacya drożdżowa, chociaż w krótszym przeciągu czasu, ma także swój okres początku, exacerbacyi i zakończenia.

c) Jeżeli do drożdży w pełnej ich fermentacyi dodamy w znacznej ilości mocnego alkoholu, kwasów lub rtęci, to wegetacya grzybków ustaje i fermentacya ostatecznie niszczy się, takie same zjawiska postrzegamy i przy leczeniu chorych na choleryę: przez wzbudzenie nacieranem i ciepłemi okładami elektryczności i ukrytego ciepłika w obwodowych częściach ciała chorego, zwiększa się krążenie krwi w naczyniach włosowatych; jeżeli choremu będziemy dawać wewnątrz środki alkoholowe i wzbudzające a szczególnie rtęć w przetworach słabego chemicznego połączenia, a na zewnątrz użyjemy jako środka odwietrzającego mieszkanie chorego, kwasu karbolowego (*acidum carbolicum*), otrzymujemy w każdym okresie cholery skutki zadziwiające, ponieważ środkami temi zupełnie zabijamy bakterye, wykształcające się we krwi chorego i w massie wypróżnień. Zastosowanie do praktyki lekarskiej wszelkich przetworów farmakologicznych odbywa się pierwotnie, po większej części na drodze empirycznej, bez racjonalnego poglądu i krytyki naukowej, jak to się zdarzyło i w przeszłym roku z siarkiem rtęci

(*aethiops mineralis*), gdy nagle w wielu lekarskich i nielekarskich gazetach i periodycznych pismach zjawily się propozycje i postrzeżenia o skutecznem działaniu tego środka w cholery. Wielu lekarzy pozostało obojętnych dla tego środka, inni zaś korzystając z okoliczności panującej epidemii, z energią zastosowali go w swojej praktyce.

Artykuł Dra W a g n e r a ze Spasku zamieszczony w Gazecie lekarskiej o leczeniu 86 chorych na cholere, jedynie tym środkiem w różnych peryodach tej choroby wykazał nadzwyczajny rezultat, gdyż wszyscy chorzy wyzdrowieli (?). Odkrycie bakterij na zasadzie teoryi P a s t e u r'a przez Drow N i e d z w i e c k i e g o, R e e k l i n g h a u s e n a, G r i m a i W a l d e y e r'a wzbudziły i we mnie chęć do doświadczenia tego środka w praktyce prywatnej przy leczeniu cholery i naprowadziły na myśl analogiczną wykształcania się drożdżowych grzybków i wyradzania się w żywych organizmach ludzkich bakterij. I ja leczyłem 21 chorych na cholere siarkiem rtęci w powiecie Wołczańskim, Charkowskiej gubernii w cukrowni Stalmejstra, Mikołaja Skalona. Ludzie ci przybyli ze Smoleńskiej gubernii, gdzie wtedy panowała epidemia cholery i przynieśli z sobą zarodek tej choroby. Środkiem tym, dając go chorym w różnych peryodach choroby, wyleczyłem 19 chorych przy warunkach niezbyt wygodnych. Od 6 września do 1 października 1871 roku z 21 umarło tylko 3 osób. Przytem użyte były nacierania zewnętrzne z różnych środków alkoholowych, dla wzbudzenia działalności naczyń włosowatych obwodowych. Chorzy bardzo prędko przechodzili do stanu normalnego, bez wszelkich złych następstw i ani u jednego nie zjawily się oznaki gorączki tyfoidalnej, jak to zwyczajnie bywa w cholery przy innych sposobach leczenia. Leczenie prowadzone było podług metody kolegi W a g n e r a w następującym porządku:

W p i e r w s z y m o k r e s i e (*stadium prodromorum*), gdy nie było u chorego wymiotów, ani wypróżnień stolcowych, lecz chory uskarża się na ogólną słabość, ból głowy, tęsknotę i ból w dołku podsercowym, przepisywałem trzy razy dziennie po 15 gran (*pro dosi*) siarku rtęci w opłatku i wszystkie te objawy w tej chwili ustaly.

W d r u g i m o k r e s i e c h o r o b y, gdy zjawialy się wymioty i wypróżnienia stolcowe przy nasilonych boleściach w brzuchu, lecz nie było jeszcze konwulsyi i charakterystycznej zmiany głosu chorego, wewnątrz naznaczone było *oleum ricini* i wkrótce potem po 15 gran (*pro dosi*) siarku rtęci co pół godziny (w opłatku) powtarzając te dawki, a oprócz tego zalecono okłady z ciepłych i suchych otrębów na cały brzuch. Chorzy w przeciągu 4—6 godzin czuli się bardzo dobrze i mogli wstawać z łózka.

W t r z e c i m o k r e s i e (*stadium algidum*), gdy przy częstych wypróżnieniach stolcowych, wymiotach i konwulsjach, głos u chorego zupełnie się zmienił szczególnym sposobem, twarz sinieje, pierwotnie dawałem wodan chloralu (*Hydratis chlorali* ʒj na ʒvj) co kwadrans po łyżce stołowej, a gdy wymioty były wstrzymane, wtenczas chorzy używali co godzina po 20 gran siarku rtęci (w opłatku) i w tym rozpaczliwym okresie choroby wkrótce przechodzili do normalnego stanu zdrowia.

Opierając się na tych widocznie pomyślnych faktach leczenia cholery siarkiem rtęci (*acthiops mineralis*), zupełnie się zgadzam z szanownym kolegą Dr. W a g n e r e m, że środek ten jest najlepszym przy leczeniu cholery epidemicznej, ponieważ w prędkim czasie przynosi ulgę w boleściach żołądka i niszczy konwulsye. Zupełnie jestem przekonany, że siarek rtęci w dawkach wyżej wskazanych jest racjonalnym środkiem w leczeniu cholery epidemicznej, gdyż środek ten niweczy wykształcające się bakterye w ustroju.

Jeżeli teoria P a s t e u r a i moje przekonanie z czasem wyjaśnione zostaną za pomocą naukowego doświadczenia, że grzybki drożdżowe należą do jednej z tejże kategorii, co po części już doświadczenia G r i m a i R e c k l i n g h a u s e n a udowodniły, wtedy cholera azyatycka, tyfus, ropnica, karbunkul i dżuma, będą dla rodu ludzkiego chorobami mało znaczącymi i łatwymi do wyleczenia.

Pewniki klinicznego doświadczenia o użyciu siarku rtęci w cholercie, osnute na racjonalnym poglądzie wykształcania się bakteryj w chorych organizmach, dadzą rezultaty nierównie lepsze od naszych i od doświadczenia nad chininą profesorów W a n c e t t i (w Charkowskiej klinice w 1848) i B o t k i n a (w Petersburskiej klinice w r. 1870), osnute na teorii leczenia cholery w Indyach. Tam przy panującej endemicznie zimnicy, zależnej od wylewu rzek i gnicia roślin, przy zwrotnikowych upałach, może być teoria ta i jest w swoim miejscu, lecz u nas w Europie na nic się nie zdała i w praktyce wielki uczyniła zamęt.

ROCZNE SPRAWOZDANIE Z OFTALMOLOGICZNEJ PRAKTYKI

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

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

(Ciąg dalszy *).

K) Choroby naczyniówki (*Morbi chorioideae*).

