

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 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. Pęknięcie tętnicy piszczelowej, podwiązanie tętnicy udowej, zgorzel goleni, odjęcie uda, wyzdrowienie. Podał Dr Zenon Kostecki. Sprawozdanie lekarskie z Instytutu Oftalmicznego imienia księcia Edwarda Lubomirskiego. Przez Dra med. Narkiewicza-Jodko. (Dokończenie). Kronika zagraniczna. Uwagi nad idyopatycznym prostym zapaleniem opon mózgowych. Przez prof. Rosensteina z Gröningi. Spolszczył Dr A. Stockmann. O dezynfekcyi przy cholercy. Wedle Dra F. Küchenmeister'a z Drezna. Spolszczył Dr A. Stockmann. (Ciąg dalszy). Wiadomości bieżące. Leczenie żółtowego zapalenia gardła. O leczeniu ran i wrzodów atonicznych za pomocą alkoholu. Świerzbiczka, pruritus, świerzbi, sycosis. Śmiertelność pomiędzy cywilną ludnością Paryża podczas 28 tygodni oblężenia. Od Redakcyi. Dodatek. Pediatrii ark. 36. Spis rzeczy do Tomu XIII Gaz. Lek. Zapowiedziane na bież. półrocze s t o arkuszy druku Bibl. Um. Lek., oraz Przegląd za r. 1870 pp. prenumeratorom rozdane zostały.

**Pęknięcie tętnicy piszczelowej tylnej, podwiązanie t. udowej, zgorzel goleni, odjęcie uda, wyzdrowienie.** (*Ruptura art. tibialis posticae, ligatura ar. femoralis, gangraena cruris, amputatio femoris, sanatio.*)

Podał Dr Zenon Kostecki.

Dnia 5 października 1865 roku o godzinie 1-iej po południu przybył do kliniki chirurgicznej uniwersytetu św. Włodzimierza w Kijowie, mieszczanin Nikita Michalczenko, mężczyzna lat około 45, budowy wątłej, chudy, cery brudnozielonej, muskulatury słabej, wskazując na nogę jako jedyne miejsce cierpienia. Przy oględzinach dokonanych przez ś. p. profesora Juliana Szymana-owskiego, okazała się puchlina całej goleni prawej. Puchlina ta począwszy od *fossa poplitea* objęła całą goleń do palców; wielkość jej szybko wzrastała szczególnie po środku goleni, skóra mocno napięta, temperatura

znacznie podniesiona, kolor samej puchliny przybierał barwę purpurowo-sinawą. Przy lekkim dotykaniu gra fizyognomii chorego zdradzała dolegający ból. Prof. S z y m a n o w s k i zwróciwszy uwagę obecnych na formę puchliny i na jej czułość którą wywołały zapalny stan i obecność ropy, przypuszczał na razie flegmonę. Brak fluktuacyi skutkiem napięcia ścian puchliny i jej ograniczenie raptowne *in fossa poplitea*, zachwiały pierwotne przypuszczenie prof. S z y m a n o w s k i e g o i kazały się domyślać, że w danym wypadku jest do czynienia z obrażeniem jednej z tętnic nogi. Dla lepszego przekonania się professor zadał kilka pytań choremu. Na które chory odpowiedział, że pięć tygodni temu, to jest 1 września nie wiadomo skutkiem jakich przyczyn wróciwszy z roboty uczuł nieznaczny ból *in fossa poplitea*. Ból ten był jedynym objawem poprzedzającym puchlinę, która pod wieczór dnia tegoż, począwszy od *fossa poplitea* rozwinęła się do olbrzymich rozmiarów. Opowiadanie chorego, z którego dowiedzieliśmy się o tak szybkim postępie puchliny, jeszcze więcej utwierdziło profesora w przekonaniu, że tu jest obrażenie tętnicy; zachodziła tylko wątpliwość co do miejsca obrażenia: Dla rozstrzygnięcia tej wątpliwości prof. S z y m a n o w s k i zrobił na środku puchliny klócie wązkim bisturem, poczem zamiast ropy sączyła się krew koloru czarnego, co stanowczo przemawiało za obrażeniem tętnicy nie zaś za flegmoną, jak to na razie przypuszczał professor. Ponieważ dla określenia, która mianowicie tętnica była uszkodzoną, trzeba było ściślejszych anamnestycznych danych, więc zaopatrzwszy miejsce przekłócia lepkiem plastrem i lekką nawiązką z waty, zostawiono go w klinice.

