

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: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Dławiec (*croup*), przecięcie tchawicy (*tracheotomia*), wyzdrowienie. Spostrzeżenie Dra W. Grochowskiego (z Kaluszyna). (Dokończenie). 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 Odessie. (Ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. O zależności typu gorączek bagiennych od daty początku zakażenia. Przez Dra L. Collin, prof. w Va-le-Grâce. Wiadomości bieżące. Wypadek pęknięcia pęcherza moczowego. Przecięcie nerwu trójdzielnego. O zapaleniu szyjki pęcherza moczowego i jego leczeniu. Biodroból nerwowy. Fosfor w chorobach skórnych. O powstawaniu odleżyn po wewnętrznem użyciu wodoru chloralu. Słownik Lekarski. Nowo kreowani lekarze medycyny. Dodatek. Farmacyi T. III ark. 33. Pediatrii ark. 32 i 33. Balneologii ark. 8. Anatomii Opisowej ark. 34. Tytuł dzieła i spis rzeczy Policji Lekarskiej T. I. Patologii Ogólnej ark. 20.

Dławiec (*croup*), przecięcie tchawicy (*tracheotomia*), wyzdrowienie.

Spostrzeżenie Dra W. Grochowskiego (z Kaluszyna).

(Dokończenie *)

Zdaje się, że po takim streszczeniu dostatecznie uwydatnił się pomysłny przebieg wyżej umieszczony, chociaż zarazem następczą się niektóre wątpliwości co do wyraźnego oznaczania dławca, jego charakteru a także względem wskazań i wykonywań operacyi. Carypka sama nie jest zapowiedzią tej choroby, nieżyt bowiem krtani cechuje się tymże objawem, choć niektórzy praktycy: G r i s o l l e s posiadają jakoby tajemnicę rozróżnienia dźwięku i oddzielenia procesu chorobnego. Według nich w nieżycie głos ma zwykłą moc dźwięku, przeciwnie w dławcu jest słabszy; nie mówiąc już o kaszlu, w pierwszym cierpieniu dźwięcznym, w drugim zaś przygluszonym, jako też i gorączce. Nie w każdym wypad-

*) Patrz Nr 40 Gaz. Lek.

ku można to zastosować, czystość głosu dzieci zazwyczaj jest nieznana, często nie dadzą się namówić do wydania go, pozostaje więc wierzyć otaczającym i oznaczać chorobę. To ostatnie stosuje się do wyżej nadmienionej chrypki tego chłopca, którą rodzice zauważyli zaraz po zaziębieniu, my zaś stwierdzić nie byliśmy w stanie pomimo dość długiego badania. Pr. H. H a r t s h o r n e (*Essentials of the principles and practice of medicine*, 1867 r., Philadelphia) uważa różnicę wrzekomobloniastego dławca od nieżytego tylko w stopniu i zakończeniu procesu, z pewnością zatem nie można oznaczać w początku. Prof. R o s e, (Wykład chorób krtani i oskrzeli, 1868) wspomina o niemożności odróżnienia w pierwszych chwilach ostrego nieżytu krtani od dławca, rozumie się bez widocznych oznak w gardle. Mimo to droga doświadczenia lekarskiego ujawniła tę różnicę, gdy bowiem środki napotne nie zrobiły ulgi lecz nawet pogorszyły, w czasie kilkunastu godzin już rozpoznanie dławca było widoczne. Czy sposobem T h u i l l i e r (*Essai sur l'angine oedematense*, 1815) śledząc palcem samą krtani i głośnię nie można ułatwić rozpoznania? pomimo starań sprawdzić nie mogłem, choć autor podał pewne w tym względzie wskazówki. B e n n e k e (*Falle von Croup und Pseudo-Croup bei Kinder Greisw. und Beitr.* 1869), także prof. M e r k e l w Lipsku, L e w i n i inni radzą badać wziernikiem nawet u dzieci u niej niż 5 lat mających, lecz to jest niepraktyczne i rzadko da się wykonać. Pozostaje więc cząstka wypociny krupowej jako oznaka pewna dławca, tak bowiem podają T r o u s s e a u, N i e m e y e r i inni, pierwszy uważa kaszel, chrypkę jako objawy obrzmienia zdwojeń nagłośnio nalewkowych, drugi zaś wspomina, że to jest znak patognomiczny, jak odpływ śluzu z nosa dla nieżytu. Jenakże spostrzeżenia codzienne wykazują, że przy oglądaniu gardła nie każde szare, żółtawe lub białe plamki na migdałach, języczku należy uważać za rzetelny objaw dławca, wytwory bowiem nieżytowe i dyfteryczne podobnie się przedstawiają. Lecz porównywając okaże się, że kataralne są więcej okrągłe, małe, błyszczące bez ostrych brzegów znajdują się w zagłębieniach migdałów, oddzielone mają kształt kłębków. Błonicowe okazują większe szarawe smugi niby pleśń, ostro odgraniczone, matowe, łuskowate, z trudnością oddzielające się, poezem według prof. O p p o l z e r a przedstawiają pełzające nadżarcia, jak drogi wyrobione przez móle w sukniach, widoczne są na podniebieniu, języczku, w gardle, w nosie i wszędzie gdzie brak zewnętrznej warstwy nabłonka lub naskórka. W naszym wypadku kosmki blony białawe, luźno się trzymające migdałów, zostały badane rozcieńczonym kwasem octowym dla odróżnienia od nieżytych wydzielin, w którym te ostatnie ściągają się i są gęstsze, przeciwnie wypociny dławca pęcznieją, co i tu miało miejsce. (Nie od rzeczy będzie wspomnieć, że tacy jak: B a m b e r g e r i Pauli L u z s i n s k y a także autorowie francuzey z wyjątkiem B a r t h e z, B e r g e r o n i S o m m e s (*Etude sur le croup après la trachéotomie*, 1869) uważają błoniec i dławiec za różnice tego samego procesu, B a m b e r g e r wykazując liczne stopnie przejściowe dochodzi do wniosku, że nie ma odgraniczenia między zapaleniem krupowem i dyfterytycznem.

Droga doświadczenia wspierając się na danych anatomicznych okazuje różne postacie przejściowe dławca, lecz nie błonicy, raz napotyka się drobne ni-

teczki włókniaka, zawierające znaczną ilość luźnych komórek nabłonka, inną razą grubość warstwy dochodzi kilku milimetrów. Często zeszkrobać się nie daje, pochodzi to od różnej gęstości, zawsze jednak nabłonek jest tylko dotknięty bez naruszenia właściwej warstwy śluzowej, co nawet na oko można odróżnić. Zresztą charakter błonicy zaraźliwy a przytęm pojawianie się epidemiczne lub w przebiegu innych chorób zarazkowych jak durzycy, płonicy, ospy i t. p., nakoniec jej zakażenie ogólne ustroju jest dostateczną wskazówką do oddzielenia od dławca. Badanie skręplności krupowych na wodzie, oraz słuchanie oddechu na krtani są dwie rzeczy mało jeszcze wprowadzane do rozpoznania umiejscowienia choroby, choć rzeczywista ich wartość jest widoczna, z tem bowiem łączy się leczenie dławca miejscowe. Przy łatwem oddzielaniu się błon wrzekomych, często całe odlewy wnętrza krtani pływają po wodzie, jednak to zdarza się rzadko, a natomiast przy mocnem zlepieniu trzeba zadawałniać się małemi cząstkami oderwanemi przy wymiotach z krtani, z gardła, wraz ze śluzem żołądka, dróg powietrznych, śliną i pokarmami. Przy rzuceniu na wodę śluz żołądkowy jako gęstszy, (półprzezroczysty, szarawy a nigdy białawy) tonie lub zanurza się, czasem rozciąga się na gałązki, ma nibyto wejście błoniaste, próba odezynnikowa w razie wątpliwości rozstrzyga. W przebiegu powyższym dławca dostrzegano płwocinę śluzową lub ropną, zabarwioną krwią lub same skrępy krwi zmieszane z wypocinami krupowemi, lecz rzut oka na owe kłębiaste masy dostatecznie je odróżnia na wodzie, pierwsze bowiem mają kształt uformowany, kolisty, gdy biaława masa dławca rozwija się na błonę. Można też rozciągać igłami rozpulchnione masy, gdy tymczasem bardziej oporna, sprężysta jest wypocina, zawsze jednak ustalenie rozpoznania wymaga uwzględnienia kaszlu, głosu i oddychania, nawet badania drobnowidzem.

Co do słuchania oddechu na krtani za pomocą stetoskopu dla oznaczenia miejsca, gęstości i grubości warstwy włókniakowej, to pierwszy prof. J a c k s c h' s w Pradze zwrócił na to uwagę, odróżniając normalnie szmer rurowy (*Rohrengeräusch*) w drogach oskrzelowych, w głośni zaś szczelinowy (*Spaltengeräusch*), B a u m g a r t n e r udowodnił przy napadzie dławca zbliżenie strun głosowych ku sobie i na wewnątrz, szczególnie przy oddechu nagłym i często powtarzającym się, ztąd szmer zwykły chuchający zmienia się na suchy czyli trący, dłużej trwały, głośniejszy, co inni badacze stwierdzili jak M ö l l e r, S c h u l z, S e u d l e r, F o e k (*Deutsche Klinik*, 1859, N. 23). (Pierwszy z nich wyraźnie podaje (*35 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte*, 1860, *Königsberg*), że przy takim oddechu krtaniowym zaledwie był słyszalny szmer pęcherzykowy płucny, co w naszym wypadku także ocenionem zostało a po tracheotomii w innym znowu wypadku przy infarkcie hemoragicznym był oddech oskrzelowy, choć w krtani nie było). Stan więc wewnętrzny krtani doskonale oznacza szmer słyszalny i tak przy skurczu głośni jest świszczący, toż samo przy obrzmieniu i ściślejszej warstwie krupowej, przeciwnie chrapliwy przy obezwładnieniu strun głosowych lub odrywania się błon.

W czwartym dniu po operacyi pokarmy swobodnie przechodziły przez głośnię, prof. R o s e zalicza to powikłanie do gorszych, Dr P i r o g o w w woj-

skowej chirurgii uważa podobnie, wszystko to jest względne, zależy od sił chorego, zhowia ogólnego i sprawy miejscowej. Już Rokitansky znalazł mięśnie pod pokładami mass krupowych, służące do naprężania strun głosowych (*M. aryt. post.*) przesiąknięte płynem surowicznym, wątle i blade, ztąd Niemeyer osądził je za niezdolne do kurezenia. Trousseau, Lasagne, Morisseau, Gubler, Weber, Maningault przytoczyli dużo przykładów takiego obezwładnienia; według dochodzeń Donders'a nad epidemią błonicy i krupu żaden z mięśni nie był zupełnie sparalizowany, chorzy zatem zdrowiejąc pozbywali się duszności i nabierali głosu co i tu miało miejsce. Wspomniane leczenie miejscowe szczególnie uprzedzające (*abortive*) przez wstrzykanie wewnątrz głośni szprycą Pravaz'a roztworu potażu gryzącego (5 gr. na 3j) było wykonane kilkakrotnie z różnym szczęściem, lecz brak jeszcze dostatecznej liczby spostrzeżeń. Co zaś do rurki Bouchut (*Tubage de la glotte*) tak zalecaniej w praktyce prowincjonalnej przez autora a nawet potrzebnej u nas, z przyczyny upowszechnionego przesądu do operacyi, to trzeba się zgodzić z wyrokiem kommissyi złożonej z Nelon, Blache i Trousseau, że jedynie opóźnia napady zaduszania, jeśli da się wprowadzić i utrzymać, nie może jednak zastąpić tracheotomii. Nawet przy użytem wstrzykiwaniu płynów rozpuszczających błony jak chloranu i węgla potażu i sody (Loiseau, Séé, H. Green, Barthéz) nawet do 3jż. w stężeniu 1 : 20, nie następuje prędka ulga. (Rada lekarski Möller w Królewcu na 35 posiedzeniu lek. niem. 1860 r. czytał rzecz: *Ueber Bouchut's Tubage beim Croup* w której przyszedł do wniosku, że korzyści uratowania przy tém leczeniu są jak 1 : 4 co równa się z tracheotomią, przy zwykłym postępowaniu śmiertelność wynosiła 76% z 1141 wypadków leczonych (Olishausen, Bohm, Samuels i inni). (Operacye zaś 11 wykonane razem z prof. Burów zakończyły się śmiercią, to było powodem silnego popierania tego sposobu). Zważywszy na trudność przy wprowadzaniu rurki okrągłej do wąskiej przestrzeni podłużnoowalnej a nawet podobnej do zwykłego lanceta przy wydawaniu głosu lub mocowaniu, gdy chrząstki nalewkowe zbliżają się do siebie a są bardzo małe, okaże się małe zastosowanie. (Sam Bouchut w *Union médicale* uskuteczniając odlewy z gipsu lub z wosku szpary głośni oznaczył leczebnie wymiary: u chłopca dwuletniego objętość 14½ mm., co odnosząc do koła wypada 4½ mm., u dziewczynki rok i 2 miesiące 20 mm. a zatem rurka będzie 6½, lepiej należało zastosować kształt narzędzia). Sam używam rurki sprężystej lub moczociągu męzkiego odpowiednio zgiętego, upiłowanego tepo i splaszczonego elipsoidalnie, dostęp powietrza jest doprowadzony, nawet głos odzyskuje brzmienie, lecz błony wrzekome zaledwie przez wciąganie ustami wchodziły do rurki, a nigdy dłużej pozostać ona nie mogła nad pół godziny, co jest niepraktyczne. Mimo dobroczynnych skutków tracheotomii, codziennie wzrastających, znajdują się głosy poważne wykluczające ją z rzędu operacyj i tak: Sedillot (*Traité de Médecine opératoire 1855*) wykazuje tenże sam stosunek wyleczenia przy działaniu wewnętrznymi środkami. Vacher (*Statistique de la trachéotomie 1867*) podaje, że bez tracheotomii 1 : 4,6 a z operacyi 1 : 3½, Rillie podobnie. Jeden z profesorów b. Szkoły Głównej za-

chwał ją do wydobywania ciał obcych lub przy zarośnięciu szpary głośni, przy dławcu zaś uważał za bezcelową a wypadki szczęśliwe przytaczane odnosił do błędów rozpoznania. Zdaje się że takie postępowanie wynika z niewczesnego zastosowania operacyi, gdy sinica i znieczulenie wystąpiło, co przynajmniej w mojej praktyce okazało się zawsze śmiertelne.

Chwila więc operacyjna wyłącznie wpływa na udanie się tejże. Ząd T r o u s s e a u radzi nie tracić czasu na próżne leczenie wewnętrzno; po pierwszym napadzie zaduszenia wykonać ją. L e b e r t upewnia, że przy szybko występującym dławcu po paru godzinach trzeba bezzwłocznie operować. Wreszcie autorowie R o s e r i P i t h a uważając operację za najpewniejszy środek ustrzeżenia zaduszania polecają przed rozwinięciem tegoż, prof. R o s e liczy na dobry skutek wtedy, zanim złowrogi okres adynamii się rozwinię. Wszystko to jednak nie dobrze rzecz określa, lepiej zwrócić uwagę na ulgę niesioną choremu przez środki wymiotne, jeśli one zawodzą, to jest nie odrywają błon wrzekomych, należy przysposobić się do operacyi. Mnóstwo w ostatnich czasach zaprowadzono zmian i ulepszeń przy robieniu tejże, pojawiły się nowe sposoby i okazy narzędzi, chociaż nie wszystkie dorównują powyższej warstwowej. L e n o i r przedstawił w rozprawie swęj dawniejsze narzędzia, obecnie prof. P i r o g o w radzi używać rurkę widzianą przez niego w klinice B r u n s'a w Tubingen, różniącą się od G e n d r i n'a tē, że blaszki nie są półkuliste, lecz płaskie, poruszające się za pomocą szrubki. Mniejsza o łatwość wprowadzania i utrzymanie się, lecz drażniąc ciągle ranę, w następstwie brodawki wyrastające usposabia do zgorzeli, przedewszystkiem do krwotoków, co w każdym razie jest złe. Dobroć najczęściej używanej rurki okrągłej zależy na wygięciu i rozmiarach, bez tego łatwo może wypaść z tchawicy przy nabrzmieniu części miękkich, niespokojności chorego lub pobudzonem oddechaniu w czasie zaduszania. Wygięcie rurki celowe jest dwojakie: górne o promieniu krótszym 11 linii, dolne zaś 15 linii, miejsce złączenia wypada na $\frac{2}{3}$ długości rurki. Zalecane przez P a s s a v a n t są za krótkie, zwyczajnie przyjęto dwa cale, jednak dla łatwiejszego wychodzenia wypocin i śluzu wewnętrzna rurka winna być dłuższą o 2—3 linii, co znowu utrudnia wsuwanie. Szerokość jej zależy od wieku i płci, B r e t o n n e a u chciał żeby średnica narzędzia równała się otworowi głośni, dla dorosłego 15 m., dla dziecka 2 lat 3—3½ linii, zresztą można wprzód zmierzyć powierzchnie pół obwodu tchawicy i odtrącając na powłoki 2 milim. a na grubość jej 1 milim., łatwo otrzymamy obwód cały a z niego średnicę. Wybór metalu jest dowolny, przeciwnie kauczukowe prędko kruszą politure, na rogowych zaś łatwiej zasycha śluz lub wypocina, wycinanie okienek szkodliwe. Dr S e u d l e r (*Prager Vierteljahrschrift*) dodał do rurki konduktor dla łatwiejszego wprowadzania, który zdaje się być zbytecznym. Za przykładem R o u x w braku rurki umieszcza się zwykle odcięte piórko, w jednym końcu przedziurawione dla umocowania które wystarcza dla dojścia powietrza. (Rozszerzacz G e n d r i n'a a nawet ulubiony T r o u s s e a u jest zbyteczny, paznokiec najlepiej tę rzecz ułatwia, naturalnie przy pewnej wprawie i śmiałym działaniu).