W dwóch wypadkach obserwowałem chroniczne zapalenie naczyniówki przy jednoczesnym zmętnieniu ciała szklanego w formie pływających w niem nieprzezroczystych strzępków (*hyalitis*), które prócz osłabienia wzroku sprawiają nieprzyjemne widzenie latających przed oczami much (*mouches volantes*). U jednej takiej pacjentki istniały *synechiae posteriores*, u drugiej—*staphyloma posticum* w drugim stopniu. U trzeciej chorej *cum hyalitide* wziernikiem nie wykryłem w naczyniówce nic innego jak nieznaczne jej przekrwienie. W podobnych ramach sztuczna pijawka Herteloupa, o ile się przekonałem, przyczynia się wielce do oczyszczenia ciała szklanego.

Ze wszystkich chorych, cierpiących na zapalenie naczyniówki, zasługują na wzmiankę trzej tylko których operowałem.

*) Patrz Nr 15, 18, 20, 22, 28, 32, 33, 34 i 35 Gaz. Lek.

1) *Kerato-irido-chorioiditis utr.; staphylomata sclerae et chorioideae sin.;* o b u s t r o n n a i r y d e k t o m i a. Takim chorym był 20-letni Mendel Rejter z Kraśnika; cierpiał na zapalenie obu oczu lat 16, używając rozmaitych kropel, a ostatniemi czasy pendzlowań powiek silnym rozczynek lapisu. Znalazłem znaczne przekrwienie obu białkówek przy obfitem łzawieniu; obie rogówki naprzeciw źrenice zmętniały i owrzodzone; liczne tylne przyrosty tęczówek (*synechiae posteriores*); rozmięczenie i rozciągnięcie białkówki lewej gałki ocznej pod postacią uwydatniających się sinawych guzów w przedniej jej części, tuż powyżej a także z zewnętrznej strony rogówki, w górnej części gałki guzy sięgają po za równikową jej okolice. Taki stan tej gałki ocznej, znany dawniej pod nazwą *circsophthalmia*, zależał od garbców białkówki, czyli jak niektórzy nazywają, garbców naczyńówek. Twardość prawej gałki ocznej była zmniejszona, lewej zwiększona. Lewym okiem rozróżniał cień przedmiotów, prawym, szczególnie po nieznacznym rozszerzeniu źrenicy atropiną mógł liczyć palce na trzy stopy. Dnia 2 stycznia r. b. przy pomocy kol. Ch r z a n o w s k i e g o zrobiłem jednocześnie w obu gałkach irydektomię w dwojakim celu: jako *antiphlogisticum i opticum*. Irydektomię robiłem liniowym nożykiem G r ä f o g o przez dolny brzeg rogówek, w obu gałkach wycieliśmy dostateczny kawałek tęczówki do samego jej rzęskowego brzegu. W lewej gałce więcej zmienionej w skutek powiększonego wewnątrzocznego ciśnienia, po przecięciu rogówki wytrysnął z komórki przezroczysty płyn wodnisty, w skutek czego twardość znakomicie się zmniejszyła po operacji i nawet guzy białkóvkowe stały się nieco płaskimi. Chory zostawał 4 dni pod moją obserwacją, wkraplając tylko atropinę przy użyciu uciskającej opaski. Po operacji najmniejszego bólu, przekrwienie białkówki zaczęło ustępować i wzrok o wiele się polepszył, prawym okiem już po 4 dniach rozpoznawał wszystkie przedmioty w pokoju. Zaleciłem i nadal wkraplanie atropiny. Po 5 tygodniach zapalny stan na powierzchni oczu przeszedł zupełnie, na rogówkach plamki, lewa nieco uwydatnia się po środku. Bóle w gałkach ustały. Wzrok polepszył się znacznie. Zaleciłem konserwy (Lit. D).

2) *Irido-keratitis suppur., staphyloma partis ciliaris et chorioiditis disseminata oc. dextr. Enucleatio bulbi. Atrophia incipiens n. optici sin.* Dymisyonowany podoficer Konon Leonow, mający lat 56, dziś strażnik przy rogatce m. Lublina, w dzieciństwie od ospy miał uszkodzone prawe oko; następnie w 1844 roku na manewrach raniony został prochem w toż samo oko i od tej pory utracił w niem wzrok zupełnie. Prócz tego ostatniego chory doświadczał w prawej gałce oka ciągłego bólu, który czasami tylko i to na krótko zwałniał, lecz przed miesiącem tak się wzmógł nietylko w oku, lecz i w całej głowie, że zdawało się, iż głowa pęknie od bólu, przez co nie mógł ani spać, ani pracować. Silny ból a także obawa o oko lewe sprowadziły chorego do mnie. W lewym oku znalazłem osłabienie wzroku w skutek poczynającego się zaniku nerwu wzrokowego. Białkówka prawej gałki mocno przekrwiona, rogówka cała owrzodzona, spłaszczona i w stanie ropiastego zapalenia, źrenica niewidzialna, tęcza widzialna gdzieś, przyrośnięta do rogówki, powyżej której znacznie uwydatnia się guz w rzęskowej okolicy gałki; guz ten miał kolor sinawy i pochodził w skutek uformowania się garbca (*staphy-*

loma corp. ciliaris). Gałka mocno napięta i boląca przy dotknięciu się do niej. Dnia 11 września wyluszczyłem gałkę oczną przy pomocy kol. J a n k o w s k i e g o, uspiwszy chorego chloroformem. Rzecz prosta, iż po operacji bóle natychmiast ustały, zwolna powrócił sen i apetyt a po dwóch tygodniach chory mógł powrócić do swoich zajęć. Zanotować tu tylko potrzeba, iż podczas wyluszczenia gałki przez owrzodzoną rogówkę wytrysnęła silnie przezroczystowodnista ciecz, a jak przekonaaliśmy się po anatomo-patologicznem zbadaniu gałki było to ciało szkliste (*synchisis*), wylaniu się którego sprzyjało nie tylko owrzodzenie rozmiękczonej rogówki, lecz i zupełny brak soczewki. Wyluszczone gałka oczna była zbadana po 3-miesięcznym leżeniu w spirytusie. Rozcięta w kierunku równika przedstawiła zupełny brak ciała szklanego (wyciekło podczas operacji) i soczewki; rogówka mocno zrosnięta z uległa zanikowi tęczęwka, w której można rozpoznać źrenicę w postaci owalnego otworu, brzegi którego naokoło przyrosnięte do rogówki; garbiec prócz rzeszkowej części gałki zajmował i górny brzeg rogówki; błony w tem miejscu silnie zrosnięte z sobą; w okolicy soczewkowej białe, dość mocne, fałszywe błony (*pseudomembranae*) powstałe w skutek przewlekłego zapalenia gałki i uformowane z tkanki łącznej; *proc. ciliares* wszędzie można rozpoznać w okolicy garbea nieco tylko uległy zanikowi. Siatkówka w tylnej części gałki dość zgrubiała, koloru białego i tu trudniej się oddziela od naczyniówki aniżeli w równikowej okolicy; kolor siatkówki w tej ostatniej okolicy brudno-popielaty, pochodzący ztąd, że przy oddzieleniu siatkówki od naczyniówki na tylnej jej stronie pozostaje mnóstwo barwnika, oddzielonego od warstwy barwnikowej naczyniówki. W naczyniówce na całej jej przestrzeni widać znaczną ilość rozmaitej wielkości plam czarnego barwnika, obok siebie leżących; barwnika najwięcej w okolicy równikowej i tylnej części gałki, gdzie niegdzie daje się spostrzegać i w rzeszkowej okolicy; na tylnej stronie naczyniówki widzialnych zmian tej błony nie dostrzega się gołym okiem, równie też nie widać białych plam wskazujących na zanik miejscowy naczyniówki. Mieliśmy przeto formę zapalenia tej błony znaną pod nazwą *chorioiditis disseminata*.