Pod wieczór tegoż 5 października, chory czuł ból przy najmniejszym poruszeniu i niepokój—podano mu morliny w proszkach. Na drugi dzień t. j. 6 października niebezpieczeństwo urosło znacznie, występujące na dolnej części goleni pęcherzyki, wypełnione mętnym płynem, wskazywały wyraźnie sprawę zgorzelinową. Prof. S. obawiając się krwotoku, kazał mieć w pogotowiu wszystko, mogące być potrzebnem do nałożenia ligatury na tętnicę udową, gdyby takowe było nieuniknionem; poczem wprowadził palec w miejsce przekłócia i znalazł znaczną przestrzeń wypełnioną włóknistemi skrzepami krwi, wyprowadziwszy większą część takowych, zauważył professor, że przestrzeń ta była uformowaną kosztem mięśni wewnętrznej i tylnej strony goleni. Opróżnienie rzeczonej przestrzeni wymagało wielkiej ostrożności, żeby przy niewątpliwem uszkodzeniu tętnicy nie wywołać nowego krwotoku. Wyprowadziwszy połowę zawartości rzeczonej przestrzeni, prof. S. mógł wyraźnie omacać wewnętrzną stronę *tibiae*, której gładkość dowodziła, że okostna (*periosteum*) nie była uszkodzoną. Po skończonym opatrunku, chory leżał spokojnie. Przewidując krwotok prof. S. zażądał, żeby przy chorym odbywali kolej studenci i w razie krwotoku zapobiegali takowemu naciskaniem na *art. femoralis*. Jakoż kolej była naznaczoną i ledwo się oddalił professor, przy pierwszej próbie chorego podnieść się, połała się krew szerokim strumieniem. Niebezpieczeństwo było odwrócone, gdyż w tejże chwili jeden z asystentów rzucił się ku choremu i naciskaniem na *art. femoralis* zmniejszył krwotok. Prof. S z y m a n o w s k i natychmiast przystąpił do nałożenia ligatury na *art. femo-*

*ralis* poniżej *art. profundae in angulo Scarpae*. Przystąpiwszy do nałożenia ligatury prof. S. zrobił cięcie na wewnętrznym brzegu *m. Sartorii*, przez skórę tkankę podskórną, w której pokazała się *V. Siph. magna*. *Fascia lata* została obnażoną i według kierunku włókien można było rozpoznać *m. sartorius*, co było ważnem, gdyż ręka naciskającego przeszkadzała do wybrania miejsca dla cięcia na skórze. Przy pomocy zgłębnika i pinceta obnażoną została z pochwy naczyniowej *art. femoralis*, na którą niezwłocznie nałożono ligaturę, poczem krwotok ustał natychmiast. Ligatura nałożoną została poniżej *art. profundae*, żeby zachować krążenie oboczne a tem samem odwrócić niebezpieczeństwo mogącej się rozpocząć zgorzeli. Pod wieczór stan chorego pogorszył się znówu i nastąpił dreszcz a po nim gorączka, temperatura ciała wahała się między 41° a 40° C., tętno słabe, niepełne, liczba uderzeń jego dochodzi 130 razy na minutę. Dnia 8 października stan gorączkowy jak i dnia poprzedniego, temperatura ciała 40° C., puls 108 razy na minutę. Goleń w skutek niepełnego w niej krążenia, przybiera barwę zgorzelinową, utrata czucia w niej prawie zupełna. 9 października zgorzel wyraźna, temperatura ciała 40,2° C., tętno 120 razy na minutę. Dnia 10 zrana zgorzel zajmuje  $\frac{2}{3}$  goleni podnosząc się coraz wyżej, chory czuje upadek sił straszny, temperatura ciała 39,9°, tętno 120 razy na minutę. Około godziny 11 przyszedł prof. S z y m a n o w s k i i za zgodą chorego przystąpił około godziny 12 do operacyi odjęcia goleni według metody G r i t t i (*Transplantatio patellae*).

Przystąpiwszy do operacyi zauważył prof., że maź stawowa żółtej barwy i podejrzanego zapachu, co przy sprawie zgorzelinowej może przyspieszyć rozwinięcie się posocznicy (*septicæmia*), zaprzestał operować metodą G r i t t i i w tejże chwili nie tracąc czasu, rozpoczął na nowo operację metodą D u p u y t r e n'a. Ligatura na *art. femoralis* przeszkadzała pomocnikowi nadebrać należycie miękkie części, w skutek czego po ukończonej operacyi okostna (*periosteum*) i miękkie części niedostatecznie zakrywały odpiłowaną kość. Prof. S. uważał niezbędnem odciągnąć jeszcze więcej okostną i odpiłowawszy nieco wyżej pierścień kości, zakrył jej brzegi z łatwością. Po podwiązaniu tętnie nałożony został szew (*s. nodosa*) i sama rana zakryta lepkiem plastrem.