Ulepszenia co do wykonywania operacji dążą do ominięcia krwotoku, ztąd C. H u e t e r radzi wykonywać cięcie górne tchawicy nad przesmykiem gruczołu tarczowego umocowanego u dzieci zwykle na chrząstce obrączkowej. R o s e r zalecił swą *Schuber Vincette* rodzaj szczypczyków z małemi krzywemi igłami, które uciskają zahaczone żyły wraz z mięśniami i chronią od krwotoku. C h a s s a i g n a e w tym celu zastosował swoje *Tenaculum*, L a n g e n b e c k, (*Bullet. de Chirurg. 1858*) wynalazł inne *Tenaculum dilatateur* składające się z dwóch haczyków rozchodzących się za pociśnięciem sprężyny, te przytrzymują tchawicę i między niemi robi się cięcie i wsuwa rurkę. P a u l i w Landau (*Ueber die Tracheotomie beim Croup 1858*) urządził osobne narzędzie łączące w jednym akcie otwieranie tchawicy z wprowadzaniem rurki. M a i s o n n e u v e (*Bull. de therap. Nov. 1860*) podał krzywą igłę krającą wewnętrzną powierzchnię z regulatorem dla ograniczenia działania na głębokość, prócz tego zastosowano galwanokaustykę. Wszystko to jednak nie jest dokładnie zbadane, ogół lekarzy zadawała się metoda warstwową a jeśli krwotok jest znaczniejszy i krew wpadnie do tchawicy prosto wciąganiem ustami, można temu zaradzić. Dodawszy jeszcze wspomnienie o wynalezionych szczypcach przez R o b e r t a i C o l l i n a dla wydostawania błon a także o rurkach B r o c i a i S z y m a n o w s k i e g o łatwiej dających się wsuwać, gdyż części zachodzą na siebie jak we wzierniku macicznym, należy podać statystykę o ile można najogólniejszą wypadków leczonych wewnątrznie i operowanych, choć pierwsza nie jest w żadnym stosunku do ostatniej, gdyż tylko wypadki zrozpaczone poddawane bywają operacji.

O p e r o w a n e.

Autor.	Lata.	Miejscowość	Ilość.	Śmierteln.	Stosunek.
Barthez	1862	Szpital św.	255	75,1 ⁰ / ₀	—
—	1867	Eugeniusza.	223	79,1 ⁰ / ₀	1 : 2,8
—	1861—1867	—	785	222 ulecz.	1 : 3,53
Bouchut i Bourdillard	1848—1861	szpital dzieci.	1152	76,1 ⁰ / ₀	1 : 4
Sommes	—	szpital.	83	44,5 ⁰ / ₀	1 : 2
Moynier	1853—1865	Prywatny.	18	6	1 : 1,6
Archambault	—	Prywatny.	53	17	1 : 2,1
Schultz	1848—1859	Prywatny.	41	44,8 ⁰ / ₀	—
J. Kühne. . . .	—	—	277	—	1 : 1,22
Martini	—	—	255	—	1 : 1,12
Tilanus w Amsterdamie	—	—	80	52	—
Barbosa w Lizbonie	—	—	31	23	—
w Hiszpanii	—	—	6	5	—
Północna Amer. . . .	—	—	—	$\frac{1}{2}$ śmierci.	—
Rożyński w Kałuszynie	1859—1863	Prywatny.	8	6	—
Grochowski	1869—1872	Prywatny.	3	1	—

Nieoperowane.

Autor.	Lata.	Miejscowo.	Ilość.	Śmierteln.	Stosunek.
Vacher . . .	1859	Szpital.	211	—	1 : 1,6
—	1866	—	132	—	1 : 2,2
Rilligt i Rosen.	—	Genew. pr.	1443	—	1 : 3
Barthez . . .	1861—1867	Szpital.	917	—	1 : 11
Boudet przed tra-	1830—1841	Szp. pryw.	—	Sporadycz.	1 : 6 $\frac{1}{2}$
cheotomią				epidemicz.	
Möller z Królewca	1849—1860	prywatny.	1141	76%	1 : 18 $\frac{1}{2}$
Berg ze Szwecyi	1859—1868	—	3172	—	1 : 6
Luzsinsky . . .	—	—	90	—	0,2 : 6
Pauli	—	—	75	—	0,1 : 1
Grochowski co-	—	—	25	—	1 : 68
rocznie Kałuszyn.					

Patrząc tylko na te liczby i nie uwzględniając zapewnienia zwolenników tracheotomii, wykazujących mimo ciężkich powikłań jak zapalenie płuc etc jeszcze szóstą część uleczonych, wypadnie zawsze usilnie zalecać operację ze względu na trzecią część ofiar wydartych śmierci. To ostatnie jest powodem ogłaszania tego pomyślnego wypadku, być może, że publiczność uwierzy w zbawienno jej skutki, a tak zwalczony zostanie przesąd, który z pewnością więcej zabił dzieci niż operacja.

ROZNE 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 Odessie.

(Ciąg dalszy *).

M) Choroby siatkówki (*Morbi retinae*).

Kilkakrotnie obserwowalem podrażnienie siatkówki (*hyperaesthesia retinae*), często wywoływane pracą przy lampie naftowej. Pewien 24-letni stolarz, Michał Rożycki, uskarżał się na osłabienie w roku, światłowstręt i widzenie ognistych kół w okolo źrenicy; oftalmoskopowanie bolesne; nieznaczno przekrwienie siatkówki. Chory ten prawem okiem czyta N. 12 Sn. (w odległości 1'), lewem N. 8 $\frac{1}{2}$, przy użyciu zaś szkieł błękitnych (lit. E.), prawem mógł czytać N. 6, lewem 5 $\frac{1}{2}$, a obydwoma nawet 4 $\frac{1}{2}$ Sn.

*) Patrz Nr 15, 18, 20, 22, 28, 32, 33, 34, 35, 36, 37 i 28 Gaz. Lek.

Dwukrotne rozdrażnienie siatkówki widziałem przy *staphyloma posticum*, u pewnego starozakonnego L. z Józefowa, który cierpiąc na *staph. posticum utr.* w średnim stopniu, nie mógł znieść blasku śniegowego; i u 44-letniej starozakonnój R. z Piasek, która cierpiąc silny ból głowy, przy znacznej *staph. post. utr.*, zaczęła doznawać nieprzyjemnego uczucia, ciągle jej się zdawało, że przed oczami sypie się z góry sadza, jakby śnieg padał; patologiczny proces naczyniówki w tym wypadku sięgał już okolicy żółtej plamki. Nadczułość siatkówki, trwająca u tej chorej całą zimę, znacznie się zmniejszyła przy użyciu konserwów na początku wiosny, a w czerwcu r. b. zupełnie stała się normalną, przez co wzrok o wiele się poprawił.

Pewien student krakow. Uniwersytetu z Tuczepy (gub. kieleckiej) zasięgał u mnie rady wskutek szczególnego widzenia jednem okiem, znanego w nauce p. n. *metamorphopsia*, a które zależy lub od częściowego oderwania siatkówki, lub też od jej wciągnięcia w wklęsłość głębszych błon. Pacjent ten, znany też szan. kol. R y d l o w i, cierpiał w wysokim stopniu myopii (M. $\frac{1}{5}$) w skutek *staphyloma posticum*. Ponieważ przy pracy jedno oko znacznie przeszkadzało, więc musiał je zawiązywać. Radziłem pijawkę H e r t e l o u p'a i pigułki sublimatowe.

Retinitis pigmentosa. Barwnikowe zwyrodnienie siatkówki obserwowałem trzy razy: u pewnego spisowego katolika (szpital św. Józefa) i dwóch starozakonných, zasięgających méj rady. Słówko o tych ostatnich.

1) Jech Dyament, lat 25, z Izbiicy. Między rodzicami żadnego pokrewieństwa. Złe widzi od dzieciństwa i, jeśli mu wierzyć, stan oczu nie pogarsza się od pewnego czasu. Widzenie naośnie dniem dobre, nawet wieczorem przy stearynowej świecy rozpoznaje litery N. 3 Sn., lecz chodzić o szarej godzinie wcale nie może i nie rozpoznaje przedmiotów z powodu znacznego zwiężenia pola widzenia. Zewnątrz gałki oczne normalne, łamiące ich środki przezroczyste, tarczki nerwowe blade i naczynia siatkówek cieńsze. Barwnikowość (*pigmentatio*) siatkówek tworzy przepyszny rysunek tygrysięj skóry (*retinite tigrée*); plamy barwnika, szczególnie w prawej gałce, formą i łączeniem się z sobą przypominają komórki kostne. Barwnik siatkówki daje się już widzieć niedaleko tarcz nerwów optycznych w odległości $1\frac{1}{2}$ średnicy takowych. Rzecz godna uwagi: miejscami pod barwnikiem widzieć się daje białawość naczyniówki (*atrophia chor.*), a więc i ta ostatnia bierze udział w formowaniu się barwnika w siatkówce, na co niektórzy mikrografowie robią nacisk. W sąsiedztwie lewej tarczy (strona nosowa) okrągła czarna plama barwnikowa.

2) Nuchim Grünberg, lat 31, zrodzony w Tarnogrodzie z rodziców między którymi nie było pokrewieństwa. Siostra starsza cierpi także na oczy, lecz w jaki sposób niewiadomo. Lewem okiem lepiej widzi: S. oc. dxt. = $\frac{1}{25}$, S. oc. sin. = $\frac{1}{8}$. Cierpi ból głowy. Pole widzenia zwiężone, wieczorem chodzić i pracować nie może; modląc się trzyma świecę pomiędzy książką i oczami. W prawem oku *cataracta polaris posterior* z promieniami zmetniałych włókien sięgających równika soczewki. Tarczki nerwowe bladawe (*atrophia nn. optic. incipiens*). Takie same złogi barwnika w siatkówkach, jak w poprzednim wypadku, nie dochodzi on tarcz

optycznych na odległości dwóch poprzeczników. Wzrok chorego pogarsza się już od trzech lat, pomimo używanych środków.

Retinitis albuminurica. Wypadek który tu w krótkości podam utwierdził mnie w tem przekonaniu, że rokowanie przy białkomocowym cierpieniu siatkówki powinno być zle, nietylko co do poprawy wzroku, lecz i *quo ad vitam*. Kilka wypadków tego rodzaju zapaleń siatkówki, które miałem w mojej oftalmicznej praktyce, wcześniej czy później zakończyły się śmiercią pacjentów w skutek znacznych patologicznych zmian serea i nerek. Fakt ten potwierdza i R o b e r t s o n (*Annales d'oculistique, Juillet-Août, 1871*), podając 5 obserwacyj *retinit. albuminurica*), gdzie prawie wszyscy chorzy zakończyli życie przy objawach uremicznych. Lekarz ten twierdzi, że białkomoczowe zapalenie siatkówki najczęściej zdarza się przy tej formie *morbus Brighti*, gdzie już nastąpił zanik (*retractio*) nerek; rzadziej bywa przy amyloidalnej zmianie nerek, wątroby i śledziony. Nasz wypadek stwierdza ten fakt, że tłuszczowe zwyrodnienie elementów siatkówki następuje w ostatnim okresie choroby B r i g h t a, przy rozwinięciu się tkanki łącznej w nerkach i przeroście lewego serea, która, jak wiadomo, T r a u b e obwinia jako główną sprawczynię choroby siatkówki.

Wiktorya Wiadrowska, mężatka, mająca lat 27, ze wsi Czochowa, przybyła do szpitala św. Wincentego 29 listopada r. z. i umarła tamże 11 stycznia r. b. Chora zaczęła cierpieć od wiosny, lecz już po żniwach musiała się położyć do łóżka w skutek ociekliny dolnych kończyn, stopniowo zwiększającej się duszności i *ascites*. Na wzrok zapadła od św. Michała. Gdyśmy oglądali chorą, a było to 9 grudnia, znaleźliśmy w wysokim stopniu niedokrwistość i znaczną ociekłość, dolnych kończyn, jamy brzusznej (*ascites*) i twarzy, a ponieważ na lewej białkowiec powstało znaczne wynaczynienie krwi (*ecchymosis subconjunctivalis*) i chora uskarżała się na stopniową utratę wzroku, przeto zbadaliśmy jej oczy wziernikiem. Odkrywszy w obu siatkówkach zmiany charakteryzujące białkomoczowe jej zapalenie, rozpoznaliśmy *morbus Brighti*, co natychmiast stwierdziliśmy wraz z kol. S z m i d t'em: mocza zawierała znaczną ilość białka.

Siła wzroku w lewem oku = $\frac{1}{4}$, w prawem S = $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$. Wziernik też w lewej siatkowiec wykrywał większe zmiany aniżeli w prawej, chociaż patologiczny proces w siatkówkach był stosunkowo daleko znaczniejszy aniżeli można było się spodziewać. Zresztą jest to charakterystyczny objaw przy białkomocowym zapaleniu siatkówki, iż stopień wzroku bywa jeszcze dość niezły pomimo głębokiego i na znacznej przestrzeni widzialnego zwyrodnienia siatkówki. Oftalmoskopiczne zmiany siatkówek były bardzo podobne do takichże przedstawionych na fig. 247 oftalmologii S z o k a l s k i e g o: kontury tarcz nerwowych niejasne, jak to rysuje L i e b r e i c h, w skutek surowicznego obrzęku siatkówki, widzialnego w około nich na przestrzeni $\frac{1}{2}$ —2 ich średnic; po za tem kołem, którego normalny kolor dna znacznie był bledszym, znajdował się biały, silnie błyszczący pas, szeroki od 1—2 $\frac{1}{2}$ średnic, okrążający tarczę w formie nieregularnego koła. Na powierzchni tego białego pasa tłuszczowo przeistoczonej siatkówki przebiegały naczynia krwionośne, i znajdowały się liczne wylewy krwi w formie plam okrągłych, owalnych i pałeczkowatych, mniej liczne wylewy krwi

znajdywały się i po za obrębem białego pasa, między nim i tarczą nerwową, a także między nim i równikową okolicą gałki. Największe przeistoczenie tłuszczowe istniało w okolicy plamki żółtej, gdzie widzialne też były barwnikowe złogi, w prawej gałce w formie trzech grup czarnych punkcików na tle silnie białem, w lewej pod formą prostopadłej nieregularnie ząbkowatej plamy, zewnętrzna strona której sąsiadowała z liczną grupą krwawych punkcików (*extravasatio*).

Przebiegu choroby nie będę tu skreślał, powiem tylko, iż pomimo użycia rozmaitych środków (tanniny, mleczanu żelaza, siarczanu chininy etc.) i dwukrotnie powtarzanej *paracenthesis abdominalis*, ogólny stan chorej pogarszał się, wzrok przytem zuikał przy zwiększającym się zwyrodnieniu siatkówek i powstałego po raz drugi wylania się krwi w górnej powiece (w formie *sugillatio*). Nakoniec oddech stał się bardzo utrudnionym, krwioplucie, stan gorączkowy, nowe *sugillatio* na powiece, dwudniowa nieprzytomność i śmierć przy objawach uremicznych.