3) *Staphyloma sclero-chorioidae circumscriptum laterale. oc. sin. Eucleatio bulbi*. 55-letni furtyan szpitala św. Wincentego, Jan Król, prosił mnie o wyjęcie mu lewej gałki ocznej z powodu monstrualnej wielkości takowej i od czasu do czasu męczącego go bólu w tem oku i lewej połowie głowy. „Głowa od tego zdaje mi się być nie moja, a w oku czuje tępy ból, jakby do niego przywiązano kawał ołowiu”; ból odczuwał się nawet w podusznej okolicy tejże strony. Chory zaczął cierpieć na oko przed 12 laty w skutek zranienia gałki: podczas rabania drzewa obmarznięty sęk silnie weń uderzył, poczem powieki bardzo obrzękły; chory cierpiał 3 miesiące, lecząc się przeciwzapalnymi środkami. Po utracie wzroku zauważył, iż na gałce zaczął wyrastać błękitnawy guz, który się stopniowo powiększał, poczem chory zaczął doznawać w oku nieprzyjemnego uczucia ciężkości i bólu.

W przednio-górnej połowie gałki wyrastał ciemno-siny dość wyniosły guz, zajmujący całą przestrzeń między górnym brzegiem rogówki i poziomym poprzecznikiem gałki do równikowej jej okolicy. Wielkość guza równała się niewielkie-

mu kasztanowi. Napięty, elastyczny miał miejscami cieniutką białawą powłokę ścięzoną ad minimum białkówki z przyrośniętą do niej łącznicą, w której nie widać było nawet naczyń; jedna tylko znaczniejsza żyła przebiegała od strony nosowej między narością i brzegiem rogówki. Był to ograniczony garbiec białkówkowo-naczyniówkowy, powstały w przedniej rzeszkowej okolicy gałki ocznej. W skutek swej wielkości nie dozwalał zakrycia gałki powiekami, z których górna znacznie była rozciągnięta, a skrzywiając oś oczną ku dołowi (*scoliosis bulbi*), sam uwydatniał się pomiędzy powiekami, gdy tymczasem mętno-nieprzezroczysta i naczyniowata rogówka zakrywała się dolną powieką. W łącznicy oka najmniejszego przekrwienia, w ogóle żadnych ostro-zapalnych objawów w porażonej gałce nie wykryliśmy. Monstrualnie powiększona gałka oczna (*Megalophthalmus*) ogromnie specjała twarz chorego, oko miało wygląd jakby z niego wyrastał melanotyczny nowotwór.

Dnia 19 lutego uspiwszy chorego chloroformem, wyłuszczyłem gałkę oczną przy pomocy kol. J a n k o w s k i e g o w obec kol. J a n i s z e w s k i e g o i C h r z a n o w s k i e g o; unieruchomiwszy takąową ostrym haczykiem, wyciąłem za pomocą nożyczek C o o p e r a z torebki T e n o n a; podczas operacji przez otwory ukłóć w gałce, takowa prawie zupełnie wypróżniła się, ponieważ wypłynęło z niej wodniste ciało szkliste. Krwotok z oczodołu natychmiast ustał od zimnych okładów, do rany włożyłem szarpnię zmoczoną oliwą i *liq. sesquichlor. ferri*, zimne okłady i 2 proszki po $\frac{1}{4}$ gr. morfiny. W ciągu dwóch pierwszych dni operowany uskarżał się na ból głowy, lecz po zmianie opatrunku takowy ustał. Rana dobrze poczęła brodawkować i chory po dwóch tygodniach został wypisany ze szpitala. Po miesiącu zauważyłem, że górna powieka rozciągnięta poprzednio guzem, kolankowato skureczyła się w środku.

Ponieważ gałka oczna wypróżniła się podczas operacji, przeto rozmiary jej nie mogły być zmierzone; wszelako znacznie była powiększoną (*Megalophthalmos*) z powodu rozciągnięcia białkówki i uformowania się ogromnego garbca w rzeszkowej okolicy. Po przecięciu błon gałki w kierunku podłużnym przekonaliśmy się, iż z ciała szklistego nie pozostało; wodnistość oka była dość znaczną. Białkówka ogromnie cienka, bez tylnego garbca (*staphyloma posticum*). Naczyniówka poczynając od *ora serrata* do tarczy nerwu wzrokowego uległa znacznemu zanikowi, tak, że przez przezroczysto-szarawą błonę, pozbawioną prawie zupełnie naczyń i barwnika (z wyjątkiem chyba równikowej okolicy), bieje wewnętrzna strona białkówki, szczególnie w tylnej części gałki. Barwnika pozostało jeszcze dosyć od *ora serrata* do *proc. ciliares* i na tylnej powierzchni niezmięnionej wraz z źrenicą tęczówki. Siatkówka makroskopijnie zdawała się być niezmięioną. Garbiec zajmował okolicę kanału S e h l e m m'a, gdyż rozciągniętą była przestrzeń między rzeszkowym brzegiem tęczówki i oderwanemi od niej, usuniętymi w tylną 6—7 mm. *proc. ciliares*, które nie uległy zanikowi. Przezroczysta soczewka słabo się trzymała na swem miejscu i miała oryginalną formę, a mianowicie macieznego pessaryum, czyli lepiej 2-ch rogali zrośniętych ostremi swemi końcami; w środku takowe

go soczewkowego wałka istniała przezroczysta cienutka błonka (torebka) jakby oprawione okienko, mające długości 4 i szerokości 2 mm. Takie soczewkowe wałki, pochodzące od regeneracyi w równikowej okolicy torebki wydobytych u zwierząt soczewek, rysuje w swęj pracy „*De la régénération du cristallin chez quelques mammifères*” (1872) kol. Milliot. Czy w naszym wypadku kształt soczewki pochodził w skutek jej rezorbeyi, czyli, co prawdopodobniej, miała tu miejsce regeneracya soczewki po możebnym przed 12 laty traumatyczném wypadnięciu takowej przez białkówkową ranę?—kwestyę tę podniosłem, referując dopiero co wzmiankowaną pracę w „Służbie zdrowia”, (kwiecień, 1872) ¹⁾.

Pozostaje mi tylko powiedzieć słówko o nomenklaturze tego rodzaju garbców sklero-chorioidalnych. H a s n e r przednie białkówkowe garbce dzieli na 3 kategorie: 1) sąsiednie z brzegiem rogówki, w okolicy kanału S e h l e m m'a, 2) *staphyloma corp. ciliaris* w ścisłym znaczeniu i 3) *staphyloma chorioidae anticum*, t. j. garbce między *corp. ciliare* i *ornae serratae*. Wedle więc Haserowskiego podziału, nasz wypadek potrzeba zaliczyć do rzędu pierwszej kategorii.

L) Jaskra, zieleniak (*Glaucoma*).