We dwie godziny po skończonej operacyi, temperatura ogólna ciała = 39° tętno słabe, przyspieszone 120 razy na minutę; pod wieczór chory czuje się jeszcze gorzej, brak apetytu zupełny, sen przerywany, temperatura ciała 38,6° C., tętno 116 razy na minutę. Podano choremu wino czerwone jako środek wzmacniający. 11 października osłabienie ogólne, temperatura 37,2° C., tętno prawie normalne, uczucie głodu nie zaspakaja się podaną mu porcją. Czerwone wino przyjmuje dalej. 12 października choremu znacznie lepiej, apetyt wzmagają się; pod wieczór temperatura ciała 38° C., tętno 98 razy na minutę, ból w nodze czuje tylko przy poruszaniu się. Dnia 13 stan takież sam, temperatura 37,2° C., tętno 90 razy na minutę, tegoż dnia odwiedzając chorego prof. K a r a w a j e w, naznaczył mu *Inf. chin. frigid. parat.* Dnia 14 chory czuje się jeszcze lepiej. D. 15 zdjęto szew, ropienie przeszło w dobre, temperatura ciała i tętno prawidłowe. Od 16 do 26 choremu z każdym dniem coraz lepiej, apetyt ogromny. 26 odeszła

z rany ligatura. Od 27 października do 5 listopada stan chorego nie pozostawia nie do życzenia. 6 listopada w skutku nieznacznej róży, pojawiły się przypadłości gorączkowe, nogę nasmarowano collodium. Do 11 listopada wszystko przeszło a 13 tegoż miesiąca chory został wypisany z kliniki.

Pęknięcie *art. tibialis posticae* przy wyjściu jej z *art. poplitea* nastąpiło w skutek traumatycznego obrażenia i to spowodowało najpierw nieznaczny ból *in fossa poplitea*, a następnie szybkie rozwinięcie się puchliny wystąpiło w skutek wynaczynienia (*extravasatio*) w miąższ tkanek. Chory mało zwracał uwagi przez 5 tygodni na swoją niemoc, co spowodowało zanik mięśni, zapalny stan skóry i wytworzenie włóknistych skrzepów krwi. Uwzględniając trudność dyagnostyki, a także trudności przy nałożeniu ligatury i wykonaniu operacyi, zejście choroby było bardzo szczęśliwe, gdyż powrót do zdrowia nastąpił *celeris paribus per primam intentionem*. S. p. professor S z y m a n o w s k i przez *transplantatio patellae* chciał zachować choremu całe biodro, lecz niemożebność dokonania operacyi tym sposobem oczywistą była w dopiero opisanym wypadku.

---

### SPRAWOZDANIE LEKARSKIE

z Instytutu Oftalmicznego imienia Edwarda księcia Lubomirskiego za czas od 1 (13) października 1870 po 1 (13) stycznia 1872.

Przez Dra med. Narkiewicza-Jodtko.

(Dokończenie \*).

Choroby soczewki których obserwowaliśmy aż 31 wypadków, można wszystkie jednem mianem zaciemka obdarzyć, jakkolwiek bowiem w tej liczbie ogólnej znajduje miejsce i wypadek zwiechnienia soczewki, jednak i w tym razie soczewka już była przed zwiechnieniem pociemniała, jak o tém z opowiadania chorego przekonać się mogliśmy. Wypadek ten miał miejsce u emeryta J. A., i był pochodzenia przypadkowego.