Sekeją wykonałem wraz z kol. J a n k o w s k i m i J a n i s z e w s k i m. W mózgu niedokrwiłość w wysokim stopniu; żadnych makroskopicznych zmian w centralnych organach widzenia, które jak wiadomo, także ulegają tłuszczowemu zwyrodnieniu. Przyrośnięcie obu płuc i chroniczna ich ocieklina. Znaczne zebranie się surowiczego płynu w osierdziu, koncentryczny przerost lewego serca, ściany którego grubsze były aniżeli na dwa palce; organicznej wady w zasłonkach sercowych nie wykryto; w zasłonkach aorty świeże apoplektyczne złogi, które wraz z wylewami krwistemi na łącznicy i powiekach, a także przy istnieniu krwioplucia, tłumaczyliśmy pęknięciem małych naczyń w skutek tłuszczowego zwyrodnienia ich ścianek, nie zaś embolicznym procesem. Takowe apopleksye i takiej samej przyczyny stwierdzone były i w obu siatkówkach. W jamie brzusznej znaczne zebranie się surowiczego płynu; siatka brzuszna przyrosła do przednich ścian brzucha w dwóch miejscach, gdzie robiono przekłócie. Wątroba uległa tłuszczowemu zwyrodnieniu; śledziona wielka, rozmięczona. Obie nerki uległy zanikowi w skutek rozwinięcia się w nich tkanki łącznej (trzeci okres choroby B r i g h t a), pośród której gdzieś tylko widać normalną budowę miąższu, upstrzoną rozmaitej wielkości surowiczemi torbielami; szczególnie zmniejszoną była lewa nerka, długość jej nie przewyższała 7 cent., szerokość 4 cent. i grubość 2 cent. (!). W jajnikach i macicy nie anormalnego; pęcherz urynowy pusty.

Ponieważ w Nr. 13 i 14 Gazety lekarskiej za rok 1866 kol. J o d k o opisał wypadek *retin. albuminaria*, obserwowany przez niego za życia i badany pośmiertnie przez prof. B r o d o w s k i e g o, uważałem przeto za stosowne, wysłuszczywszy obie gałki oczne, przesłać takowe szanownemu professorowi, prosząc go aby zechciał stwierdzić rezultaty pierwszego swego mikroskopicznego poszukiwania, a mianowicie: w jakim stopniu podlegały zmianom warstwa włóknista siatkówki i promieniste jej włókna M ü l l e r'a (zgrubienie), a także czy też rzeczywiście największe zmiany dawały się widzieć w obu ziarnistych warstwach, gdzie znaleziono przepelnienie takowych jąderkowatym nagromadzeniem, kuleczkami tłuszczu i grudkami krwi przeistoczonej. Upraszałem przytem p. B. przekonać się w jakim stopniu uczestniczy w białkomoczowej zmianie siatkówki i na-

czyniówka (*pigmentatio* odkryte wziernikiem), a także nerw optyczny i *corpora quadrigemina*. Szan. prof. B r o d o w s k i uwiadomił mnie listem o rezultacie mikroskopicznych badań siatkówek w tych słowach: „Poszukiwania moje nie wykryły nic takiego coby *in retinulae albuminurica* nie było jeszcze postrzeżane. Główną rolę i tym razem, jak w przypadku kol. J o d k o i innych, grały kuliste ziarniste ciała w obydwóch warstwach ziarnu (*Körnerschichte*) rozsypane. Natężenie processu mierzyło się ilością ciał wspomnianych. Do również stałych objawów tej sprawy i w tym przypadku należały wylewy krwi z naczyń włosowatych siatkówki. Znajdywałem je tym razem w rozmaitych warstwach, gdy w wypadku kol. J o d k o widywałem je tylko pod *m. limitans interna*. W wielu miejscach pozostały tylko ślady po nich w postaci ziarnistego barwnika żółto-czerwonego. W miejscach większego natężenia tej sprawy komórki nerwowe podpadały już stwardnieniu (t. j. stawały się jednolitemi, mocno światło łamiącymi); już też zamieniały się na ciała ziarniste. W tychże miejscach i włókna nerwowe przedstawiały się grubszymi i mocno światło łamiącymi. Włókna M ü l l e r'a ulegały nieznacznemu zgrubieniu; wyraźniejsze zgrubienie dawało się postrzeżać na błonie zewnętrznej (*tun. adventitia*) tętnie. Jak kolega więc widzisz, sprawa ta wybitnego zapalnego charakteru nie posiada; zgrubienie włókien M ü l l e r'a i *tun. adventitiae* prawdopodobnie jest następstwe. Główną rolę grają tu przemiany wsteczne — z w y r o d n i e n i e.”

O nerwie wzrokowym i centralnych organach wzroku w liście nie nam nie zakomunikowano.

(Dalszy ciąg nastąpi).

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

O zależności typu gorączek bagiennych od daty początku zakażenia

Przez Dra L. C o l i n, profesora w Val-de-Grâce.

Przy opisie następstwa form chorobnych, jakimi objawia się zakażenie błotne, Dr L. C o l i n szczególny nacisk kładzie na to, że w strefach gorących, jak również w pewnych okolicach stref umiarkowanych, pierwotną formą tych objawów jest zwykle gorączka ciągła (*febris continua*) lub zwalnająca (*f. remittens*); że następnie dopiero przychodzi typ peryodyczny, z intermisyjami tym wyraźniejszymi i dłuższymi, im dłuższy przeciąg czasu wpłynął od początku zakażenia.

Na poparcie tej teorii, opartej na bałaniach wielu lekarzy, a tor przytacza fakt, że w armiach, podczas pochodów przez okolice błotniste, tak często pojawia się gorączka zwalnająca, gdy tymczasem mieszkańiec tych krajów, zakażony będąc już oddawna, podlega tylko napadom gorączki przepuszczającej. Przyczyna tego zjawiska leży w tem, że żołnierz przeniesiony po raz pierwszy w błotniste okolice, przechodzić musi od początku przez cały szereg objawów chorobnych, przez który krajowicę już przeszedł i gorączki ciągłe lub re-mitujące tem więcej panują w wojsku, im okolice w których to wojsko przedtem przebywało były zdrowszemi.

Od dawna już zwracano uwagę na podobną różnicę stanu zdrowia wojska i ludności krajów zajętych, dającą się z łatwością wykazać we wszystkich miejscowościach błotnistych. W krajach gorących, gdzie pod wpływem ciągle wysokiej temperatury, liczba zapadających rocznie na gorączki bagienne jest znaczną, czasami bardzo trudno zauważyć czy różnice w objawach chorobowych stosują się do czasu upłynionego od początku zakażenia. Trudność ta polega głównie na tem, że obserwujący zaniedbują rozdzielić chorych na kategorie ułożone podług daty ich przybycia; oprócz tego należy zwrócić uwagę i na to, że ciągle istnienie przyczyny choroby, to jest ciągle wywiązywanie się malaryi sprowadza nieskończoną różnorodność w formach chorobowych.

Są jednak kraje, gdzie badanie tych kwestyj ulega znacznemu uproszczeniu, jak np. w niektórych ku północy położonych, błotnistych okolicach Niemiec, gdzie z powodu, że średnia temperatura jest dosyć niską, malarve nie rozwijają się tak łatwo jak w latach wyjątkowo gorących, jakimi były np. rok 1828 i niedawno rok 1868.

Łatwo pojąć, że w tych latach liczba zapadających po raz pierwszy znakomicie się zwiększa i wtedy to można obserwować całemi partjami chorych, przedstawiających pierwotne objawy zakażenia, pozostające zaś dłużej w danej miejscowości widzimy, że każde zakażone indywidualum przedstawia ten sam porządek w rozwoju objawów zakażenia błotnego.

Od niedawnego czasu teorya takiego następstwa typów została znakomicie popartą poszukiwaniami badacza, znajdującego się w wyżej wymienionych warunkach, to jest mieszkającego w miejscowości gdzie malarya pojawia się w odstępach czasu dosyć długich; tym sposobem mógł on badać na wielką skalę różne sposoby przejawiania się zakażenia błotnego tak w początkach jako też i w późniejszych okresach.

Badacz ten, R i t t e r z Oberndorf, mieszka w okolicy błotnistej, położonej przy ujściu Elby. Najpierw ogłosił on badania swoje nad epidemią, którą obserwował w roku 1868 (*Studien über Malaria infection in Virchow's Archiv. 1869*). Epidemia ta tak pod względem natężenia, jako też i rozszerzania się przekraczała zupełnie zwykłe granice skutków malaryi w tych okolicach. Następnie tenże sam autor nie przestał śledzić za dalszym rozwojem choroby i w roku 1869 mógł badać postęp zakażenia z r. 1868 u tych samych indywidualum. Zmiany te opisał w innej pracy (*Ueber Nachepidemien der Malaria-infection, in Virchow's Archiv. 1870*). Oto krótki wyciąg z tych dwóch rozpraw:

Zakażenie błotne (*Malaria infection*) objawia się głównie dwoma sposobami: 1) jako gorączki bagienne (*Marschfieber, fièvre des marais*), odznaczające się natężeniem samej gorączki i brakiem typu przepuszczającego (i takimi były gorączki w pierwszym roku 1868 i 2) jako gorączki przepuszczające (*Wechsel-fieber, fièvre intermittente*), które pojawiały się wyłącznie w następnym 1869 roku. Gorączki bagienne które są zatem typu ciągłego lub zwalniającego, są objawem zakażenia ostrego; one to pojawiają się gdy wpływ malaryi zwiększa się niezwykle i gdy mu podlegają organizmy dotychczas niezakażone, jak to miało miejsce w Północnych Niemczech w 1826 i 1868 roku.

Gorączki przepuszczające są znów właściwością zakażenia chronicznego, objawiają się u indywidualum chorujących od roku lub dwóch lat na gorączki bagienne; to też w krajach gdzie często się zjawiają, lud prosty wie dobrze o tem, że jeśli jednego roku panuje epidemia gorączek bagicennych, to w następnym roku lub też dwa lata później przyjdzie na pewno epidemia gorączek przepuszczających. W skutek tego to praca następstwa, wykrytego przez autora, nadaje on epidemię gorączek przepuszczających nazwę epidemii wtórnej czyli następczej (*Nachepidemie, epidemie secondaire*). Jako dowód takiego następstwa typów służy przytem okoliczność, że te same indywiduala podlegały zakażeniu tak w pierwszym jak i w drugim roku i że zakażenie chroniczne, charakteryzujące się typem przepuszczającym, zjawia się w tych samych miejscowościach gdzie roku poprzedzającego obserwowano wyłącznie oznaki zakażenia błotnego, to jest gorączki ciągle lub zwalniające.

Podobne obserwacje chociaż mniej ściśle i mniej szczegółowe pozostał. z roku 1826 i widzimy z nich, że i wówczas przeważał typ ciągły lub zwalniający.

Można więc przyjąć jako rzecz dowiedzioną, że nawet po za 50^o szerokości północnej gdzie malarya sprowadza zwykle gorączki przepuszczające, typ przepuszczający nie jest bynajmniej oznaką początku zakażenia.

Podając te nowe następstwa typów, autor nie twierdzi jednak stanowczo: żeby w każdym wypadku napad gorączki ciągłej lub zwalniającej musiał istnieć jako pierwotny objaw zakażenia nawet w dziele swoim (L. C o l i n. *Traité des fièvres intermittentes p. 155*) mówi

co następuje; „Widocznem jest, że w miejscowościach błotnistych stref umiarkowanych, bliżej ku północy położonych, jak w Hollandyi, Niemczech północnych i Anglii, zwykła wysokość temperatury letniej nie jest dostateczną dla wywołania gorączki zwalniającej lub ciągłej. Tylko w latach wyjątkowo gorących jak 1746 i 1747, oraz w nowszych czasach w latach 1826 i 1868 można było obserwować wypadki poczynające się od napadów gorączki zwalniającej zwykle zaś w tych klimatach gorączki przepuszczające zjawiają się od początku zakażenia.”

Zdanie to jest powtórzone i w wyżej przytaczanych pracach p. R i t t e r: „Zakażenie chroniczne (gorączka przepuszczająca) następuje zwykle po ostrym (gorączka zwalniająca lub ciągła), lub je poprzedza jeśli działanie miazmatu z powodu warunków klimatycznych jest bardzo słabe (R i t t e r l. c.). Praca R i t t e r a jest jeszcze bardzo ważną pod pewnym względem, autor bowiem usiłuje wykazać, że rzadko spotykać można gorączki t. zw. klimatyczne, to jest zależące od wpływów meteorologicznych więcej jak od warunków miejscowości i położenia geograficznego czyli od zakażenia tellurycznego. Pochodzi to stąd, że w okolicach północnych wpływ malaryi nie rozprzestrzenia się po za granice miejscowości, w których się wytwarza czyli że działanie malaryi pozostaje endemicznem, pod zwrotnikami zaś ciągle wysoka temperatura powoduje wytwarzanie się malaryi w każdej miejscowości i właśnie na tym fakcie opierając się Dr L. C o l i n, proponuje zmienić nazwę zakażenia błotnego na zakażenie ziemne czyli telluryczne (*intoxication tellurique*).

Wszystkie te obserwacje jasno dowodzą, że przyczyna wszelkich typów gorączek bagiennych jest ta sama w każdym wypadku, różnice zaś w objawach zależą od czasu zakażenia. T r o u s s e a u obserwując prawie jednocześnie jak stale trzeciaczki pojawiały się w Tours a czwartaczki w Saumur wypowiedział zdanie: „że typ zależy więcej od natury miazmatu i od miejscowości aniżeli od usposobienia zakażonego indywiduum.” Obecnie widocznem jest, że różnice leżą tylko w datach początku zakażenia, tak: podczas gdy w okolicach, gdzie bagna istnieją już od wieków, ludność podlegająca zakażeniu przedstawiać będzie typy najbardziej przepuszczające, jak czwartaczka, to w sąsiednich okolicach gdzie w skutek wylewów rzek lub karczowania lasów, bagna tylko co się potworzyły, mieszkańcy cierpieć będą na trzeciaczkę lub nawet na codzienne napady zimnicy. Dla tych samych przyczyn w wojsku, które z kraju zdrowego przemaszzerowało w kraj błotnisty, zdarzać się będą wypadki gorączki zwalniającej, między mieszkańcami zaś, gorączki przepuszczającej.

Amerykański lekarz, P. S a l i s b u r y usiłował badaniami swemi poprzeć teorię wielości gatunków miazmatów błotnych, jako przyczyn gorączek bagiennych, nie tu miejsce zajmować się zbijaniem wniosków wyprowadzonych z tych poszukiwań, wspomnieć tylko należy, że P. S a l i s b u r y opisywał kilka rodzajów pasożytów należących do wodorostów, jako to: *Geminium rubra*, *g. verdans*, *g. paludis*, *g. alba*, *g. protuberans*, przypisując każdemu z nich własność wywoływania oddzielnego typu gorączki. Czy można jednak przyjmować podobne rozróżnienia, jeśli codziennie prawie zdarza się widzieć tychże samych chorych przedstawiających kolejno po sobie następujące różne typy gorączki?

Teorię tę w nowszych czasach posunięto jeszcze dalej; dowodzono bowiem, że typ gorączki tłumaczyć można kolejnem odradzaniem się nowych pokoleń pasożytów. Niektóre z tych pasożytów miały posiadać możność codziennego odradzania się, inne co dwa lub trzy dni, powodując tym sposobem pojawianie się gorączki codziennej, trzeciaczki lub czwartaczki. Ponieważ zaś jeden chory może przedstawiać wszystkie te typy, należało więc przypuścić, że chory kolejno bywał zakażony wszystkiemi temi pasożytami lub też że termin odradzania się następnych pokoleń jednego pasożyta ulegał ciągłemu przedłużaniu.

Dowodzenie podobne w obec licznych faktów klinicznych ostać się nie może, tembardziej, że i odkrycie p. B a l e s t r a zbija tę teorię własną jej bronią. P. B a l e s t r a bowiem odkrył na błotach pontyjskich pasożyty zupełnie różne od pasożytów opisywanych przez P. S a l i s b u r y a mimo to zimnicie tak w Indjach, jak w Hollandyi i Meksyku objawiają się jednakowym typem.