Do dziś dnia etyologia tej choroby oczu pozostaje zagadkową. Ostatniemi czasy oftalmologowie zaczęli znowu zaliczać ją do chorób naczyniówki i dość ciekawą w tej mierze jest praca S i e h e l'a syna p. t. *La source intra-oculaire et la nature du Glaucome (Annales d'Oculistique Juillet-Août 1871)*. Opierając się na mikroskopijnych poszukiwaniach S e h w a l b e, autor podziela zdanie wypowiedziane przez A r n o l d a, iż między naczyniówką i białkówką istnieje prawdziwa *arachnoidea intracularis*, bardzo analogiczna z workami limfatycznymi. *Membrana suprachorioidea, lamina fusca* białkówki stanowi ściany worka nadnaczyniówkowego (*sac perichoroidien*), wysłane nadbłonkiem (*endothelium*) naksztalt błon surowicznych. Rzecz prosta, powiada S i e h e l, iż w takim razie w oku przy pewnych warunkach może powstać hypersekrecya płynu, jak to widzimy w oplucnej, błonie pajęczej, otrzewnej i błonach maziowych stawów. Surowiczą hypersekrecyę w glaukomatycznym oku przyjmowali już H a f f m a n s i D o n d e r s, lecz tłumaczyli ją n o u r o s a rządzących wydzieliną nerwów rzęskowych; G r ä f e zaś szukał objaśnienia jej w z a p a l n y m stanie przewodu uwalnego (*tractus uvealis*), jak to ogłosił w swém pamiętniku posłanym instytutowi Francyi (1857 roku). „Nakoniec, pisze S i e h e l—wszystkie chorobowe symptomata męczące glaukomatyków, tłumaczą się dziś jasno i dokładnie! Jakie świetne uznanie daje to teoryi G r ä f e'go, czyż to nie nowy dowód bystrości i sprawiedliwości jego zdania? Jego geniusz czyż nie wyprzedził mikroskopu?

¹⁾ M a c k e n z i e znalazł bardzo podobną formę częściowo zmętniałej soczewki w oku gilotynowanego przestępcy i w swém dziele odrysował takową. Soczewka jakby składała się z dwóch części, mających kształt małego bobu, łączących się z sobą na poziomej osi. Znacomity autor odnosi tę rzadką raz przez niego widzianą zmianę soczewki do przyrodniej jej anomalii.

Zo wszystkich patologicznych zjawisk nie uszło jego uwagi aż do samego miejsca hypersekreycyi; tak więc miał on zupełną racyę zaliczając jaskrę do *chorioiditis serosa*.¹⁾ Terapeutyczne działanie irydektomii autor porównywa do toracentezy przy wypocinach pleurytycznych i w ogóle do przekłóć i wypróżnień (*par l'aspiration*) wydzielin jam surowiczych. Wracamy więc do tego, że leczyć można jaskrę tylko wypuszczeniami cieczy wodnistej oka. Dobre rezultaty leczenia jaskry uwięzieniem tęczówki w ranie (*C o e c i n s*) t. j. za pomocą *iridencleisis* tłumaczy *S i c h e l* wyciekaniem płynu przez włosowatość lub gąbkowatość (*par capillarité ou par spongiosité*). *Q u a g l i n o*, zwolennik białkówkowej teoryi jaskry, nawet ogłosił dobre rezultaty leczenia jaskry przez jedno li tylko rozcięcie białkówki (*sclerotomia*) bez irydektomii¹⁾ (p. *Annali di Oftalmologia*, 1872, N. 2).^{*} Takim też terapeutycznym działaniem możnaby było tłumaczyć zalecaną tu przez angielskich lekarzy tenotomię rzeskowego mięśnia (*m. ciliaris*). W każdym razie irydektomia dziś mocno się trzyma, jako środek pewny dla zapobieżenia utraty wzroku w skutek jaskry. Na zeszłorocznym zjeździe oftalmologów w Heidelbergu traktowano gdzie korzystniej robić irydektomię czy na peryferyi rogówki, czy też przez białkówkę, jak to dziś zaleca bardzo *W e e k e r*, który sklerotomię przy jaskrze uważa także za główną operacyę, irydektomię zaś jako dodatkową dla zapobieżenia li tylko wypadnięciu tęczówki.

Będąc na klinicznych lekcyach i operacyach tego ostatniego (1869) przekonałem się, iż liniowy nożyk *G r a f e*'go dość często jest lepszym dla wykonania irydektomii aniżeli używane zwykle w tym celu lance. Nawet przy bardzo zwężonych komórkach i rozszerzonej źrenicy jak to ma miejsce przy glaukomacie, tęczówka i soczewka nie ulegają zranieniu, jak to nieraz obserwowałem przy użyciu lany; dołączmy do tego łatwe wypadanie natychmiastowe tęczówki, którą możemy wyciąć na znacznej przestrzeni i przytém do samego rzeskowego jej przytwierdzenia (jak to wymaga prawidło irydektomii przy jaskrze), a przekonamy się że tym sposobem operując przez białkówkę ułatwiamy technikę samej operacyi; pomijając nawet nierozstrzygnięte jeszcze twierdzenie niektórych oftalmologów, iż jakoby nie wycięcie kawałka tęczy, lecz rozcięcie białkówki i uformowany przez to t. z. *Filtrationsnarbe* jest w stanie polepszyć stan oka glaukomatycznego zmniejszając wewnętrzne ciśnienie (*Q u a g l i n o*), a co *G r a f e* przypisał jedynie zastosowanej tu przez niego irydektomii.

Podaję tu kilka moich obserwacyj dla przekonania czytelników o dopiero co przezemnie powiedzianém:

1-sza O b s e r w a c y a. *Glaucoma secundarium utr.*, o b u s t r o n n a i r y d e k t o m i a. W pierwszych dniach maja przybył do mnie z Końskiej-Woli Franciszek Bartuzi, stolarz 28 lat mający, skarżąc się na osłabienie wzroku i na silne bóle w gąłkach, dość często go męczące. Chory na artrytyzm i ból zę-

1) Ponieważ przez ranę w białkowce często wypada tęczówka, *Q.* zaleca do operacyi wkraplanie do oka kalabaru, jeśli pomimo to bywa *prolapsus iridis*, to odcina się kawałek takowej. Operuje krzywą lancą nieraz 2, 3 razy na jedném oku.

bów nie chorował, dopiero w roku zeszłym zaczął cierpieć na oczy; od czerwca na prawe, od września na lewe oko. Na obu rogówkach powstały najprzód plamy, co spowodowało osłabienie wzroku które stopniowo zwiększało się po każdym napadzie silnych bólów dosyć często objawiających się w gąłkach i nadoczodołowej okolicy. Bóle w prawej gałce dość znośne i od Nowego Roku wzrok więcej się nieco pogarsza, gdy tymczasem w lewem oku, w którym od Nowego Roku utracił zupełnie wzrok, bóle prawie są nieustanne, chwilami zwiększając się.

Oc. sin. W łącznicy i na białkowiec rozszerzone żyły, cokolwiek znieczulona rogówka w środkowo-dolnej części nieprzezroczysta i nieco uwydatniająca się (*leucoma prominens*); zrenica rozszerzona (7 mm.) i nie czuła na światło, koloru czarnego i bez przyrostów tęczówki. Ciałka szkliste trochę mętne, tak, że z trudnością dozwala widzieć dno oka: na tarczy nerwowej charakterystyczna glaukomatyczna wklęsłość (*excavatio*) z widocznym zanikiem nerwu, przytęm nieznaczne przekrwienie tarczy i siatkówki. Twardość gałki znacznie zwiększona (T. 2). Chory odróżnia zaledwo cień przedmiotu.