Na 2 tygodnie przed przybyciem do Instytutu P. J. uderzył się w nocy okiem uprzednio już ociemniałem o szafkę przy łóżku stojącą, poczem wśród opuchnienia powiek i czoła wstawiło się silne łzawienie, światłowstręt i ból oka oraz sąsiednich części twarzy. Gdy przy środkach przeciwzapalnych dosyć obficie używanych stan ten nie polepszał się a chory bezsennością nocami i ciągłym brakiem apetytu doprowadzony został do stanu nędzwyczajnej bezsilności i silnego rozstrojenia nerwowego układu, postanowiono zasięgnięcia mojej pomocy. Chory postąpił do Instytutu oftalmicznego w stanie następującym: oko lewe przedstawia wyrazne objawy początków zaciemka wiekowego, nieco łzawiące i czule na światło zresztą zdrowe; powieki oka prawego obrzmiałe, w kątach obnażone z naskórka, w okolo rogówki silna episkleralna iniekcya zwłaszcza od dołu, gdzie naczynia w tkanke rogówki przechodzą, w komorze przedniej pociemniała soczewka u dołu wypełnia zupełnie przestrzeń pomiędzy tęczą a rogówką, górnym zaś brzegiem wchodzi nieco po za tęczę,

---

\*) Patrz Nr 51 Gaz. Lek.

która z tego powodu jest u góry trochę przysunięta do rogówki, tak jednak, że cząstka komórki przedniej w tym miejscu daje się stwierdzić, jako taka. Gałka twarda jak kamień i ślepotą absolutną (przed wypadkiem odróżniał światło dobrze)

Mielismy ożewiście do czynienia z jaskrą następczą, wywołaną podrażnieniem jakie musiało mieć miejsce przy wejściu soczewki w tak nienormalny stosunek z tęczą i rogówką. Dwie drogi prowadzące do wyleczenia mieliśmy przed sobą, albo próbować usunąć soczewkę, której obecność w komórce przedniej jaskrę wywołała i w ten sposób usuwając przyczynę usunąć i następstwa tejże, albo wyluszczyć gałkę. Wybraliśmy tę ostatnią drogę, bo operacja wydalenia soczewki z oka tak chorego przedstawiała pewne niebezpieczeństwa (krwotok z naczyniówki przy raptownie zmniejszonym śródlożnym ciśnieniu, zapalenie przyranne naczyniówki ropne) które wystawiłyby chorego na długie i morne cierpienia, co przy tak złym stanie zdrowia i odżywiania, mogło mieć nawet dla całego organizmu fatalne następstwa, z drugiej zaś strony sposób ten przy najpomyślniejszym wykonaniu operacji nie zapewniałby ostatecznie pod względem rozwiązania pytania, czy jaskra nie wróci po zagojeniu się rany operacyjnej, bo choroby przyczyną jakis wywołane często po pewnym przeciągu czasu nabierają warunków samodzielnej egzystencji i pozostają nieraz nadal pomimo usunięcia przyczyny. Z tych powodów wybraliśmy drogę pewniej i radykalniej do celu prowadzącą i po wyluszczeniu oka mieliśmy przyjemność widzieć raptowny powrót całego organizmu do zdrowia, chory bowiem już w 8 dni po operacji był w stanie Instytut opuścić i pusić się w kilkonastomilową podróż w niezbyt wykwinłej i wygodnej karetce pocztowej.

Sekcya wyluszczonego oka po należytem tegoż stwierdzeniu wykazała, iż soczewka zwiecznięta przyrosła była u góry do wyrostka rzęskowego tak, iż wydobywając ją z oka konieczne całość wyrostka nadwierzyc musimy; nadto wykazała znaczne zagłębienie brodawki nerwu wzrokowego (*excavatio*) i zcielenie (względny zanik) warstwy włókien nerwowych siatkówki.

Zaciemki podzielimy na dwie większe grupy, z których pierwsza obejmować będzie zaciemki wiekowe które prawie fizyologicznie nazwać można, druga zaś wszystkie inne, więcej przypadkowego pochodzenia, do tej należeć będą wrodzone, miękkie nabyte, błoniaste, następcze i z przypadku powstałe.

Wypadków zaciemka wiekowego mieliśmy w Instytucie 17, wszystko obustronne najczęściej jednak albo soczewka jednego tylko oka była w okresie do operacji właściwym (t. z. zaciemek dojrzały), albo chory tylko operacją jednego oka się zadawał tak, że obustronnie wykonaliśmy operację tylko w 4-eh wypadkach: Z tej liczby ogólnej (17) mieliśmy mężczyzn 10, kobiet 7; najmłodszy chory miał lat 41, najstarszy 75, największa liczba wypadków przypadła na czas między 50 a 60 rokiem życia (9), potem idzie okres między 60 a 70 (5), po 70 (2), przed 50 (1). Najkrótszy czas pobytu jednego chorego w Instytucie był 17 dni (z jednego oka), najdłuższy 3 miesiące (z obu oczu, powikłanie przy operacji). Siła widzenia osiągnięta operacją była  $\frac{2}{2}$  w wypadkach 3-eh,  $\frac{2}{3}$  w 7,  $\frac{2}{4}$  w 5,  $\frac{2}{5}$  w 3,  $\frac{2}{7}$  w 1 i  $\frac{2}{20}$  w jednym ze skutkiem połowicznym i wycięciem tęczy następczym.