W obecnych czasach, gdy niektorzy uczeni tak gorliwie zajmują się kwestyą pasożytów, codziennie spotykać się można z odkryciami mikroskopowych organizmów, będących jakoby przyczyną tej lub owej sprawy chorobowej. Przypuścić należy, że wykazanie przyczyny żyjącej i specyficznej znacznie by uprościło patogenię chorób zakaźnych i zaraźliwych, gdyby można odkryć macierzystą komórkę każdego zarazka, nie byłoby już i mowy o zapobieganiu zaraźliwości i leczeniu chorób takich jak tyfus lub cholera. Aby dojść do po-

dobnych rezultatów, należy każde nowe odkrycie tej gałęzi nauki poddać krytyce rozumowej i badaniu klinicznemu. Wiadomo ilu pasożytom przypisywano powstawanie cholery, prawdziwa jednak przyczyna dotąd wykryta nie została. Podobnie będzie dla zimnicy i jeżeli po długich badaniach uczeni wykażą, że pasożyt bywa jej przyczyną, to ten pasożyt musi być identycznym we wszystkich typach gorączki i będzie go można wykryć w każdej okolicy nawiedzanej przez zimnicę. Zbyt wczesne wnioski i delikatne hipotezy nie posuwają naprzód nauki i dlatego to stawiając jaką teorię sensłą i prawdziwą nie należy nigdy zbacać z drogi pozytywnej i marzeniami dopełniać braki faktów i obserwacyj klinicznych.

Wiadomości bieżące.

— Wypadek pęknięcia pęcherza moczowego (*vesica urinaria*). 30-letni dzierzawca przyszedł po poradę do G o u l e y'a z powodu nagłe powstających bólów gwałtownych w podbrzuszu. Skoro tylko chory znajdował się w wyprostowanym położeniu, bóle nagłe znikaly. Z anamnezy pokazało się, że z powodu dwudniowego zatrzymania moczu (*retentio urinae*) chory prosił przyjaciela swego o wprowadzenie cewnika. Po wprowadzeniu cewnika przez G. wypłynął ciemny, krwawy mocz, pęcherz moczowy nie został jednak całkowicie opróżniony ze swej zawartości, tak, że co dwie godziny trzeba było cewnik wprowadzać. Na drugi dzień wystąpiły wyraźne objawy zapalenia otrzewnej (*peritonitis*), wymioty, bóle i t. d. Objawy szybko się pogorszały i następnego dnia chory zmarł. W moczu znaleziono około $75\frac{0}{100}$ białka, ropę, krwi i nabłonek (*epithelium*). Przy oględzinach pośmiertnych przekonano się, że wszystkie narządy z wyjątkiem narządzi moczopłciowych i otrzewnej, były niezmienione. Ostatnia pokryta była grubą warstwą wysięku i sklejona z ścianami kiszki, jama brzuszna zaś wypełniona wielką ilością moczu. Pęcherz moczowy ściągnięty, pusty, a po stronie prawej, w bliskości linii środkowej ściany tylnej pęknięty, przez otwór można było przeprowadzić trzy palce; ściana tylna pęcherza była także pokryta grubą warstwą wysięku. Nie było śladów zapalenia na błonie śluzowej, ani złożeń w pęcherzu. Jeden moczowód był przekrwiony, obydwie były przenikliwemi dla moczu. Cewka moczowa i gruczoł krokowy były niezmienione. G. domyśla się, że pęknięcie nastąpiło w skutku skoku z wysokiego miejsca w obce wypełnionego pęcherza moczowego.

(*The medical record*, N. 152 i 153, 1872).

— Przecięcie nerwu trójdzielnego (*n. trigeminus*). P a n e o a s t wykonał już po raz czwarty przecięcie trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego tuż przy dziurze owalnej (*foramen ovale*). Operacya w mowie będąca wykonywa się w następujący sposób: odsłania się gałąź zuchwy i wyrostek dziobiasty (*processus coronoides*) takowej. Odcina się przyczep ścięgniasty mięśnia skroniowego (*m. temporalis*), a mięsień odciąga się w stronę dołu skroniowego. Następnie odpilowuje się wyrostek dziobiasty, w celu swobodnego dostępu do dołu klinoszezękowego (*fossa sphenomaxillaris*). Końcem wskaziciela odszukuje się tętnicę szczękową wewnętrzną (*a. maxillaris interna*), oddziela od części sąsiednich i podwiązuje. Przez dalsze oddzielanie części odsłania się przyczep mięśnia skrzydłatego zewnętrznego na skrzydle wielkiem kości klinowej. Po odcięciu takowego od kości, leży odsłonięta trzecia gałąź nerwu trójdzielnego, która przy dziurze owalnej może być przecięta. Jeżeli rodzaj nerwobolu wymaga przecięcia i trzeciej gałęzi nerwu w mowie będącego, wtedy w dole skrzydlastoszezękowym (*fossa pterygomaxillaris*) można przy pomocy wąskiego, zagiętego haczyka doprowadzić cienką nitkę pod drugą gałąź, następnie po zawiązaniu nitki wyciągnięty kawałek nerwu przeciąć. Zejsście we wszystkich czterech wypadkach było pomyslnie. W pierwszych trzech wypadkach przecięto drugą i trzecią gałąź, w ostatnim tylko trzecią.

(*Philad. med. Times*. Vol. II, N. 39).

— O zapaleniu szyjki pęcherza moczowego i jego leczeniu. Pod nazwą szyjki pęcherza (*collum vesicae urinariae*) rozumie P o n t i o t tę część, która się rozciąga od błony śluzowej pęcherza moczowego aż do części błoniastej (*pars membranacea*) cewki. Można przyjąć z pewnością, że we wszystkich wypadkach, opisanych pod nazwą skurczu szyjki pęcherza moczowego, część błoniasta była częścią największemu uległą skurczowi. Wedle autora tak pod względem anatomicznym jak fizyologicznym istnieje tylko jeden zwieracz pęcherza (*sphincter*

vesicae), który tylko podzielony jest na dwie części przez część przyprątną (*pars prostatica*). Co się zaś tyczy zapalenia szyjki pęcherza, to wielu autorów mniema, że niemożliwem jest oznaczyć, że sprawa chorobowa rozciąga się tylko do samej szyjki. Wedle P. są jednak dwie metody, za pomocą których można wykazać obecność sprawy chorobowej o której mowa; raz przy pomocy bezpośredniego badania, powtórne, przy leczeniu miejscowem, usuwajacem rzeczony cierpienie, jeżeli jest wyłącznie na szyjkę stosowane. Co się tyczy pierwszego, to autor zwraca uwagę na dobre usługi, jakie przy badaniu oddają *bougies à boule*, gdyż przy ich pomocy można bardzo dokładnie oznaczyć czyse sprawą chorobową zajęta. Jeżeli istnieje zapalenie szyjki, wtedy przy przeprowadzeniu przyrządu przez cierpiące miejsce chory czuje gwałtowny ból, podczas gdy zetknięcie świeczki z każdą inną częścią pęcherza wcale bólu nie wywołuje. Co do drugiego, sprawę chorobową można zaleczyć, wprowadziwszy tuż za część błoniastą od 10—20 kropli roztworu azotanu srebra. Jeżeli działanie środków żrących chcemy ograniczyć do szyjki pęcherza, wtedy zalecamy choremu przez pewien czas mocz powstrzymać i dopiero wprowadzamy środek żrący. Jeżeliby nawet kilka kropli dostało się do pęcherza, wtedy przez mocz w pęcherzu zawarty zostają do tyłu rozciężzone, że nie wywierają już żadnego działania.

(*Le mouvement medical*, N. 5, 1872).

— **Biodroból nerwowy** (*coxalgia nervosa*). Pod tą nazwą rozumie **W e r n h e r** cierpienie stawu biodrowego, polegające na miejscowem podrażnieniu nerwów, uważane pierwój za biodroból mazienniczy lub nerwoból. Wedle jego spostrzeżeń sprawa ta pojawia się w większej liczbie wypadków w okresie rozwoju ustroju, polegająca w części na wielkiej drażliwości chrząstek i silnie unaczynionej błony maziowej w czasie okresu wzrostu, w części na unerwieniu stawu i mięśni ruchowych go otaczających. Objawy cierpieniu w mowie będącemu towarzyszące są następujące: 1) mniejsze lub większe bóle obok bolesności w oznaczonych okolicach (w okolicy zastłonowej, za więzmem *P o u p a r t a*, skóra na powierzchni wewnętrznej goleni, kłykieć udowy wewnętrzny i t. d.), których rozległość zależy od natężenia podrażnienia; 2) skurcze odruchowe w oznaczonej grupie mięśniowej, wywołane przez podrażnienie nerwów torebki stawowej. Stały skurcz mięśni prowadzi za sobą ankylozę mięśniową (znikającą w czasie uspienia); 3) porażenia innych grup mięśniowych, szczególnie mięśnia czworogłowego i mięśni pośladkowych, uwarunkowane pierwotnie, miejscowemi zaburzeniami w unerwieniu. W większej liczbie przytoczonych 21 wypadków nie dostawało zaburzeń w całym przyrządzie nerwowym, a porażone mięśnie lub skurczowi podległe nie były pod wpływem woli. 4) W końcu, tak jak i przy innych cierpieniach stawów, pojawiają się zaburzenia we wzroście kończyny wraz z przekrwieniem biernem (*hyperaemia passiva*) i obniżeniem ciepłoty; wszystkie te objawy znikają, wraz z ustąpieniem biodrobólu. Przyczyną zaburzenia w odżywianiu jest prawdopodobnie pomniejszenie czynności nerwów troficznych. Biodrobólowi może towarzyszyć i zapalenie, szczególnie gdy sprawa trwa długo postrzegamy często ograniczenie ruchów zgięcia. Opierając się na teorii miejscowego podrażnienia nerwów i powstałego ztąd przykurczenia mięśni (*contractura musculorum*) stosowano leczenie za pomocą aparatu wyciągającego (*apparatus pro extensione*). Do wyciągania używano ciężaru od 5—6 funtów, przeciwwyciąganie (*contractensio*) uskuteczniało się za pomocą ciężaru samego ciała. W świeżych wypadkach przy tym sposobie leczenia wszystkie powyżej opisane objawy już po kilku dniach znikaly, najprzód ból, a następnie porażenie; przeciw temu ostatniemu działał bardzo dobrze strumień wzbudzony. W wypadkach przewlekłych z bardzo rozwiniętą ankylozą wyciąganie odbywało się w położeniu na brzuchu, a pięciofuntowy worek z piaskiem cisnął na okolicę krzyżową.

(*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, I B. I H.).

— **Fosfor w chorobach skórnych.** W sprawozdaniu chorób skórnych **E a m e s** mówi o pomysłnym wpływie fosforu, zwykle w oliwie rozpuszczonego, w chorobach, o których mowa. Dziesięć gramów fosforu rozpuszczono w jednej uncyi oliwy i roztworu tego podawano 5—10 kropli, trzy razy dziennie po jedzeniu. Można także fosfor rozpuścić w eterze lub podawać pod formą pigulek, bez najwłaściwszym do użycia jest roztwór powyżej podany w kapsułkach. E. przekonał się, że fosfor w tej formie podawany, nawet do $\frac{1}{10}$ grana daleko rzadziej wywołuje zaburzenia w trawieniu, jak podawany w jakiejbądź innej formie. Do chorób, w których z pomysłnym skutkiem podajemy fosfor, należą: *t r a d z i k* (*acne*), *w i l k* (*lupus*), *b a b l i c a* (*pemphigus*), *I u s z e z y e a* (*psoriasis*). Przy podawaniu fosforu, podobnie jak i arseniku, autor zauważył białe, błyszczące obłożenie języka. Pojawiają się także przytém: brak apetytu, smutność, osłabienie ciała, ztętko

pełnie trzeba czuwać nad choremi. Skoro tylko powyższe objawy się ukażą, należy zaraz fosfor odrzucić a za to przystąpić do podawania kwasów mineralnych. Żeby środek ten miał wzbudzać popęd płciowy lub wywoływać biegunki, tego E. sprawdzić nie mógł. Niekiedy ilość moczu była zwiększoną, własności jego chemiczne i fizyczne były prawidłowe.

(*The med. record*, N. 154, 1872).

— O powstawaniu odleżyn (*decubitus*) po wewnętrznem użyciu wodanu chloralu. Reimer ogłasza szereg spostrzeżeń, z których dowiadujemy się, że szczególnie przy jednoczesnym stosowaniu wstrzykiwań morfiny i podawaniu wodanu chloralu do wewnątrz powstają przekrwienia skóry, pęcherze, wylewy, odleżyny, szczególnie w miejscach, które od czasu do czasu wystawione są na lekki ucisk. Podobne zaburzenia zauważono już w przewodzie kiszkowym, a autor sądzi, że niektóre jednocześnie występujące sprawy chorobowe narzędzi wewnętrznych zależą od działania tych środków lekarskich. Zdaje się że mamy tutaj do czynienia z przekrwieniem najdrobniejszych naczyń włosowatych, zależnym od porażenia, jakie występuje po zastrzyknięciu morfiny lub użyciu do wewnątrz wodanu chloralu. W jednym wypadku, po użyciu środka w mowie będącego, przy oględzinach pośmiertnych znaleziono oprócz niezżytu żołądka na tylnej jego ścianie rozmiękle ognisko, w którym po oddaleniu łatwo dającej się odskrobać błony śluzowej znaleziono okrągławy wrzód o ostrych brzegach.

(*Schmidt's Jahrb.* N. 6, 1872).

— Słownik Lekarski. W Nr. 24 Gazety Lekarskiej zapowiedzieliśmy wydanie *Słownika Lekarskiego*. Obecnie rozpoczynając druk takowego, celem dania możności Szanownym Kolegom bliższego rozpatrzenia się w układzie i objętości pomienionej pracy, dołączamy do dzisiejszego N-ru Gazety Lek. na okaz pierwsze ośm kolumn w mowie będącego Słownika. Przeświadczeni jesteśmy o koniecznej potrzebie podobnego podręcznika dla każdego lekarza, czytającego dzieła lekarskie w ojezycznym lub jednym z nowożytnych języków. Obrawszy za podstawę w opracowaniu Słownika język łaciński, obok wykazania źródłosłowa greckiego każdego wyrazu, połączymy nazwy polskie, niemieckie, francuzkie i angielskie. Dla ułatwienia zaś w odszukaniu nazw polskich, niemieckich, francuzkich, angielskich, podamy na końcu dzieła wszystkie wyrazy lekarskie podług alfabetu każdego z czterech wyżej przytoczonych języków z nazwą łacińską obok, tak, że Słownik ten nie tylko będzie łacińsko-polsko-francuzko-niemiecko-angielski, ale zarazem i polsko-łaciński, niemiecko-łaciński, francuzko-łaciński i angielsko-łaciński. Tym sposobem Słownik Lekarski będzie przewodnikiem przy czytaniu dzieł lekarskich w pięciu rzeczonych językach i zarazem posłuży do ustalenia wyrazownictwa lekarskiego polskiego, które obecnie z takim mozołem się wyrabia.

Ta olbrzymia praca, jak każdy łatwo się dorozumie, wymaga ogromnego nakładu. Redakcyja Gazety Lekarskiej nie szczędzi takowego w przekonaniu, że wydaniem *Słownika Lekarskiego* zapełnia z jednej strony dotkliwą szecerbę w ojezycznym piśmiennictwie lekarskiem, z drugiej zaś wyświadcza prawdziwą przysługę Szanownym kolegom-lekarzom.

Celem dania możności nabycia *Słownika* uczącym się i lekarzom Redakcyja naznaczyła cenę prenumeracyjną tylko rsr. 6 (sześć), która jednak po wyjściu całego dzieła będzie zdwojoną.

Redakcyja najuprzejmiej uprasza Szanownych prenumeratorów o laskawe wyrazne zawiadomienie jak życzą sobie aby *Słownik* był wysyłany: 1) czy w pojedynczych w miarę wyjścia, arkuszach, 2) czy w zeszytach np. dziesięcio-arkuszowych, lub też 3) w tomach po wydrukowaniu całego dzieła. Redakcyja ścisłe zastosuje się do żądania każdego z przedpłacicieli.