Oc. dxt. Nieznaczne przekrwienie białkówki, w dolno-wewnętrznej części rogówki mniejsza i mniej wypukła *leucoma* niż w oku lewem. Zrenica prawidłowej wielkości, ruchy ma dobre i bez przyrostów tęczówki. Na dnie oka też same charakterystyczne oznaki jaskry, lecz tylko w mniejszym stopniu aniżeli w lewej gałce. Napężenie gałki cokolwiek zwiększone (T. 1). Gołem okiem chory czyta N. 12 Sn. w odległości 1', szkła wypukłe nie polepszają wzroku, przeciwnie twierdzi, iż wklęsłe są lepsze, zapewne w skutek zwiększonej wypukłości rogówki; stwierdziłem słowa chorego iż przez poziomą szczelinę daleko lepiej widzi: czyta N. 6½ Sn., z trudnością nawet N. 5½. Pole widzenia zwężone w górnogwewnętrznej stronie, w odległości 2½' granica jego rozciąga się do 16—17 cent.

Zaproponowana choremu irydektomia została przyjęta, w lewem oku obiecałem tylko usunąć bóle, pochodzące od zwiększonego wewnątrzocznego ciśnienia, w prawem prócz tego miałem nadzieję polepszyć wzrok. Dnia 22 maja chory w tym celu przybył do szpitala św. Wincentego a Paulo, gdzie w obecności kol. Szmidta, Janiszewskiego, Jankowskiego, Tetza i Chrzanowskiego wykonałem irydektomię na obu oczach w górnej części i przytem *per scleram* liniowym nożykiem Grafego. Po przecięciu łącznicy i białkówki powstał natychmiast obfity krwotok z rany i znaczna *chemosis* jak to bywa przy wydobyciu zaemy tą drogą, następnie tęczowym pincetem odsunąłem płat łącznicowy ku dołowi i oczyszczywszy gałkę ranę ze skrzepów krwi, wypadniętą tęczówkę odejeliśmy krzywymi nożyczkami za pomocą trzech cięć, aby zapobiedz pozostaniu jej resztek w kątach rany, powstałe ztąd kolobomy tęczy były pożądaney wielkości; w komórce oka pozostało nieco krwi. Operacya była prawie niebolesna. Uciskająca opaska.

Dnia 23 maja. Po operacyi ból w gąłkach natychmiast ustał. *T. oc. sin.* = 1, *T. oc. dxt.* = n. (prawidłowa twardość). Krew z prawej komórki wessana, w lewej jeszcze ją widać. Lewa gałka przekrwiona, na prawej zaledwie widać czerwonosć w sąsiedztwie rany i poniżej rogówki, gdzie unieruchomiona była pincetem.

Dnia 24. Lekki ból w lewem oku, gałka mocno przekrwiona, komórka cała wypełniona krwią (*haemorrhagia intraocularis*). W prawem oku niewielkie przekrwienie łącznicy i białkówki. Uciskająca opaska, zimne okłady na lewe oko i atropina.

Dnia 25. *T. oc. dxt.* = 1 to jest gałka stała się miększą niż w normalnym stanie *T. oc. sin.* = n., chociaż komórka jeszcze wypełniona krwią. Bólu w gałkach najmniejszego. Niewielkie obrzęknięcie łącznicy (*chemosis*) w sąsiedztwie obu ran.

Dnia 26. Lewa komórka do połowy tylko wypełniona krwią, taka prędkość jej resorbcya zdaje się przemawiać, iż źródło krwotoku było w samej ranie, z kanału *S z l e m m a*, który daje dość często obfity krwotok przy rozcięciu białkówki w rzęskowej okolicy. Po kilku dniach w oku nie znaleźliśmy ani śladu krwi.

Dnia 3 czerwca wypisałem chorego w następującym stanie:

P r a w e o k o. Nieznaczne przekrwienie w sąsiedztwie dobrze zrosniętych i wcale nie uwydatniających się (co widocznem było pierwszych dni po operacyi) brzegów rany, pośrodku zabliznienia której widać niewielką czarną plamkę. Kolobomat tęczy do samego rzęskowego jej brzegu dość szeroki (6 mm.). *T. n.* czyta $N. 30_2$, *Sin.* w odległości 1° , a przez poziomą szczelinę (stenopieczno okulary) z trudnością nawet $N. 11_2$, *Sn.* Pole widzenia cokolwiek już się rozszerzyło.

L e w e o k o. Gałka w rzęskowej okolicy dość jeszcze przekrwiona, szczególnie w sąsiedztwie rany, gdzie widać nabrzmiałość łącznicy. Komórka oczyszczona z krwi, kolobomat zrobiony dość dobry. *T. n.*; wypukłość rogówki stała się prawidłową. Bole ustały zupełnie. Okiem tym odróżnia cien przedmiotów dość dobrze. Choremu zalecone konserwy i szukanie porady lekarskiej, skoroby tylko oczy tego wymagały, lecz do marca r. b. nie przyjeżdżał do nas, co pozwala robić przypuszczenie, że napadów glaukomatycznych więcej nie było u operowanego. W opisanym wypadku uważam jaskrę jako następczą po zapaleniu rogówki (*glaucoma secund. ex. keratitide*), chociaż takowa daleko częściej wywoływana bywa zapaleniem rogówki po przyrośnięciu do niej tęczówki (*synchia anterior, leucoma adhaerens*). Ciekawe w tej mierze uwagi znajdujemy w ostatniej pracy *G r ä f e*'go o jaskrze (1869). (*Dokończenie nastąpi*).

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

O leczeniu połogowego zapalenia obokmacicznego (*parametritis puerperalis*) za pomocą sublimatu.

Przez Dra T. G o s s m a n n'a, Assystenta kliniki położniczej Wrocławskiej.

Spółczył Dr Kazimierz Gurbki.

Ubiegłej zimy mieliśmy sposobność postrzegać cały szereg ciężkich spraw połogowych, przedewszystkiem zaś zapalenie połogowe obokmaciczne (*parametritis*) zwróciło najwięcej na się naszą uwagę. Liczba ciężkich wypadków była względnie wielką, a możnaby

nawet sprawę chorobową o której mowa uważać jako panującą epidemicznie, gdyż zapadały na nią położnice nie tylko w klinice ale i w mieście. Nie można było znaleźć w klinice przyczyn sprawy, należało więc jej szukać w stosunkach ogólnych, témbardziej, że i w innych szpitalach panowała błonica i róża przyrana. O zapobieganiu (*prophylaxis*) można było mówić o tyle, ile rodzące i położnice starano się umieszczać wśród najpomysłniejszych warunków. O ile możności najmniej wykonywano badania przez pochwę i umieszczano o ile to być mogło jak najmniej położnice w jednym pokoju i starano się o utrzymanie jak największej czystości; pokoje były przewietrzane i dostatecznie ogrzane. Pomimo tych środków ostrożności niekiedy z czterech położnic w jednym pokoju leżących zachorowało trzy; rozwiązanie lekkie lub ciężkie zdawało się nie wpływać na okres płożowy, gdyż rzecz dziwna, kobiety, które tylko przy pomocy ciężkiej operacji mogły być rozwiązane, były zdrowe lub zapadały tylko lekko—wyjawszy jednej położnicy z miednicą koksalgiczną, u której już po raz trzeci musiano wywołać poród przedwczesny; drugiej z miednicą w ogóle w wysokim stopniu zwężoną i niesymetryczną, u której objawy gorączkowe wystąpiły już w czasie trwania porodu, i u trzeciej z narostami kostnymi (*exostoses*) miednicy, u której te same znaki w tymże czasie się pojawiły. Ciężarne, u których nie można było nawet znaleźć niekiedy pęknięcia wędzidelka warg (*frenulum labiorum*), zapadały po większej części bardzo ciężko, a trzy nawet zmarły.

Nie można było przypuścić zakażenia (*infectio*) w samych salach, gdyż niekiedy kilka położnic, w jednej sali leżących, zapadało, podczas gdy inne były zdrowe.

Z tego więc powodu nie można było uciekać się do leczenia zapobiegającego (*cura prophylactica*) i trzeba było przystępować do leczenia już rozwiniętej sprawy chorobowej.

Pomiędzy 20 wypadkami ciężkiego zapalenia obokmaciecznego były dwa, które przebiegały bez żadnych powikłań. Obydwa te wypadki w krótkości poniżej przedstawię zamierzam.

1) J. R., drugi raz rodząca, wieku lat 28, przed półtora rokiem przebyła prawidłowo poród i połóg. W 40 prawie tygodniu obecnej bez zaburzenia przebiegającej ciąży przyjęta została do kliniki jako rodząca.

W 4—5 godzin po przybyciu a w 10—11 godzin po rozpoczęciu bólów porodowych poród się ukończył. Tylko na tylnym obwodzie wejścia do pochwy można było dostrzedz małe obrażenie z nabłonka, zresztą nigdzie nie można było znaleźć żadnego obrażenia; w czasie całego okresu porodowego dwa razy była przezemnie zbadana i to z największą ostrożnością. Dziecko było donoszone i dobrze rozwinięte; sama matka go nie karmiła. Ssutki lekko uciśnięto i ze strony tych narządów nie zauważono żadnych objawów chorobowych w czasie całego okresu płożowego.

W 20—30 godzin po porodzie spokojnie w łóżku leżąca położnica bez żadnej widocznej zewnętrznej przyczyny dostała dreszczów, po których wystąpiły dość obfite poty.

Godzina 6 wieczór. Tętno 120, ciepłota 39,7° (w dole pachowym). Pragnienie, brak apetytu i ciągłe bóle w okolicach biodrowych, środek podbrzusza był względnie niebolesny. Przez wiotkie pokrywy brzuszne można było wyczuć po bokach macicy bardzo bolesne więzy szerokie maciczne. Rozpoznano zapalenie (*phlegmone*) obydwóch więzów szerokich; kazano przystawić 10 pijawek na okolicę biodrową i zapisano sublimat w pigułkach, każda pigułka zawierała 0,01 gramma sublimatu ($\frac{1}{6}$ grana), ponieważ chora w nocy spała, zużyła więc tylko cztery pigułki.

Następnego dnia, t. j. 29 stycznia 1872 r. wszystkie objawy się nie zmieniły; tętno i ciepłota utrzymały się na tej samej wysokości co poprzedniego dnia wieczorem. Upust krwi nie wpłynął więc zupełnie na pomniejszenie gorączki, gdyż nie było nawet ранnego zwolnienia (*remissio*). Polecono dalej przykładac ciepły okład i podawać co godzina pigułki sublimatowe w powyższej dawce, ponieważ chora wyżyła już w ogóle 10 grammów sublimatu, zalecono podawać co dwie godziny po jednej pigułce.

Godzina 6 wieczorem. Tętno 124, ciepłota 40,5°. W nocy było kilka stolców. Rano dnia 30 stan ogólny już o wiele lepszy; bóle w brzuchu ustaly, gdy chora spokojnie leżała. W trzeciej części średniej żyły zaskórnej wielkiej (*vena saphena magna*) utworzył się zakrzep (*thrombus*), będący przyczyną znacznych bólów. Tętno 84, ciepłota 38,0°.

Dnia 31 stycznia. Brzuch na dotykaniu bardzo mało bolesny. Ssutki nieco obrzękłe i napięte. Tętno 88, ciepłota 38,7°.

Ponieważ nie było już teraz wskazania do używania sublimatu, zatem podawania takowego zaniechano. W przeciągu prawie 60 godzin chora wyżyła prawie 0,25 gramma sublimatu. Od 40 godzin nie było stolca. Wieczorem: tętno 98, ciepłota 38,7°.

W nocy było kilka obfitych wypróżnień, które chorą jednak niezbyt osłabiły.

Dnia 1 lutego brzuch nawet na ucisk był niebolesny; wysięk o wiele mniejszy; chora objawia chęć do jedzenia. Tętno 84, ciepłota 37,7^o, która wieczorem opadła do 37,3^o.

Następnego dnia stan chorej był jeszcze lepszym, a 3 lutego wysięk był ledwo wyczuwalny; obrzęk sutek zmniejszył się; przy ucisku na przebiegu żyły zaskórnej chora skarży się jeszcze na ból. Apetyt dobry; pozostałe czynności ustroju odbywają się prawidłowo.

12-go dnia po porodzie a 11 po rozpoczęciu się sprawy chorobowej o której mowa chora zdrowa w pisaną została z kliniki.

2) V. W., 23 lat licząca pierwiastka, bardzo silna i dotąd zupełnie zdrowa po 17³/₄ godzinnej pracy porodowej urodziła prawidłowo, międzykrocze (*perinaeum*) jednak uległo rozdarciu, zaraz po porodzie brzegi rany połączone szwami. W celu wstrzymania stolca podano położnicy dwa razy w dzień po 10 kropli nalewki makowcowej.

Drugiego dnia to jest 5 marca r. b. dostała chora silnego dreszczu, po którym obfitym oblała się potem; zaraz pojawiły się silne bóle w okolicy podbrzusnej, zwiększając się przy nacisku. Macica kureczyła się za najmniejszym dotknięciem a po obydwóch jej stronach można było wyczuć powiększone więzy szerokie. Tętno 136, ciepłota 40,0^o. Zapalenie macicy (*metritis*) i obokmaciczne obustronne (*parametritis duplex*). Leczenie tak jak i w wypadku poprzedzającym: 10 pijawek na okolicę podbrzuszną, ciepłe okłady i sublimat do wewnątrz, z początku co godzina pigułkę a następnie co 2 godziny; każda pigułka zawierała 0,01 (¹/₆ grana) sublimatu.

Wieczorem tętno spadło do 124 uderzeń, a ciepłota obniżyła się do 39,5^o, pozostałe objawy niezmiennione.

Dnia 6 marca żadnej zmiany. Tętno 116, ciepłota 38,8^o. Wieczorem: tętno 116, ciepłota 39,0^o.

Dn. 7 marca rano: tętno 108, ciepłota 37,8^o. Dotąd położnica wyżyła 0,15 sublimatu, stolca jednak nie było, ponieważ zaś obecnie nie było wskazania do podawania tego środka, zatem na 12 godzin go odstawiono, z uwagi jednak, że wysięk był jeszcze znaczny, dalej go następnie podawać zaczęto.

Dnia 8 marca napad gorączki znowu się powtórzył, przebiegał on tak samo jak pierwszy i teraz ten sam sposób postępowania stosowano.

D. 9 marca. Przez cały czas trwania drugiego napadu gorączki chora wyżyła w przeciągu 4 dni 0,3 grm. sublimatu, który następnie odstawionym został.

Wkrótce po przejściu owego napadu (11 marca) chora objawiła chęć do jedzenia; wypróżnienia stolcowe były wolne i niezbyt częste.

Po kilku dniach wystąpił znowu lekki napad gorączki, który dzień trwając dobrowolnie sam się zakończył.