— Na posiedzeniu rady Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z dnia 26 września (8 października) otrzymali stopnie lekarzy medycyny: Małachowski Stefan, Siewierski Bolesław, Ciswicki Wiktor, Chwielewski Aleksander, Usceńsk Ignacy, Horoszewicz Jan, Aupsitz Ludwik, Freudensohn Władysław, Landa Izidor.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica 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: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Dławiec (*croup*), przecięcie tchawicy (*tracheotomia*), wyzdrowienie. Spostrzeżenie Dra W. Grochowskiego (z Kaluszyna). (Dokończenie). 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 Odessie. (Ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. O zależności typu gorączek bagiennych od daty początku zakażenia. Przez Dra L. Collin, prof. w Va-le-Grâce. Wiadomości bieżące. Wypadek pęknięcia pęcherza moczowego. Przecięcie nerwu trójdzielnego. O zapaleniu szyjki pęcherza moczowego i jego leczeniu. Biodroból nerwowy. Fosfor w chorobach skórnych. O powstawaniu odleżyn po wewnętrznem użyciu wodoru chloralu. Słownik Lekarski. Nowo kreowani lekarze medycyny. Dodatek. Farmacyi T. III ark. 33. Pediatrii ark. 32 i 33. Balneologii ark. 8. Anatomii Opisowej ark. 34. Tytuł dzieła i spis rzeczy Policyi Lekarskiej T. I. Patologii Ogólnej ark. 20.

Dławiec (*croup*), przecięcie tchawicy (*tracheotomia*), wyzdrowienie.

Spostrzeżenie Dra W. Grochowskiego (z Kaluszyna).

(Dokończenie *)

Zdaje się, że po takim streszczeniu dostatecznie uwydatnił się pomysłny przebieg wyżej umieszczony, chociaż zarazem następczą się niektóre wątpliwości co do wyraźnego oznaczania dławca, jego charakteru a także względem wskazań i wykonywań operacyi. Carypka sama nie jest zapowiedzią tej choroby, nieżyt bowiem krtani cechuje się tymże objawem, choć niektórzy praktycy: G r i s o l l e s posiadają jakoby tajemnicę rozróżnienia dźwięku i oddzielenia procesu chorobnego. Według nich w nieżycie głos ma zwykłą moc dźwięku, przeciwnie w dławcu jest słabszy; nie mówiąc już o kaszlu, w pierwszym cierpieniu dźwięcznym, w drugim zaś przygluszonym, jako też i gorączce. Nie w każdym wypad-

*) Patrz Nr 40 Gaz. Lek.

ku można to zastosować, czystość głosu dzieci zazwyczaj jest nieznana, często nie dadzą się namówić do wydania go, pozostaje więc wierzyć otaczającym i oznaczać chorobę. To ostatnie stosuje się do wyżej nadmienionej chrypki tego chłopca, którą rodzice zauważyli zaraz po zaziębieniu, my zaś stwierdzić nie byliśmy w stanie pomimo dość długiego badania. Pr. H. H a r t s h o r n e (*Essentials of the principles and practice of medicine*, 1867 r., Philadelphia) uważa różnicę wrzekomobloniastego dławca od nieżytego tylko w stopniu i zakończeniu procesu, z pewnością zatem nie można oznaczać w początku. Prof. R o s e, (Wykład chorób krtani i oskrzeli, 1868) wspomina o niemożności odróżnienia w pierwszych chwilach ostrego nieżytu krtani od dławca, rozumie się bez widocznych oznak w gardle. Mimo to droga doświadczenia lekarskiego ujawniła tę różnicę, gdy bowiem środki napotne nie zrobiły ulgi lecz nawet pogorszyły, w czasie kilkunastu godzin już rozpoznanie dławca było widoczne. Czy sposobem T h u i l l i e r (*Essai sur l'angine oedematense*, 1815) śledząc palcem samą krtani i głośnię nie można ułatwić rozpoznania? pomimo starań sprawdzić nie mogłem, choć autor podał pewne w tym względzie wskazówki. B e n n e k e (*Falle von Croup und Pseudo-Croup bei Kinder Greisw. und Beitr.* 1869), także prof. M e r k e l w Lipsku, L e w i n i inni radzą badać wziernikiem nawet u dzieci u niej niż 5 lat mających, lecz to jest niepraktyczne i rzadko da się wykonać. Pozostaje więc cząstka wypociny krupowej jako oznaka pewna dławca, tak bowiem podają T r o u s s e a u, N i e m e y e r i inni, pierwszy uważa kaszel, chrypkę jako objawy obrzmienia zdwojeń nagłośnio nalewkowych, drugi zaś wspomina, że to jest znak patognomiczny, jak odpływ śluzu z nosa dla nieżytu. Jenakże spostrzeżenia codzienne wykazują, że przy oglądaniu gardła nie każde szare, żółtawe lub białe plamki na migdałach, języczku należy uważać za rzetelny objaw dławca, wytwory bowiem nieżytowe i dyfteryczne podobnie się przedstawiają. Lecz porównywając okaże się, że kataralne są więcej okrągłe, małe, błyszczące bez ostrych brzegów znajdują się w zagłębieniach migdałów, oddzielone mają kształt kłębków. Błonicowe okazują większe szarawe smugi niby pleśń, ostro odgraniczone, matowe, łuskowate, z trudnością oddzielające się, poezem według prof. O p p o l z e r a przedstawiają pełzające nadżarcia, jak drogi wyrobione przez móle w sukniach, widoczne są na podniebieniu, języczku, w gardle, w nosie i wszędzie gdzie brak zewnętrznej warstwy nabłonka lub naskórka. W naszym wypadku kosmki blony białawe, luźno się trzymające migdałów, zostały badane rozcieńczonym kwasem octowym dla odróżnienia od nieżytych wydzielin, w którym te ostatnie ściągają się i są gęstsze, przeciwnie wypociny dławca pęcznieją, co i tu miało miejsce. (Nie od rzeczy będzie wspomnieć, że tacy jak: B a m b e r g e r i Pauli L u z s i n s k y a także autorowie francuzey z wyjątkiem B a r t h e z, B e r g e r o n i S o m m e s (*Etude sur le croup après la trachéotomie*, 1869) uważają błoniec i dławiec za różnicę tego samego procesu, B a m b e r g e r wykazując liczne stopnie przejściowe dochodzi do wniosku, że nie ma odgraniczenia między zapaleniem krupowym i dyfterytycznym.

Droga doświadczenia wspierając się na danych anatomicznych okazuje różne postacie przejściowe dławca, lecz nie błonicy, raz napotyka się drobne ni-

teczki włókniaka, zawierające znaczną ilość luźnych komórek nabłonka, inną razą grubość warstwy dochodzi kilku milimetrów. Często zeszkrobać się nie daje, pochodzi to od różnej gęstości, zawsze jednak nabłonek jest tylko dotknięty bez naruszenia właściwej warstwy śluzowej, co nawet na oko można odróżnić. Zresztą charakter błonicy zaraźliwy a przytęm pojawianie się epidemiczne lub w przebiegu innych chorób zarazkowych jak durzycy, płonicy, ospy i t. p., nakoniec jej zakażenie ogólne ustroju jest dostateczną wskazówką do oddzielenia od dławca. Badanie skręplności krupowych na wodzie, oraz słuchanie oddechu na krtani są dwie rzeczy mało jeszcze wprowadzane do rozpoznania umiejscowienia choroby, choć rzeczywista ich wartość jest widoczna, z tem bowiem łączy się leczenie dławca miejscowe. Przy łatwem oddzielaniu się błon wrzekomych, często całe odlewy wnętrza krtani pływają po wodzie, jednak to zdarza się rzadko, a natomiast przy mocnem zlepieniu trzeba zadawałniać się małemi cząstkami oderwanemi przy wymiotach z krtani, z gardła, wraz ze śluzem żołądka, dróg powietrznych, śliną i pokarmami. Przy rzuceniu na wodę śluz żołądkowy jako gęstszy, (półprzezroczysty, szarawy a nigdy białawy) tonie lub zanurza się, czasem rozciąga się na gałązki, ma nibyto wejście błoniaste, próba odezynnikowa w razie wątpliwości rozstrzyga. W przebiegu powyższym dławca dostrzegano płwocinę śluzową lub ropną, zabarwioną krwią lub same skrępy krwi zmieszane z wypocinami krupowemi, lecz rzut oka na owe kłębiaste masy dostatecznie je odróżnia na wodzie, pierwsze bowiem mają kształt uformowany, kolisty, gdy biaława masa dławca rozwija się na błonę. Można też rozciągać igłami rozpulchnione masy, gdy tymczasem bardziej oporna, sprężysta jest wypocina, zawsze jednak ustalenie rozpoznania wymaga uwzględnienia kaszlu, głosu i oddychania, nawet badania drobnowidzem.

Co do słuchania oddechu na krtani za pomocą stetoskopu dla oznaczenia miejsca, gęstości i grubości warstwy włóknikowej, to pierwszy prof. J a c k s c h' s w Pradze zwrócił na to uwagę, odróżniając normalnie szmer rurowy (*Rohrengeräusch*) w drogach oskrzelowych, w głośni zaś szczelinowy (*Spaltengeräusch*), B a u m g a r t n e r udowodnił przy napadzie dławca zbliżenie strun głosowych ku sobie i na wewnątrz, szczególnie przy oddechu nagłym i często powtarzającym się, ztąd szmer zwykły chuchający zmienia się na suchy czyli trący, dłużej trwały, głośniejszy, co inni badacze stwierdzili jak M ö l l e r, S c h u l z, S e u d l e r, F o e k (*Deutsche Klinik*, 1859, N. 23). (Pierwszy z nich wyraźnie podaje (*35 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte*, 1860, *Königsberg*), że przy takim oddechu krtaniowym zaledwie był słyszalny szmer pęcherzykowy płucny, co w naszym wypadku także ocenionem zostało a po tracheotomii w innym znowu wypadku przy infarkcie hemoragicznym był oddech oskrzelowy, choć w krtani nie było). Stan więc wewnętrzny krtani doskonale oznacza szmer słyszalny i tak przy skurczu głośni jest świszczący, toż samo przy obrzmieniu i ściślejszej warstwie krupowej, przeciwnie chrapliwy przy obezwładnieniu strun głosowych lub odrywania się błon.

W czwartym dniu po operacyi pokarmy swobodnie przechodziły przez głośnię, prof. R o s e zalicza to powikłanie do gorszych, Dr P i r o g o w w woj-

skowej chirurgii uważa podobnie, wszystko to jest względne, zależy od sił chorego, zhowia ogólnego i sprawy miejscowej. Już Rokitansky znalazł mięśnie pod pokładami mass krupowych, służące do naprężania strun głosowych (*M. aryt. post.*) przesiąknięte płynem surowicznym, wątle i blade, ztąd Niemeyer osądził je za niezdolne do kurezenia. Trousseau, Lasagne, Morisseau, Gubler, Weber, Maningault przytoczyli dużo przykładów takiego obezwładnienia; według dochodzeń Donders'a nad epidemią błonicy i krupu żaden z mięśni nie był zupełnie sparalizowany, chorzy zatem zdrowiejąc pozbywali się duszności i nabierali głosu co i tu miało miejsce. Wspomniane leczenie miejscowe szczególniej uprzedzające (*abortive*) przez wstrzykanie wewnątrz głśni szpryczką Pravaz'a roztworu potażu gryzącego (5 gr. na 3j) było wykonane kilkakrotnie z różnym szczęściem, lecz brak jeszcze dostatecznej liczby spostrzeżeń. Co zaś do rurki Bouchut (*Tubage de la glotte*) tak zalecaniej w praktyce prowincjonalnej przez autora a nawet potrzebnej u nas, z przyczyny upowszechnionego przesądu do operacyi, to trzeba się zgodzić z wyrokiem kommissyi złożonej z Nelon, Blache i Trousseau, że jedynie opóźnia napady zaduszania, jeśli da się wprowadzić i utrzymać, nie może jednak zastąpić tracheotomii. Nawet przy użytym wstrzykiwaniu płynów rozpuszczających błony jak chloranu i węgłanu potażu i sody (Loiseau, Séé, H. Green, Barthéz) nawet do 3jż. w stężeniu 1 : 20, nie następuje prędka ulga. (Rada lekarski Möller w Królewcu na 35 posiedzeniu lek. niem. 1860 r. czytał rzecz: *Ueber Bouchut's Tubage beim Croup* w której przyszedł do wniosku, że korzyści uratowania przy tém leczeniu są jak 1 : 4 co równa się z tracheotomią, przy zwykłym postępowaniu śmiertelność wynosiła 76% z 1141 wypadków leczonych (Olishausen, Bohm, Samuels i inni). (Operacye zaś 11 wykonane razem z prof. Burów zakończyły się śmiercią, to było powodem silnego popierania tego sposobu). Zważywszy na trudność przy wprowadzaniu rurki okrągłej do wązkiej przestrzeni podłużnoowalnej a nawet podobnej do zwykłego lanceta przy wydawaniu głosu lub mocowaniu, gdy chrząstki nalewkowe zbliżają się do siebie a są bardzo małe, okaże się małe zastosowanie. (Sam Bouchut w *Union médicale* uskuteczniając odlewy z gipsu lub z wosku szpary głśni oznaczył leczebnie wymiary: u chłopca dwuletniego objętość 14½ mm., co odnosząc do koła wypada 4½ mm., u dziewczynki rok i 2 miesiące 20 mm. a zatem rurka będzie 6½, lepiej należało zastosować kształt narzędzia). Sam używam rurki sprężystej lub moczociągu męzkiego odpowiednio zgiętego, upiłowanego tepo i splaszczonego elipsoidalnie, dostęp powietrza jest doprowadzony, nawet głos odzyskuje brzmienie, lecz błony wrzekome zaledwie przez wciąganie ustami wchodziły do rurki, a nigdy dłużej pozostać ona nie mogła nad pół godziny, co jest niepraktyczne. Mimo dobroczynnych skutków tracheotomii, codziennie wzrastających, znajdują się głosy poważne wykluczające ją z rzędu operacyj i tak: Sedillot (*Traité de Médecine opératoire 1855*) wykazuje tenże sam stosunek wyleczenia przy działaniu wewnętrznymi środkami. Vacher (*Statistique de la trachéotomie 1867*) podaje, że bez tracheotomii 1 : 4,6 a z operacyi 1 : 3½, Rillie podobnie. Jeden z profesorów b. Szkoły Głównej za-

chwał ją do wydobywania ciał obcych lub przy zarośnięciu szpary głośni, przy dławcu zaś uważał za bezcelową a wypadki szczęśliwe przytaczane odnosił do błędów rozpoznania. Zdaje się że takie postępowanie wynika z niewczesnego zastosowania operacyi, gdy sinica i znieczulenie wystąpiło, co przynajmniej w mojej praktyce okazało się zawsze śmiertelne.

Chwila więc operacyjna wyłącznie wpływa na udanie się tejże. Ząd T r o u s s e a u radzi nie tracić czasu na próżne leczenie wewnętrzno; po pierwszym napadzie zaduszenia wykonać ją. L e b e r t upewnia, że przy szybko występującym dławcu po paru godzinach trzeba bezzwłocznie operować. Wreszcie autorowie R o s e r i P i t h a uważając operację za najpewniejszy środek ustrzeżenia zaduszania polecają przed rozwinięciem tegoż, prof. R o s e liczy na dobry skutek wtedy, zanim złowrogi okres adynamii się rozwinie. Wszystko to jednak nie dobrze rzecz określa, lepiej zwrócić uwagę na ulgę niesioną choremu przez środki wymiotne, jeśli one zawodzą, to jest nie odrywają błon wrzekomych, należy przysposobić się do operacyi. Mnóstwo w ostatnich czasach zaprowadzono zmian i ulepszeń przy robieniu tejże, pojawiły się nowe sposoby i okazy narzędzi, chociaż nie wszystkie dorównują powyższej warstwowej. L e n o i r przedstawił w rozprawie swęj dawniejsze narzędzia, obecnie prof. P i r o g o w radzi używać rurkę widzianą przez niego w klinice B r u n s'a w Tubingen, różniącą się od G e n d r i n'a tē, że blaszki nie są półkuliste, lecz płaskie, poruszające się za pomocą szrubki. Mniejsza o łatwość wprowadzania i utrzymanie się, lecz drażniąc ciągle ranę, w następstwie brodawki wyrastające usposabia do zgorzeli, przedewszystkiem do krwotoków, co w każdym razie jest złe. Dobroć najczęściej używanej rurki okrągłej zależy na wygięciu i rozmiarach, bez tego łatwo może wypaść z tchawicy przy nabrzmieniu części miękkich, niespokojności chorego lub pobudzonem oddechaniu w czasie zaduszania. Wygięcie rurki celowe jest dwojakie: górne o promieniu krótszym 11 linii, dolne zaś 15 linii, miejsce złączenia wypada na $\frac{2}{3}$ długości rurki. Zalecane przez P a s s a v a n t są za krótkie, zwyczajnie przyjęto dwa cale, jednak dla łatwiejszego wychodzenia wypocin i śluzu wewnętrzna rurka winna być dłuższą o 2—3 linii, co znowu utrudnia wsuwanie. Szerokość jej zależy od wieku i płci, B r e t o n n e a u chciał żeby średnica narzędzia równała się otworowi głośni, dla dorosłego 15 m., dla dziecka 2 lat 3—3½ linii, zresztą można wprzód zmierzyć powierzchnie pół obwodu tchawicy i odtrącając na powłoki 2 milim. a na grubość jej 1 milim., łatwo otrzymamy obwód cały a z niego średnicę. Wybór metalu jest dowolny, przeciwnie kauczukowe prędko kruszą politure, na rogowych zaś łatwiej zasycha śluz lub wypocina, wycinanie okienek szkodliwe. Dr S e u d l e r (*Prager Vierteljahrschrift*) dodał do rurki konduktor dla łatwiejszego wprowadzania, który zdaje się być zbytecznym. Za przykładem R o u x w braku rurki umieszcza się zwykle odcięte piórko, w jednym końcu przedziurawione dla umocowania które wystarcza dla dojścia powietrza. (Rozszerzacz G e n d r i n'a a nawet ulubiony T r o u s s e a u jest zbyteczny, paznokiec najlepiej tę rzecz ułatwia, naturalnie przy pewnej wprawie i śmiałym działaniu).

Ulepszenia co do wykonywania operacji dążą do ominięcia krwotoku, ztąd C. H u e t e r radzi wykonywać cięcie górne tchawicy nad przesmykiem gruczołu tarczowego umocowanego u dzieci zwykle na chrząstce obrączkowej. R o s e r zalecił swą *Schuber Vincette* rodzaj szczypczyków z małemi krzywemi igłami, które uciskają zahaczone żyły wraz z mięśniami i chronią od krwotoku. C h a s s a i g n a e w tym celu zastosował swoje *Tenaculum*, L a n g e n b e c k, (*Bullet. de Chirurg. 1858*) wynalazł inne *Tenaculum dilatateur* składające się z dwóch haczyków rozchodzących się za pociśnięciem sprężyny, te przytrzymują tchawicę i między niemi robi się cięcie i wsuwa rurkę. P a u l i w Landau (*Ueber die Tracheotomie beim Croup 1858*) urządził osobne narzędzie łączące w jednym akcie otwieranie tchawicy z wprowadzaniem rurki. M a i s o n n e u v e (*Bull. de therap. Nov. 1860*) podał krzywą igłę krającą wewnętrzną powierzchnię z regulatorem dla ograniczenia działania na głębokość, prócz tego zastosowano galwanokaustykę. Wszystko to jednak nie jest dokładnie zbadane, ogół lekarzy zadawała się metoda warstwową a jeśli krwotok jest znaczniejszy i krew wpadnie do tchawicy prosto wciąganiem ustami, można temu zaradzić. Dodawszy jeszcze wspomnienie o wynalezionych szczypcach przez R o b e r t a i C o l l i n a dla wydostawania błon a także o rurkach B r o c i a i S z y m a n o w s k i e g o łatwiej dających się wsuwać, gdyż części zachodzą na siebie jak we wzierniku macicznym, należy podać statystykę o ile można najogólniejszą wypadków leczonych wewnątrznie i operowanych, choć pierwsza nie jest w żadnym stosunku do ostatniej, gdyż tylko wypadki zrozpaczone poddawane bywają operacji.

O p e r o w a n e.

Autor.	Lata.	Miejscowość	Ilość.	Śmierteln.	Stosunek.
Barthez	1862	Szpital św.	255	75,1 ⁰ / ₀	—
—	1867	Eugeniusza.	223	79,1 ⁰ / ₀	1 : 2,8
—	1861—1867	—	785	222 ulecz.	1 : 3,53
Bouchut i Bourdillard	1848—1861	szpital dzieci.	1152	76,1 ⁰ / ₀	1 : 4
Sommes	—	szpital.	83	44,5 ⁰ / ₀	1 : 2
Moynier	1853—1865	Prywatny.	18	6	1 : 1,6
Archambault . .	—	Prywatny.	53	17	1 : 2,1
Schultz	1848—1859	Prywatny.	41	44,8 ⁰ / ₀	—
J. Kühne. . . .	—	—	277	—	1 : 1,22
Martini	—	—	255	—	1 : 1,12
Tilanus w Amsterdamie	—	—	80	52	—
Barbosa w Lizbonie	—	—	31	23	—
w Hiszpanii	—	—	6	5	—
Północna Amer. . . .	—	—	—	$\frac{1}{2}$ śmierci.	—
Rożyński w Kałuszyńcu	1859—1863	Prywatny.	8	6	—
Grochowski	1869—1872	Prywatny.	3	1	—

Nieoperowane.

Autor.	Lata.	Miejscowo.	Ilość.	Śmierteln.	Stosunek.
Vacher . . .	1859	Szpital.	211	—	1 : 1,6
—	1866	—	132	—	1 : 2,2
Rilligt i Rosen.	—	Genew. pr.	1443	—	1 : 3
Barthez . . .	1861—1867	Szpital.	917	—	1 : 11
Boudet przed tra- cheotomią . . .	1830—1841	Szp. pryw.	—	Sporadycz.	1 : 6 $\frac{1}{2}$
Möller z Królewca	1849—1860	prywatny.	1141	epidemicz. 76%	1 : 18 $\frac{1}{2}$
Berg ze Szwecyi	1859—1868	—	3172	—	1 : 6
Luzsinsky . . .	—	—	90	—	0,2 : 6
Pauli	—	—	75	—	0,1 : 1
Grochowski co- rocznie Kałuszyn.	—	—	25	—	1 : 68

Patrząc tylko na te liczby i nie uwzględniając zapewnienia zwolenników tracheotomii, wykazujących mimo ciężkich powikłań jak zapalenie płuc etc jeszcze szóstą część uleczonych, wypadnie zawsze usilnie zalecać operację ze względu na trzecią część ofiar wydartych śmierci. To ostatnie jest powodem ogłaszania tego pomyślnego wypadku, być może, że publiczność uwierzy w zbawienno jej skutki, a tak zwalczony zostanie przesąd, który z pewnością więcej zabił dzieci niż operacja.

ROZNE 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 Odessie.

(Ciąg dalszy *).

M) Choroby siatkówki (*Morbi retinae*).

Kilkakrotnie obserwowalem podrażnienie siatkówki (*hyperaesthesia retinae*), często wywoływane pracą przy lampie naftowej. Pewien 24-letni stolarz, Michał Rożycki, uskarżał się na osłabienie w roku, światłowstręt i widzenie ognistych kół w okolo źrenicy; oftalmoskopowanie bolesne; nieznaczno przekrwienie siatkówki. Chory ten prawem okiem czyta N. 12 Sn. (w odległości 1'), lewem N. 8 $\frac{1}{2}$, przy użyciu zaś szkieł błękitnych (lit. E.), prawem mógł czytać N. 6, lewem 5 $\frac{1}{2}$, a obydwoma nawet 4 $\frac{1}{2}$ Sn.

*) Patrz Nr 15, 18, 20, 22, 28, 32, 33, 34, 35, 36, 37 i 28 Gaz. Lek.

Dwukrotne rozdrażnienie siatkówki widziałem przy *staphyloma posticum*, u pewnego starozakonnego L. z Józefowa, który cierpiąc na *staph. posticum utr.* w średnim stopniu, nie mógł znieść blasku śniegowego; i u 44-letniej starozakonnej R. z Piasek, która cierpiąc silny ból głowy, przy znacznej *staph. post. utr.*, zaczęła doznawać nieprzyjemnego uczucia, ciągle jej się zdawało, że przed oczami sypie się z góry sadza, jakby śnieg padał; patologiczny proces naczyniówki w tym wypadku sięgał już okolicy żółtej plamki. Nadczułość siatkówki, trwająca u tej chorej całą zimę, znacznie się zmniejszyła przy użyciu konserwów na początku wiosny, a w czerwcu r. b. zupełnie stała się normalną, przez co wzrok o wiele się poprawił.

Pewien student krakow. Uniwersytetu z Tuczępy (gub. kieleckiej) zasięgał u mnie rady wskutek szczególnego widzenia jednem okiem, znanego w nauce p. n. *metamorphopsia*, a które zależy lub od częściowego oderwania siatkówki, lub też od jej wciągnięcia w wklęsłość głębszych błon. Pacjent ten, znany też szan. kol. R y d l o w i, cierpiał w wysokim stopniu myopii (M. $\frac{1}{5}$) w skutek *staphyloma posticum*. Ponieważ przy pracy jedno oko znacznie przeszkadzało, więc musiał je zawiązywać. Radziłem pijawkę H e r t e l o u p'a i pigułki sublimatowe.

Retinitis pigmentosa. Barwnikowe zwyrodnienie siatkówki obserwowałem trzy razy: u pewnego spisowego katolika (szpital św. Józefa) i dwóch starozakonnych, zasięgających méj rady. Słówko o tych ostatnich.

1) Jech Dyament, lat 25, z Izbiicy. Między rodzicami żadnego pokrewieństwa. Złe widzi od dzieciństwa i, jeśli mu wierzyć, stan oczu nie pogarsza się od pewnego czasu. Widzenie naośnie dniem dobre, nawet wieczorem przy stearynowej świecy rozpoznaje litery N. 3 Sn., lecz chodzić o szarej godzinie wcale nie może i nie rozpoznaje przedmiotów z powodu znacznego zwiężenia pola widzenia. Zewnątrz gałki oczne normalne, łamiące ich środki przezroczyste, tarczki nerwowe blade i naczynia siatkówek cieńsze. Barwnikowość (*pigmentatio*) siatkówek tworzy przepyszny rysunek tygrysięj skóry (*retinite tigrée*); plamy barwnika, szczególnie w prawej gałce, formą i łączeniem się z sobą przypominają komórki kostne. Barwnik siatkówki daje się już widzieć niedaleko tarcz nerwów optycznych w odległości $1\frac{1}{2}$ średnicy takowych. Rzecz godna uwagi: miejscami pod barwnikiem widzieć się daje białawość naczyniówki (*atrophia chor.*), a więc i ta ostatnia bierze udział w formowaniu się barwnika w siatkówce, na co niektórzy mikrografowie robią nacisk. W sąsiedztwie lewej tarczy (strona nosowa) okrągła czarna plama barwnikowa.

2) Nuchim Grünberg, lat 31, zrodzony w Tarnogrodzie z rodziców między którymi nie było pokrewieństwa. Siostra starsza cierpi także na oczy, lecz w jaki sposób niewiadomo. Lewem okiem lepiej widzi: S. oc. dxt. = $\frac{1}{25}$, S. oc. sin. = $\frac{1}{8}$. Cierpi ból głowy. Pole widzenia zwiężone, wieczorem chodzić i pracować nie może; modląc się trzyma świecę pomiędzy książką i oczami. W prawem oku *cataracta polaris posterior* z promieniami zmetniałych włókien sięgających równika soczewki. Tarczki nerwowe bladawe (*atrophia nn. optic. incipiens*). Takie same złogi barwnika w siatkówkach, jak w poprzednim wypadku, nie dochodzi on tarcz

optycznych na odległości dwóch poprzeczników. Wzrok chorego pogarsza się już od trzech lat, pomimo używanych środków.

Retinitis albuminurica. Wypadek który tu w krótkości podam utwierdził mnie w tem przekonaniu, że rokowanie przy białkomocowym cierpieniu siatkówki powinno być zle, nietylko co do poprawy wzroku, lecz i *quo ad vitam*. Kilka wypadków tego rodzaju zapaleń siatkówki, które miałem w mojej oftalmicznej praktyce, wcześniej czy później zakończyły się śmiercią pacjentów w skutek znacznych patologicznych zmian serea i nerek. Fakt ten potwierdza i R o b e r t s o n (*Annales d'oculistique, Juillet-Août, 1871*), podając 5 obserwacyj *retinit. albuminurica*), gdzie prawie wszyscy chorzy zakończyli życie przy objawach uremicznych. Lekarz ten twierdzi, że białkomoczowe zapalenie siatkówki najczęściej zdarza się przy tej formie *morbus Brighti*, gdzie już nastąpił zanik (*retractio*) nerek; rzadziej bywa przy amyloidalnej zmianie nerek, wątroby i śledziony. Nasz wypadek stwierdza ten fakt, że tłuszczowe zwyrodnienie elementów siatkówki następuje w ostatnim okresie choroby B r i g h t a, przy rozwinięciu się tkanki łącznej w nerkach i przeroście lewego serea, która, jak wiadomo, T r a u b e obwinia jako główną sprawczynię choroby siatkówki.

Wiktorya Wiadrowska, mężatka, mająca lat 27, ze wsi Czochowa, przybyła do szpitala św. Wincentego 29 listopada r. z. i umarła tamże 11 stycznia r. b. Chora zaczęła cierpieć od wiosny, lecz już po żniwach musiała się położyć do łóżka w skutek ociekliny dolnych kończyn, stopniowo zwiększającej się duszności i *ascites*. Na wzrok zapadła od św. Michała. Gdyśmy oglądali chorą, a było to 9 grudnia, znaleźliśmy w wysokim stopniu niedokrwistość i znaczną ocieklinę, dolnych kończyn, jamy brzusznej (*ascites*) i twarzy, a ponieważ na lewej białkowiec powstało znaczne wynacznienie krwi (*ecchymosis subconjunctivalis*) i chora uskarżała się na stopniową utratę wzroku, przeto zbadaliśmy jej oczy wziernikiem. Odkrywszy w obu siatkówkach zmiany charakteryzujące białkomoczowe jej zapalenie, rozpoznaliśmy *morbus Brighti*, co natychmiast stwierdziliśmy wraz z kol. S z m i d t'em: mocza zawierała znaczną ilość białka.

Siła wzroku w lewem oku = $\frac{1}{4}$, w prawem S = $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$. Wziernik też w lewej siatkowiec wykrywał większe zmiany aniżeli w prawej, chociaż patologiczny proces w siatkówkach był stosunkowo daleko znaczniejszy aniżeli można było się spodziewać. Zresztą jest to charakterystyczny objaw przy białkomoczowym zapaleniu siatkówki, iż stopień wzroku bywa jeszcze dość niezły pomimo głębokiego i na znacznej przestrzeni widzialnego zwyrodnienia siatkówki. Oftalmoskopiczne zmiany siatkówek były bardzo podobne do takichże przedstawionych na fig. 247 oftalmologii S z o k a l s k i e g o: kontury tarcz nerwowych niejasne, jak to rysuje L i e b r e i c h, w skutek surowicznego obrzęku siatkówki, widzialnego w około nich na przestrzeni $\frac{1}{2}$ —2 ieh średnic; po za tem kołem, którego normalny kolor dna znacznie był bledszym, znajdował się biały, silnie błyszczący pas, szeroki od 1—2 $\frac{1}{2}$ średnic, okrążający tarczę w formie nieregularnego koła. Na powierzchni tego białego pasa tłuszczowo przeistoczonej siatkówki przebiegały naczynia krwionośne, i znajdowały się liczne wylewy krwi w formie plam okrągłych, owalnych i pałeczkowatych, mniej liczne wylewy krwi

znajdywały się i po za obrębem białego pasa, między nim i tarczą nerwową, a także między nim i równikową okolicą gałki. Największe przeistoczenie tłuszczowe istniało w okolicy plamki żółtej, gdzie widzialne też były barwnikowe złoگی, w prawej gałce w formie trzech grup czarnych punkcików na tle silnie białem, w lewej pod formą prostopadłej nieregularnie ząbkowatej plamy, zewnętrzna strona której sąsiadowała z liczną grupą krwawych punkcików (*extravasatio*).

Przebiegu choroby nie będę tu skroślał, powiem tylko, iż pomimo użycia rozmaitych środków (tanniny, mleczanu żelaza, siarczanu chininy etc.) i dwukrotnie powtarzanej *paracentesis abdominis*, ogólny stan chorób pogarszał się, wzrok przytem zuikał przy zwiększającym się zwyrodnieniu siatkówek i powstałego po raz drugi wylania się krwi w górnej powiece (w formie *sugillatio*). Nakoniec oddech stał się bardzo utrudnionym, krwioplucie, stan gorączkowy, nowe *sugillatio* na powiece, dwudniowa nieprzytomność i śmierć przy objawach uremicznych.