Czternastego dnia po porodzie a 15 po wybuchu sprawy chorobowej wysięk nie był już więcej wyczuwalnym. Rozdarcie międzykrocza zrosło się *per primam*, a 5-go dnia po porodzie szwy zostały oddalone.

W obydwóch wypadkach nie postrzegaliśmy ślinotoku (*salivatio*), ani też innych objawów ze strony żołądka i kiszek.

Obydwa te wypadki z uwagi na ich najwyraźniejszy przebieg przytoczyliśmy i zaznaczyć tylko wypada, że wszystkie pozostałe wypadki zapalenia w mowie będącego, pojawiające się same lub też wraz z zapaleniem macicy, przy leczeniu powyżej opisanym przebiegały w podobny sposób.

Jeżeli sprawa chorobowa pojawiała się w pierwszych 5 dniach po porodzie, wtedy pierwszy napad gorączki był szczególnie gwałtowny, w przeciągu jednak od 4—6 dnia od wybuchu choroby ciepłota i tętno powracały do stanu prawidłowego, chociaż wysięk jeszcze nie zniknął. Zwykle jednak w 10—15 dni po wybuchu sprawy chorobowej i wysięku nie byliśmy w stanie wykazać.

Wszystkie położnice, które wcześniej po porodzie zapadały, z wyjątkiem 3, w których do zapalenia w mowie będącego wkrótce przyłączyło się śmiertelne zapalenie otrzewnej—w przeciągu od 10—17 dnia po wybuchu choroby wypisywane były zdrowe z kliniki; niektóre cierpiące na przewlekłe choroby płuc, lub też które zapadły na jaką inną ostrą chorobę, pozostawały dłużej w zakładzie.

Jeżeli sprawa chorobowa poczynała się później jak 7 dnia po porodzie, wtedy ciągnęła się 3 a nawet 4 tygodnie. Czy szybsze wessanie wysięku przy wcześniejszym zapadaniu lub powolne przy późniejszym zależy w pierwszym razie od surowiczobiałkowej na-

łury wysięku a w drugim od ropnowłóknikowej, lub czy w pierwszym razie przyczyną przedszego wysiania jest szybka inwolucya części rodnych, tego nie umiem powiedzieć, gdyż nie było dostatecznej ilości danych, poczerpniętych z oględzin pośmiertnych. Ze przy wcześniejszem zapadaniu wysięk łatwiej może być wykazany, nawet tylko od zewnątrz, podczas gdy u położnic, które zachorowały później, często wysięku od zewnątrz wyczuć nie można, a dopiero przy badaniu przez pochwę można się upewnić o jego obecności, zależy to od różnej wysokości położenia macicy, w szczególności zaś więzow szerokich w pierwszych i następnych dniach po porodzie.

Wraz ze zniknięciem wysięku opuszczała się coraz niżej wysoko nad spojeniem łonowem wyczwalna macica, tak że w końcu po za spojenie zupełnie nie wystawała.

Przy sposobie leczenia wyżej opisanym, czy sprawa poczynała się wcześniej lub później, zawsze tętno i ciepłota powracały do wysokości prawidłowej, niekiedy jednak pomiędzy 7—10 dniem pojawiał się jeszcze jeden napad gorączki, trwający od 1—2 dni. Zwykle napad ten wkrótce przemijał, często nawet bez żadnego leczenia.

Jeżeli z jakiegobądź przyczyny po odstawieniu sublimatu—podawaliśmy zwykle 10—20 pigulek w przeciągu 24—48 godzin, poczem zawsze o tyle gorączka się pomniejszała, ile że podawania sublimatu można było zaprzestać—stolec był nieregularny, wieczorem dawano 10 kropli nalewki makoweowej, a rano dnia następnego pełną łyżkę stołową oleju rycinowego. Ciepłe okłady dotąd przykładano, dopokąd trwała bolesność podbrzusza.

W celu dowodnego przekonania się, że sublimat ma rzeczywiście wpływ na przebieg zapalenia obokmacicznego, w lżejszych wypadkach tej sprawy chorobowej nie podawaliśmy w mowie będącego środka, lecz ograniczaliśmy się na pijawkach, kąpielizmach i środkach przeczyszczających, wieczorem zaś stale dawano 10 kropli nalewki makoweowej; w niektórych wypadkach nie przystawiano wcale pijawek, w innych znów podawano sublimat i przykładano tylko ciepłe okłady.

Okazało się, że lekkie wypadki wszystkie zakończyły się pomyślnie, objawy jednak gorączkowe i wysięk w obec podawania sublimatu daleko szybciej znikaly. Dłuższe trwanie gorączki i dłuższą obecność wysięku postrzegaliśmy w 2 lub 3 cięższych wypadkach, w których sublimat musiał być odstawiony, gdyż po małych już dawkach takowego pojawiły się obfite biegunki i ślinotok.

W większej jednak liczbie wypadków przy większych dawkach sublimatu nie pojawiały się ani ślinotoki, ani biegunki lub objawy ze strony żołądka. Zwykle wkrótce po przejściu napadu gorączkowego apetyt był bardzo dobry; a nawet w najcięższych wypadkach jak np. w dwóch powyżej opisanych, nie było zupełnie objawów przesylenia ustroju ręcją.

Podawania kalomelu, którego w początku zimy i dawniej w pewnej liczbie podobnych wypadków używaliśmy, zaniechaliśmy zupełnie, gdyż wywoływał on względnie wcześniej obfite biegunki, chociaż mieszano go z makowcem, a nie wpływał na skrócenie przebiegu sprawy chorobowej o której mowa.

Opierając się więc na doświadczeniu zeszłej zimy nabytym, jestem przekonany, że sublimat łatwo się znosi i skraca przebieg zapalenia obokmacicznego i zapalenia macicy, jak również przyczynia się do przedszego wessania wysięku, jeżeli jest podany zaraz po wybuchu choroby, ztądto słusznem i zupełnie usprawiedliwionem jest zalecanie tego środka w podobnych wypadkach spraw chorobowych, które tutaj opisaliśmy.

STATYSTYKA LEKARSKA.

Z powiatu Grójeckiego.

Zebrał Władysław Lapiński, lekarz tegoż powiatu.

(Dokończenie).

Ospę ochronną zaszczipiono po raz pierwszy nie tylko małym dzieciom, lecz i robotnikom mającym od 20—60 lat wieku a pracującym w fabryce cukru Czersk (gmina Jasieniec), którym, jak się okazało przy rewizyi, ospa przedtem wcale szczepioną nie była; nadto starszym dzieciom, które raz już miały ospę szczepioną, powtórnie zaszczipiono. W ogóle za-

szczepiono po raz pierwszy i powtórzono szczepienie 2202 dzieciom i osobom; w tej liczbie z dobrym skutkiem u 2073, z wątpliwym u 79, nieprzyjęła się u 50.

W roku zeszłym zrewidowano 312 kobiet publicznych i o tajny nierząd przez policję podejrzanych, pomiędzy którymi znaleziono 4 dotknięte przymiotem (*sypilis*) i odesłano je na kurację do miejscowego szpitala w Grojeu.

Mięsa zepsutego znalezionej u rzeźników, zniszczono w ciągu roku 181 funtów, zgniłych ryb 32 1/2 funtów, niewypieczonego chleba i bułek zabrano u piekarzy 147 funtów a u przekupniów 3 korce niedojrzałych owoców. Tak chleb jak i owoce odesłano do miejscowego szpitala w Grojeu.