Sekeją wykonałem wraz z kol. J a n k o w s k i m i J a n i s z e w s k i m. W mózgu niedokrwiłość w wysokim stopniu; żadnych makroskopicznych zmian w centralnych organach widzenia, które jak wiadomo, także ulegają tłuszczowemu zwyrodnieniu. Przyrośnięcie obu płuc i chroniczna ich ocieklina. Znaczne zebranie się surowiczego płynu w osierdziu, koncentryczny przerost lewego serca, ściany którego grubsze były aniżeli na dwa palce; organicznej wady w zasłonkach sercowych nie wykryto; w zasłonkach aorty świeże apoplektyczne złoگی, które wraz z wylewami krwistemi na łącznicy i powiekach, a także przy istnieniu krwioplucia, tłumaczyliśmy pęknięciem małych naczyń w skutek tłuszczowego zwyrodnienia ich ścianek, nie zaś embolicznym procesem. Takowe apopleksye i takiej samej przyczyny stwierdzone były i w obu siatkówkach. W jamie brzusznej znaczne zebranie się surowiczego płynu; siatka brzuszna przyrosła do przednich ścian brzucha w dwóch miejscach, gdzie robiono przekłócie. Wątroba uległa tłuszczowemu zwyrodnieniu; śledziona wielka, rozmięczona. Obie nerki uległy zanikowi w skutek rozwinięcia się w nich tkanki łącznej (trzeci okres choroby B r i g h t a), pośród której gdzieś tylko widać normalną budowę miąższu, upstrzoną rozmaitej wielkości surowiczemi torbielami; szczególnie zmniejszoną była lewa nerka, długość jej nie przewyższała 7 cent., szerokość 4 cent. i grubość 2 cent. (!). W jajnikach i macicy nie anormalnego; pęcherz urynowy pusty.

Ponieważ w Nr. 13 i 14 Gazety lekarskiej za rok 1866 kol. J o d k o opisał wypadek *retin. albuminaria*, obserwowany przez niego za życia i badany pośmiertnie przez prof. B r o d o w s k i e g o, uważałem przeto za stosowne, wysłuszczywszy obie gałki oczne, przesłać takowe szanownemu professorowi, prosząc go aby zechciał stwierdzić rezultaty pierwszego swego mikroskopicznego poszukiwania, a mianowicie: w jakim stopniu podlegały zmianom warstwa włóknista siatkówki i promieniste jej włókna M ü l l e r'a (zgrubienie), a także czy też rzeczywiście największe zmiany dawały się widzieć w obu ziarnistych warstwach, gdzie znaleziono przepelnienie takowych jąderkowatym nagromadzeniem, kuleczkami tłuszczu i grudkami krwi przeistoczonej. Upraszałem przytem p. B. przekonać się w jakim stopniu uczestniczy w białkomoczowej zmianie siatkówki i na-

czyniówka (*pigmentatio* odkryte wziernikiem), a także nerw optyczny i *corpora quadrigemina*. Szan. prof. B r o d o w s k i uwiadomił mnie listem o rezultacie mikroskopicznych badań siatkówek w tych słowach: „Poszukiwania moje nie wykryły nic takiego coby *in retinulae albuminurica* nie było jeszcze postrzeżane. Główną rolę i tym razem, jak w przypadku kol. J o d k o i innych, grały kuliste ziarniste ciała w obydwóch warstwach ziarnu (*Körnerschichte*) rozsypane. Natężenie processu mierzyło się ilością ciał wspomnianych. Do również stałych objawów tej sprawy i w tym przypadku należały wylewy krwi z naczyń włosowatych siatkówki. Znajdywałem je tym razem w rozmaitych warstwach, gdy w wypadku kol. J o d k o widywałem je tylko pod *m. limitans interna*. W wielu miejscach pozostały tylko ślady po nich w postaci ziarnistego barwnika żółto-czerwonego. W miejscach większego natężenia tej sprawy komórki nerwowe podpadały już stwardnieniu (t. j. stawały się jednolitemi, mocno światło łamiącymi); już też zamieniały się na ciała ziarniste. W tychże miejscach i włókna nerwowe przedstawiały się grubszymi i mocno światło łamiącymi. Włókna M ü l l e r'a ulegały nieznacznemu zgrubieniu; wyraźniejsze zgrubienie dawało się postrzeżać na błonie zewnętrznej (*tun. adventitia*) tętnie. Jak kolega więc widzisz, sprawa ta wybitnego zapalnego charakteru nie posiada; zgrubienie włókien M ü l l e r'a i *tun. adventitiae* prawdopodobnie jest następstwe. Główną rolę grają tu przemiany wsteczne — z w y r o d n i e n i e.”

O nerwie wzrokowym i centralnych organach wzroku w liście nie nam nie zakomunikowano.

(Dalszy ciąg nastąpi).

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

O zależności typu gorączek bagiennych od daty początku zakażenia

Przez Dra L. C o l i n, profesora w Val-de-Grâce.

Przy opisie następstwa form chorobnych, jakimi objawia się zakażenie błotne, Dr L. C o l i n szczególny nacisk kładzie na to, że w strefach gorących, jak również w pewnych okolicach stref umiarkowanych, pierwotną formą tych objawów jest zwykle gorączka ciągła (*febris continua*) lub zwalnająca (*f. remittens*); że następnie dopiero przychodzi typ peryodyczny, z intermisyjami tym wyraźniejszymi i dłuższymi, im dłuższy przeciąg czasu wpłynął od początku zakażenia.

Na poparcie tej teorii, opartej na bałaniach wielu lekarzy, a tor przytacza fakt, że w armiach, podczas pochodów przez okolice błotniste, tak często pojawia się gorączka zwalnająca, gdy tymczasem mieszkańiec tych krajów, zakażony będąc już oddawna, podlega tylko napadom gorączki przepuszczającej. Przyczyna tego zjawiska leży w tem, że żołnierz przeniesiony po raz pierwszy w błotniste okolice, przechodzić musi od początku przez cały szereg objawów chorobnych, przez który krajowicę już przeszedł i gorączki ciągłe lub re-mitujące tem więcej panują w wojsku, im okolice w których to wojsko przedtem przebywało były zdrowszemi.

Od dawna już zwracano uwagę na podobną różnicę stanu zdrowia wojska i ludności krajów zajętych, dającą się z łatwością wykazać we wszystkich miejscowościach błotnistych. W krajach gorących, gdzie pod wpływem ciągle wysokiej temperatury, liczba zapadających rocznie na gorączki bagienne jest znaczną, czasami bardzo trudno zauważyć czy różnice w objawach chorobowych stosują się do czasu upłynionego od początku zakażenia. Trudność ta polega głównie na tem, że obserwujący zaniedbują rozdzielić chorych na kategorie ułożone podług daty ich przybycia; oprócz tego należy zwrócić uwagę i na to, że ciągle istnienie przyczyny choroby, to jest ciągle wywiązywanie się malaryi sprowadza nieskończoną różnorodność w formach chorobowych.

Są jednak kraje, gdzie badanie tych kwestyj ulega znacznemu uproszczeniu, jak np. w niektórych ku północy położonych, błotnistych okolicach Niemiec, gdzie z powodu, że średnia temperatura jest dosyć niską, malarve nie rozwijają się tak łatwo jak w latach wyjątkowo gorących, jakimi były np. rok 1828 i niedawno rok 1868.

Łatwo pojąć, że w tych latach liczba zapadających po raz pierwszy znakomicie się zwiększa i wtedy to można obserwować całemi partjami chorych, przedstawiających pierwotne objawy zakażenia, pozostające zaś dłużej w danej miejscowości widzimy, że każde zakażone indywidualum przedstawia ten sam porządek w rozwoju objawów zakażenia błotnego.

Od niedawnego czasu teorya takiego następstwa typów została znakomicie popartą poszukiwaniami badacza, znajdującego się w wyżej wymienionych warunkach, to jest mieszkającego w miejscowości gdzie malarya pojawia się w odstępach czasu dosyć długich; tym sposobem mógł on badać na wielką skalę różne sposoby przejawiania się zakażenia błotnego tak w początkach jako też i w późniejszych okresach.

Badacz ten, R i t t e r z Oberndorf, mieszka w okolicy błotnistej, położonej przy ujściu Elby. Najpierw ogłosił on badania swoje nad epidemią, którą obserwował w roku 1868 (*Studien über Malaria infection in Virchow's Archiv. 1869*). Epidemia ta tak pod względem natężenia, jako też i rozszerzania się przekraczała zupełnie zwykłe granice skutków malaryi w tych okolicach. Następnie tenże sam autor nie przestał śledzić za dalszym rozwojem choroby i w roku 1869 mógł badać postęp zakażenia z r. 1868 u tych samych indywidualum. Zmiany te opisał w innej pracy (*Ueber Nachepidemien der Malaria-infection, in Virchow's Archiv. 1870*). Oto krótki wyciąg z tych dwóch rozpraw:

Zakażenie błotne (*Malaria infection*) objawia się głównie dwoma sposobami: 1) jako gorączki bagienne (*Marschfieber, fièvre des marais*), odznaczające się natężeniem samej gorączki i brakiem typu przepuszczającego (i takimi były gorączki w pierwszym roku 1868 i 2) jako gorączki przepuszczające (*Wechsel-fieber, fièvre intermittente*), które pojawiały się wyłącznie w następnym 1869 roku. Gorączki bagienne które są zatem typu ciągłego lub zwalniającego, są objawem zakażenia ostrego; one to pojawiają się gdy wpływ malaryi zwiększa się niezwykle i gdy mu podlegają organizmy dotychczas niezakażone, jak to miało miejsce w Północnych Niemczech w 1826 i 1868 roku.

Gorączki przepuszczające są znów właściwością zakażenia chronicznego, objawiają się u indywidualum chorujących od roku lub dwóch lat na gorączki bagienne; to też w krajach gdzie często się zjawiają, lud prosty wie dobrze o tem, że jeśli jednego roku panuje epidemia gorączek bagicznych, to w następnym roku lub też dwa lata później przyjdzie na pewno epidemia gorączek przepuszczających. W skutek tego to praca następstwa, wykrytego przez autora, nadaje on epidemię gorączek przepuszczających nazwę epidemii wtórnej czyli następczej (*Nachepidemie, epidemie secondaire*). Jako dowód takiego następstwa typów służy przytem okoliczność, że te same indywiduala podlegały zakażeniu tak w pierwszym jak i w drugim roku i że zakażenie chroniczne, charakteryzujące się typem przepuszczającym, zjawia się w tych samych miejscowościach gdzie roku poprzedzającego obserwowano wyłącznie oznaki zakażenia błotnego, to jest gorączki ciągle lub zwalniające.

Podobne obserwacje chociaż mniej ściśle i mniej szczegółowe pozostał. z roku 1826 i widzimy z nich, że i wówczas przeważał typ ciągły lub zwalniający.

Można więc przyjąć jako rzecz dowiedzioną, że nawet po za 50^o szerokości północnej gdzie malarya sprowadza zwykle gorączki przepuszczające, typ przepuszczający nie jest bynajmniej oznaką początku zakażenia.

Podając te nowe następstwa typów, autor nie twierdzi jednak stanowczo: żeby w każdym wypadku napad gorączki ciągłej lub zwalniającej musiał istnieć jako pierwotny objaw zakażenia nawet w dziele swoim (L. C o l i n. *Traité des fièvres intermittentes p. 155*) mówi

co następuje; „Widocznem jest, że w miejscowościach błotnistych stref umiarkowanych, bliżej ku północy położonych, jak w Hollandyi, Niemczech północnych i Anglii, zwykła wysokość temperatury letniej nie jest dostateczną dla wywołania gorączki zwalniającej lub ciągłej. Tylko w latach wyjątkowo gorących jak 1746 i 1747, oraz w nowszych czasach w latach 1826 i 1868 można było obserwować wypadki poczynające się od napadów gorączki zwalniającej zwykle zaś w tych klimatach gorączki przepuszczające zjawiają się od początku zakażenia.”

Zdanie to jest powtórzone i w wyżej przytaczanych pracach p. R i t t e r: „Zakażenie chroniczne (gorączka przepuszczająca) następuje zwykle po ostrym (gorączka zwalniająca lub ciągła), lub je poprzedza jeśli działanie miazmatu z powodu warunków klimatycznych jest bardzo słabe (R i t t e r l. c.). Praca R i t t e r a jest jeszcze bardzo ważną pod pewnym względem, autor bowiem usiłuje wykazać, że rzadko spotykać można gorączki t. zw. klimatyczne, to jest zależące od wpływów meteorologicznych więcej jak od warunków miejscowości i położenia geograficznego czyli od zakażenia tellurycznego. Pochodzi to stąd, że w okolicach północnych wpływ malaryi nie rozprzestrzenia się po za granice miejscowości, w których się wytwarza czyli że działanie malaryi pozostaje endemicznem, pod zwrotnikami zaś ciągle wysoka temperatura powoduje wytwarzanie się malaryi w każdej miejscowości i właśnie na tym fakcie opierając się Dr L. C o l i n, proponuje zmienić nazwę zakażenia błotnego na zakażenie ziemne czyli telluryczne (*intoxication tellurique*).

Wszystkie te obserwacje jasno dowodzą, że przyczyna wszelkich typów gorączek bagiennych jest ta sama w każdym wypadku, różnice zaś w objawach zależą od czasu zakażenia. T r o u s s e a u obserwując prawie jednocześnie jak stale trzeciaczki pojawiały się w Tours a czwartaczki w Saumur wypowiedział zdanie: „że typ zależy więcej od natury miazmatu i od miejscowości aniżeli od usposobienia zakażonego indywiduum.” Obecnie widocznem jest, że różnice leżą tylko w datach początku zakażenia, tak: podczas gdy w okolicach, gdzie bagna istnieją już od wieków, ludność podlegająca zakażeniu przedstawiać będzie typy najbardziej przepuszczające, jak czwartaczka, to w sąsiednich okolicach gdzie w skutek wylewów rzek lub karczowania lasów, bagna tylko co się potworzyły, mieszkańcy eierpieć będą na trzeciaczkę lub nawet na codzienne napady zimnicy. Dla tych samych przyczyn w wojsku, które z kraju zdrowego przemaszzerowało w kraj błotnisty, zdarzać się będą wypadki gorączki zwalniającej, między mieszkańcami zaś, gorączki przepuszczającej.

Amerykański lekarz, P. S a l i s b u r y usiłował badaniami swemi poprzeć teorię wielości gatunków miazmatów błotnych, jako przyczyn gorączek bagiennych, nie tu miejsce zajmować się zbijaniem wniosków wyprowadzonych z tych poszukiwań, wspomnieć tylko należy, że P. S a l i s b u r y opisywał kilka rodzajów pasożytów należących do wodorostów, jako to: *Geminum rubra*, *g. verdans*, *g. paludis*, *g. alba*, *g. protuberans*, przypisując każdemu z nich własność wywoływania oddzielnego typu gorączki. Czy można jednak przyjmować podobne rozróżnienia, jeśli codziennie prawie zdarza się widzieć tychże samych chorych przedstawiających kolejno po sobie następujące różne typy gorączki?

Teorię tę w nowszych czasach posunięto jeszcze dalej; dowodzono bowiem, że typ gorączki tłumaczyć można kolejnem odradzaniem się nowych pokoleń pasożytów. Niektóre z tych pasożytów miały posiadać możność codziennego odradzania się, inne co dwa lub trzy dni, powodując tym sposobem pojawianie się gorączki codziennej, trzeciaczki lub czwartaczki. Ponieważ zaś jeden chory może przedstawiać wszystkie te typy, należało więc przypuścić, że chory kolejno bywał zakażony wszystkiemi temi pasożytami lub też że termin odradzania się następnych pokoleń jednego pasożyta ulegał ciągłemu przedłużaniu.

Dowodzenie podobne w obec licznych faktów klinicznych ostać się nie może, tembardziej, że i odkrycie p. B a l e s t r a zbija tę teorię własną jej bronią. P. B a l e s t r a bowiem odkrył na błotach pontyjskich pasożyty zupełnie różne od pasożytów opisywanych przez P. S a l i s b u r y a mimo to zimnicie tak w Indjach, jak w Hollandyi i Meksyku objawiają się jednakowym typem.

W obecnych czasach, gdy niektórzy uczeni tak gorliwie zajmują się kwestyą pasożytów, codziennie spotykać się można z odkryciami mikroskopowych organizmów, będących jakoby przyczyną tej lub owej sprawy chorobowej. Przypuścić należy, że wykazanie przyczyny żyjącej i specyficznej znacznie by uprościło patogenię chorób zakaźnych i zaraźliwych, gdyby można odkryć macierzystą komórkę każdego zarazka, nie byłoby już i mowy o zapobieganiu zaraźliwości i leczeniu chorób takich jak tyfus lub cholera. Aby dojść do po-

dobnych rezultatów, należy każde nowe odkrycie tej gałęzi nauki poddać krytyce rozumowej i badaniu klinicznemu. Wiadomo ilu pasożytom przypisywano powstawanie cholery, prawdziwa jednak przyczyna dotąd wykryta nie została. Podobnie będzie dla zimnicy i jeżeli po długich badaniach uczeni wykażą, że pasożyt bywa jej przyczyną, to ten pasożyt musi być identycznym we wszystkich typach gorączki i będzie go można wykryć w każdej okolicy nawiedzanej przez zimnicę. Zbyt wczesne wnioski i delikatne hipotezy nie posuwają naprzód nauki i dlatego to stawiając jaką teorię sensłą i prawdziwą nie należy nigdy zbacać z drogi pozytywnej i marzeniami dopełniać braki faktów i obserwacyj klinicznych.

Wiadomości bieżące.

— Wypadek pęknięcia pęcherza moczowego (*vesica urinaria*). 30-letni dzierzawca przyszedł po poradę do G o u l e y'a z powodu nagłe powstających bólów gwałtownych w podbrzuszu. Skoro tylko chory znajdował się w wyprostowanym położeniu, bóle nagłe znikaly. Z anamnezy pokazało się, że z powodu dwudniowego zatrzymania moczu (*retentio urinae*) chory prosił przyjaciela swego o wprowadzenie cewnika. Po wprowadzeniu cewnika przez G. wypłynął ciemny, krwawy mocz, pęcherz moczowy nie został jednak całkowicie opróżniony ze swej zawartości, tak, że co dwie godziny trzeba było cewnik wprowadzać. Na drugi dzień wystąpiły wyraźne objawy zapalenia otrzewnej (*peritonitis*), wymioty, bóle i t. d. Objawy szybko się pogorszały i następnego dnia chory zmarł. W moczu znaleziono około 75% białka, ropę, krwi i nabłonek (*epithelium*). Przy oględzinach pośmiertnych przekonano się, że wszystkie narządzie z wyjątkiem narządzi moczopłciowych i otrzewnej, były niezmiennione. Ostatnia pokryta była grubą warstwą wysięku i sklejona z ścianami kiszki, jama brzuszna zaś wypełniona wielką ilością moczu. Pęcherz moczowy ściągnięty, pusty, a po stronie prawej, w bliskości linii środkowej ściany tylnej pęknięty, przez otwór można było przeprowadzić trzy palce; ściana tylna pęcherza była także pokryta grubą warstwą wysięku. Nie było śladów zapalenia na błonie śluzowej, ani złożeń w pęcherzu. Jeden moczowód był przekrwiony, obydwa były przenikliwemi dla moczu. Cewka moczowa i gruczoł krokowy były niezmiennione. G. domyśla się, że pęknięcie nastąpiło w skutku skoku z wysokiego miejsca w obce wypełnionego pęcherza moczowego.

(*The medical record*, N. 152 i 153, 1872).

— Przecięcie nerwu trójdzielnego (*n. trigeminus*). P a n e o a s t wykonał już po raz czwarty przecięcie trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego tuż przy dziurze owalnej (*foramen ovale*). Operacya w mowie będąca wykonywa się w następujący sposób: odsłania się gałąź zuchwy i wyrostek dziobiasty (*processus coronoides*) takowej. Odcina się przyczep ścięgniasty mięśnia skroniowego (*m. temporalis*), a mięsień odciąga się w stronę dołu skroniowego. Następnie odpilowuje się wyrostek dziobiasty, w celu swobodnego dostępu do dołu klinoszczykowego (*fossa sphenomaxillaris*). Końcem wskaziciela odszukuje się tętnicę szczękową wewnętrzną (*a. maxillaris interna*), oddziela od części sąsiednich i podwiązuje. Przez dalsze oddzielanie części odsłania się przyczep mięśnia skrzydłatego zewnętrznego na skrzydle wielkiem kości klinowej. Po odcięciu takowego od kości, leży odsłonięta trzecia gałąź nerwu trójdzielnego, która przy dziurze owalnej może być przecięta. Jeżeli rodzaj nerwobolu wymaga przecięcia i trzeciej gałęzi nerwu w mowie będącego, wtedy w dole skrzydlastoszczykowym (*fossa pterygomaxillaris*) można przy pomocy wąskiego, zagiętego haczyka doprowadzić cienką nitkę pod drugą gałąź, następnie po zawiązaniu nitki wyciągnięty kawałek nerwu przeciąć. Zejsście we wszystkich czterech wypadkach było pomyslnie. W pierwszych trzech wypadkach przecięto drugą i trzecią gałąź, w ostatnim tylko trzecią.

(*Philad. med. Times*. Vol. II, N. 39).

— O zapaleniu szyjki pęcherza moczowego i jego leczeniu. Pod nazwą szyjki pęcherza (*collum vesicae urinariae*) rozumie P o n t i o t tę część, która się rozciąga od błony śluzowej pęcherza moczowego aż do części błoniastej (*pars membranacea*) cewki. Można przyjąć z pewnością, że we wszystkich wypadkach, opisanych pod nazwą skurczu szyjki pęcherza moczowego, część błoniasta była częścią największemu uległą skurczowi. Wedle autora tak pod względem anatomicznym jak fizyologicznym istnieje tylko jeden zwieracz pęcherza (*sphincter*

vesicae), który tylko podzielony jest na dwie części przez część przyprątną (*pars prostatica*). Co się zaś tyczy zapalenia szyjki pęcherza, to wielu autorów mniema, że niemożliwem jest oznaczyć, że sprawa chorobowa rozciąga się tylko do samej szyjki. Wedle P. są jednak dwie metody, za pomocą których można wykazać obecność sprawy chorobowej o której mowa; raz przy pomocy bezpośredniego badania, powtórne, przy leczeniu miejscowem, usuwajacem rzeczony cierpienie, jeżeli jest wyłącznie na szyjkę stosowane. Co się tyczy pierwszego, to autor zwraca uwagę na dobre usługi, jakie przy badaniu oddają *bougies à bouie*, gdyż przy ich pomocy można bardzo dokładnie oznaczyć czyse sprawą chorobową zajęta. Jeżeli istnieje zapalenie szyjki, wtedy przy przeprowadzeniu przyrządu przez cierpiące miejsce chory czuje gwałtowny ból, podczas gdy zetknięcie świeczki z każdą inną częścią pęcherza wcale bólu nie wywołuje. Co do drugiego, sprawę chorobową można zaleczyć, wprowadziwszy tuż za część błoniastą od 10—20 kropli roztworu azotanu srebra. Jeżeli działanie środków żrących chcemy ograniczyć do szyjki pęcherza, wtedy zalecamy choremu przez pewien czas mocz powstrzymać i dopiero wprowadzamy środek żrący. Jeżeliby nawet kilka kropli dostało się do pęcherza, wtedy przez mocz w pęcherzu zawarty zostają do tyłu rozciężzone, że nie wywierają już żadnego działania.

(*Le mouvement medical*, N. 5, 1872).

— **Biodroból nerwowy** (*coxalgia nervosa*). Pod tą nazwą rozumie *W e r n h e r* cierpienie stawu biodrowego, polegające na miejscowem podrażnieniu nerwów, uważane pierwój za biodroból mazienniczy lub nerwoból. Wedle jego spostrzeżeń sprawa ta pojawia się w większej liczbie wypadków w okresie rozwoju ustroju, polegająca w części na wielkiej drażliwości chrząstek i silnie unaczynionej błony maziowej w czasie okresu wzrostu, w części na unerwieniu stawu i mięśni ruchowych go otaczających. Objawy cierpieniu w mowie będącemu towarzyszące są następujące: 1) mniejsze lub większe bóle obok bolesności w oznaczonych okolicach (w okolicy zastłonowej, za więzmem *P o u p a r t a*, skóra na powierzchni wewnętrznej goleni, kłykieć udowy wewnętrzny i t. d.), których rozległość zależy od natężenia podrażnienia; 2) skurcze odruchowe w oznaczonej grupie mięśniowej, wywołane przez podrażnienie nerwów torebki stawowej. Stały skurcz mięśni prowadzi za sobą ankylozę mięśniową (znikającą w czasie uspienia); 3) porażenia innych grup mięśniowych, szczególnie mięśnia czworogłowego i mięśni pośladkowych, uwarunkowane pierwotnie, miejscowemi zaburzeniami w unerwieniu. W większej liczbie przytoczonych 21 wypadków nie dostawało zaburzeń w całym przyrządzie nerwowym, a porażone mięśnie lub skurczowi podległe nie były pod wpływem woli. 4) W końcu, tak jak i przy innych cierpieniach stawów, pojawiają się zaburzenia we wzroście kończyny wraz z przekrwieniem biernem (*hyperaemia passiva*) i obniżeniem ciepłoty; wszystkie te objawy znikają, wraz z ustąpieniem biodrobólu. Przyczyną zaburzenia w odżywianiu jest prawdopodobnie pomniejszenie czynności nerwów troficznych. Biodrobólowi może towarzyszyć i zapalenie, szczególnie gdy sprawa trwa długo postrzegamy często ograniczenie ruchów zgięcia. Opierając się na teorii miejscowego podrażnienia nerwów i powstałego ztąd przykurczenia mięśni (*contractura musculorum*) stosowano leczenie za pomocą aparatu wyciągającego (*apparatus pro extensione*). Do wyciągania używano ciężaru od 5—6 funtów, przeciwwyciąganie (*contractensio*) skuteczniało się za pomocą ciężaru samego ciała. W świeżych wypadkach przy tym sposobie leczenia wszystkie powyżej opisane objawy już po kilku dniach znikaly, najprzód ból, a następnie porażenie; przeciw temu ostatniemu działał bardzo dobrze strumień wzbudzony. W wypadkach przewlekłych z bardzo rozwiniętą ankylozą wyciąganie odbywało się w położeniu na brzuchu, a pięciofuntowy worek z piaskiem cisnął na okolicę krzyżową.

(*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, I B. I H.).

— **Fosfor w chorobach skórnych.** W sprawozdaniu chorób skórnych *E a m e s* mówi o pomysłnym wpływie fosforu, zwykle w oliwie rozpuszczonego, w chorobach, o których mowa. Dziesięć gramów fosforu rozpuszczono w jednej uncyi oliwy i roztworu tego podawano 5—10 kropli, trzy razy dziennie po jedzeniu. Można także fosfor rozpuścić w eterze lub podawać pod formą pigulek, lecz najwłaściwszym do użycia jest roztwór powyżej podany w kapsułkach. E. przekonał się, że fosfor w tej formie podawany, nawet do $\frac{1}{10}$ grana daleko rzadziej wywołuje zaburzenia w trawieniu, jak podawany w jakiejbydz innej formie. Do chorób, w których z pomysłnym skutkiem podajemy fosfor, należą: *t r a d z i k* (*acne*), *w i l k* (*lupus*), *b a b l i c a* (*pemphigus*), *I u s z e z y e a* (*psoriasis*). Przy podawaniu fosforu, podobnie jak i arseniku, autor zauważył białe, błyszczące obłożenie języka. Pojawiają się także przytém: brak apetytu, smutność, osłabienie ciała, ztętko

pełnie trzeba czuwać nad chorem. Skoro tylko powyższe objawy się ukażą, należy zaraz fosfor odrzucić a za to przystąpić do podawania kwasów mineralnych. Żeby środek ten miał wzbudzać popęd płciowy lub wywoływać biegunki, tego E. sprawdzić nie mógł. Niekiedy ilość moczu była zwiększoną, własności jego chemiczne i fizyczne były prawidłowe.

(*The med. record*, N. 154, 1872).

— O powstawaniu odleżyn (*decubitus*) po wewnętrznem użyciu wodanu chloralu. Reimer ogłasza szereg spostrzeżeń, z których dowiadujemy się, że szczególnie przy jednoczesnem stosowaniu wstrzykiwań morfiny i podawaniu wodanu chloralu do wewnątrz powstają przekrwienia skóry, pęcherze, wylewy, odleżyny, szczególnie w miejscach, które od czasu do czasu wystawione są na lekki ucisk. Podobne zaburzenia zauważono już w przewodzie kiszkowym, a autor sądzi, że niektóre jednocześnie występujące sprawy chorobowe narzędzi wewnętrznych zależą od działania tych środków lekarskich. Zdaje się że mamy tutaj do czynienia z przekrwieniem najdrobniejszych naczyń włosowatych, zależnem od porażenia, jakie występuje po zastrzyknięciu morfiny lub użyciu do wewnątrz wodanu chloralu. W jednym wypadku, po użyciu środka w mowie będącego, przy oględzinach pośmiertnych znaleziono oprócz niezżytu żołądka na tylnej jego ścianie rozmiękle ognisko, w którym po oddaleniu łatwo dającej się odskrobać błony śluzowej znaleziono okrągławy wrzód o ostrych brzegach.

(*Schmidt's Jahrb.* N. 6, 1872).

— Słownik Lekarski. W Nr. 24 Gazety Lekarskiej zapowiedzieliśmy wydanie *Słownika Lekarskiego*. Obecnie rozpoczynając druk takowego, celem dania możności Szanownym Kolegom bliższego rozpatrzenia się w układzie i objętości pomienionej pracy, dołączamy do dzisiejszego N-ru Gazety Lek. na okaz pierwsze ośm kolumn w mowie będącego Słownika. Przeświadczeni jesteśmy o koniecznej potrzebie podobnego podręcznika dla każdego lekarza, czytającego dzieła lekarskie w ojezycznym lub jednym z nowożytnych języków. Obrawszy za podstawę w opracowaniu Słownika język łaciński, obok wykazania źródłosłowa greckiego każdego wyrazu, podamy nazwy polskie, niemieckie, francuzkie i angielskie. Dla ułatwienia zaś w odszukaniu nazw polskich, niemieckich, francuzkich, angielskich, podamy na końcu dzieła wszystkie wyrazy lekarskie podług alfabetu każdego z czterech wyżej przytoczonych języków z nazwą łacińską obok, tak, że Słownik ten nie tylko będzie łacińsko-polsko-francuzko-niemiecko-angielski, ale zarazem i polsko-łaciński, niemiecko-łaciński, francuzko-łaciński i angielsko-łaciński. Tym sposobem Słownik Lekarski będzie przewodnikiem przy czytaniu dzieł lekarskich w pięciu rzeczonych językach i zarazem posłuży do ustalenia wyrazownictwa lekarskiego polskiego, które obecnie z takim mozołem się wyrabia.

Ta olbrzymia praca, jak każdy łatwo się dorozumie, wymaga ogromnego nakładu. Redakcyja Gazety Lekarskiej nie szczędzi takowego w przekonaniu, że wydaniem *Słownika Lekarskiego* zapełnia z jednej strony dotkliwą szecerbę w ojezycznym piśmiennictwie lekarskiem, z drugiej zaś wyświadcza prawdziwą przysługę Szanownym kolegom-lekarzom.

Celem dania możności nabycia *Słownika* uczącym się i lekarzom Redakcyja naznaczyła cenę prenumeracyjną tylko rsr. 6 (sześć), która jednak po wyjściu całego dzieła będzie zdwojoną.

Redakcyja najuprzejmiej uprasza Szanownych prenumeratorów o laskawe wyrazne zawiadomienie jak życzą sobie aby *Słownik* był wysyłany: 1) czy w pojedynczych w miarę wyjścia, arkuszach, 2) czy w zeszytach np. dziesięcio-arkuszowych, lub też 3) w tomach po wydrukowaniu całego dzieła. Redakcyja ścisłe zastosuje się do żądania każdego z przedpłacicieli.

— Na posiedzeniu rady Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z dnia 26 września (8 października) otrzymali stopnie lekarzy medycyny: Małachowski Stefan, Siewierski Bolesław, Ciswicki Wiktor, Chwielewski Aleksander, Usceńsk Ignacy, Horoszewicz Jan, Auspitz Ludwik, Freudensohn Władysław, Landau Izidor.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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

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