Sekeyj na osobach zmarłych wykonano 17, a mianowicie: śmierci z powieszenia 3, skutkiem spadnięcia i zgniecenia 1, z utopienia 2, z zaduszenia 2, z otrucia organicznemi truciznami 1, niezwyrodnionych 1, z zapalenia 3, z apopleksji organów wewnętrznych wyrażonej wylewem krwi 2, wyrażonej przekrwieniem 3. W tej liczbie było: samobójstw 3, zabójstwa 2, dzieciobójstw 1, śmierci nieumyślnej i przypadkowej 4, skutkiem chorób 7.

Świadcstw co do stanu zdrowia wydano 144, a mianowicie: co do chorób 37, co do ciąży 2, co do ran 29, co do stłuczeń i innych obrażeń 76.

Lekarzy w powiecie było trzech, t. j. lekarz powiatu, lekarz szpitala S-go Piotra w m. Grojeu i lekarz wolnopraktykujący; wszyscy trzej zamieszkali w m. Grojeu. Akuszerki 5, a mianowicie: w Grojeu 2, w Mogielnicy 2, w Przybyszewie 1. Wykwalifikowanych babek wiejskich 2, t. j. w osadzie Błędów 1 i we wsi Żalęże-Duże (gm. Konie) 1. Felezerów 14, pomiędzy niemi dwóch w służbie rządowej t. j. felezer powiatu i felezer przy szpitalu S-go Piotra, obaj w Grojeu zamieszkali; wolnopraktykujących felezerów 12, a mianowicie: w m. Grojeu 2, osadach: Tarczynie 2, w Mogielnicy 2, w Przybyszewie 1, w Błędowie 2, w osadzie fabrycznej Czersk 1, w Goszczynie 1 i w dobrach Mała-wieś (gmina Bielsk) 1. Pomiędzy niemi pryncypałów izb felezerskich 6, starszych felezerów 6, młodszych felezerów 2.

W szpitalu S-go Piotra w m. Grojeu chorych było:

	Wojskowych	Cywilnych.				Razem.
		dorosłych.		dzieci.		
		M.	K.	M.	K.	
Dnia 1 stycznia 1871 r. było w szpitalu.	7	14	12	2	"	35
Przybyło w ciągu roku	52	166	98	14	5	335
Razem.	59	180	110	16	5	370
Ubyło w ciągu roku:						
1) Wyzdrowiałych	43	76	56	8	4	187
2) Wypisanych:						
a) Niezupełnie wyzdrowiałych.	7	74	29	2	1	113
b) Przeniesionych do innych zakładów	"	"	"	"	"	"
3) Zmarłych	2	20	16	5	"	43
Razem ubyło.	52	170	101	15	5	343
Pozostało na rok 1872	7	10	9	1	"	27

Chorzy ci przebyli w szpitalu dni 9036 a mianowicie: wojskowi 1651, cywilni 7385.

Srednia dzienna ilość chorych 24,7, podług etatu powinno być 30. Procent śmiertelności wynosił 8,6%. Każdy chory średnio przebył w szpitalu dni 24,4.

W powyżej wymienionej liczbie chorych syfilitycznych było formy pierwotnej: a) mężczyzn —, b) kobiet 6, c) dzieci —; formy wtórnej: a) mężczyzn 2, b) kobiet 3, c) dzieci —; razem 13. Z tej liczby wyzdrowiało: mężczyzn 2, kobiet 9, dzieci 2; razem 13.

Utrzymanieienne jednego chorego wynosiło 46,6 kop. a mianowicie: żywność 13,3 lekarstwa 3,9, inne potrzeby 29,4 kop. Dochód szpitala wynosił rsr. 5240 kop. 9 i pół, rozchód zaś rsr. 4824 kop. 70.

Choroby leczone w szpitalu św. Piotra od 1 grudnia 1870 do 1 grudnia 1871 r. były następujące:

	Pozost.	Przyb.	Wypisał.	Zmarło	Pozostaje
1. Gorączki kataralne, reumatyczne i gastryczne	„	7	7	„	„
2. Zimnica	„	9	9	„	„
3. Tyfus i gorączki tyfoidalne	1	29	22	7	1
4. Biegunka krwawa	„	1	1	„	„
5. Biegunka śluzowa i żółciowa.	„	2	1	1	„
6. Zapalenie opon mózgowych i mózgu	„	1	1	„	„
7. Zapalenie rdzenia pachowego.	„	1	1	„	„
8. Zapalenie oczu	„	1	1	„	„
9. Ostry katar oddech. organ. i grypa (<i>influenza</i>)	1	23	21	3	„
10. Zapalenie gruczołu przyusz. (<i>parotitis</i>).	„	1	1	„	„
11. Zapalenie gardła (<i>angina</i>).	„	6	6	„	„
12. Dławiec i błonica (<i>croup et diphtheritis</i>)	„	1	1	„	„
13. Zapalenie płuc i opłuc., zapal. serca i naczyń	1	27	19	4	5
14. Zapalenie organów brzusznych	„	22	16	3	3
15. Zapalenie narzędzi moczowych i płciowych	„	8	6	1	1
16. Róża (<i>erysipelas</i>).	„	3	3	„	„
17. Odra (<i>morbilli</i>)	„	1	1	„	„
18. Chroniczny katar kiszek	„	3	3	„	„
19. Gruźlica (<i>tuberculosis</i>)	1	5	2	4	„
20. Organiczne choroby przyrządu oddechowego.	1	2	2	„	„
21. Organiczne choroby serca.	„	1	„	1	„
22. Reumatyzm i artrytyzm	„	7	7	„	„
23. Puchliny	„	14	5	8	1
24. Chroniczne wysypki	„	1	„	„	1
25. Wrzody atoniczne	1	11	8	„	4
26. Choroby weneryczne	2	11	11	„	2
27. Czarna krostka (<i>pustula maligna</i>).	„	1	1	„	„
28. Świerzba	1	36	36	„	„
29. Obłąd pijacki (<i>delirium potatorum</i>)	„	1	„	„	1
30. Znieczulenia, nerwobóle i choroby drgawkowe	„	2	2	„	„
31. Padaczka (<i>epilepsia</i>).	1	4	3	1	1
32. Apopleksya i różne formy paraliżu.	1	9	5	3	2
33. Miejscowe choroby przyrządu słuchowego	1	2	1	2	„
34. Miejscowe choroby narzędzi płciowych	„	3	3	„	„
35. Miejscowe choroby wielkich stawów	„	1	„	„	„
36. Stłuczenia (<i>contusiones</i>).	„	34	27	2	5
37. Rany cięte i postrzałowe	3	„	3	„	„
38. Złamania	1	9	10	„	„
39. Zwichnienia	„	1	1	„	„
40. Przepukliny (<i>herniae</i>)	„	2	2	„	„
41. Oparzeli	„	4	4	1	1
42. Odmrożenia	„	3	3	„	„
43. Zapalenie tkanki łącznej podskórnej, ropnie zwyčajne i przerzutowe	1	15	15	1	„
44. Wąglik i czyrak (<i>anthrax et furunculus</i>)	„	1	1	„	„
45. Próchnienie i zgorzel kości	2	1	4	1	1
46. Otrucia.	„	1	„	1	„
47. Choroby zapalne poporodowe	„	1	1	„	„
48. Umierających (<i>moribundi</i>).	„	5	„	5	„
Razem	19	347	283	51	32

W całym powiecie znajduje się jedna tylko apteka w m. Grojcu, należąca do p. Stanisława Hildebrandta, w której przez rok 1871 wyekspedyowano 3722 recept.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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

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