Wszystkie operacje (21) wykonane były sposobem G r ä f o'go, znanym pod nazwą wydobywania przy pomocy cięcia liniowego ulepszonego—w protokółach 14 operacji żaden przypadek podczas operacji nie został zanotowany—dwóch jednak z tych chorych miało nieznaczne przekrwienie tęczy po operacji, w dwóch wypadkach zanotowano trudności przy wydobywaniu soczewki, jeden z tych jednak przebył okres pooperacyjny bez żadnych powikłań, drugi miał silne zapalenie

tęczy, które ustąpiło przy szybkim zmerkuryalizowaniu za pomocą szaruchy i kalomelu (S.  $\frac{2}{5}$ ), w 5 wypadkach było wypłynienie ciała szklanego, w 3 po wydobyciu soczewki i te przebyły okres pooperacyjny dobrze, w dwóch zaś przed wydobyciem zaciemka, w obu zaciemki wyciągnięte zostały, raz ostrym hakiem, a raz łyżeczką K r i t s c h e t'a, jeden z tych przebył silne zapalenie tęczy w następstwie którego miało miejsce zarosnięcie źrenicy i ściągnięcie tejże ku bliźnie rogówkowej (wypadek wykazany jako zejście pooperacyjne połowiczne), dopiero następnie wykonane wycięcie tęczy częściowe przywróciło mu wzrok niedoleżny (S.  $\frac{2}{20}$ )—w drugim wypadku pozostało w oku dużo warstw soczewki korowych, ale się te w ciągu 7 tygodni po operacji rozdrobiły i uległy zupełnemu wessaniu (S.  $\frac{2}{3}$ ).

O sposobie operowania nie nowego powiedzieć nie możemy, nie zmieniliśmy nic w sposobie G r ä f'e go, bo go za doskonały uważamy, tylko w wypadkach gdzie zaciemek wiekowy z torebkowym jest połączony, używamy zamiast cisto-tomu haczyka B e e r'a i tym ściągamy naprzód całą przednią stwardniałą torebkę a następnie wyciskamy łyżeczką soczewkę—w jednym wypadku z mojej prywatnej praktyki udało mi się w ten sposób razem z torebką całą soczewkę pociemniałą z oka wyciągnąć—ciałka szklanego nie potem nie wypłynęło i rezultat operacji był znakomity.

Po operacji kładziemy na oko siateczkę z cieniutkiego płótna zrobioną a następnie skubankę i zawiązujemy oba oczy 8 lokciowym flanelkowym cieniutkim bandażem. Przy prawidłowym pooperacyjnym przebiegu opaskę tę zastępujemy na trzeci dzień jednooczną, na 5 lekkim płóciennym bandażykiem a po tygodniu jedwabną czarną kłapką, która tylko od światła oko zasłania;—od drugiego dnia po operacji począwszy wkraplamy 2 razy dziennie roztwór atropiny, w razie podrażnienia tęczy i częścięj, przytem w tych wypadkach używamy kaptaplazm, przy silniejszym zapaleniu tęczy wtierań szaruchy i kalomelu do wewnątrz w dawkach sprowadzających szybkie zmerkuryalizowanie (5j szaruchy co 3 godziny i pół ziarna kalomelu 4 razy dziennie). Pijawek w pierwszym tygodniu po operacji nie stawimy nigdy—w drugim w razie biernego zastoju krwi w tęczy i bolesności galki w okolicach wyrostka rzęskowego. Przy użalaniu się chorego na najnniejszą dolegliwość w oku iniekcye podskórne roztworu morfiny ( $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{8}$  gr. na raz), na noc od pierwszego dnia po operacji poczynając codziennie aż do zupełnego polepszenia. Oto jest tryb postępowania pooperacyjnego; nadzwyczajnych rzeczy nie używaliśmy, bo też i z nadzwyczajnymi wypadkami nie mieliśmy do czynienia, po dobrze wykonanej operacji złe zejście jest przy tym sposobie operowania czémś niezwyklém, zagojenie szybko i prawidłowo postępuje jeśli jest dozór dobry i warunki higieniczne tak doskonale jak w Instytucie.

Następująca tabelka posłuży do dokładniejszego ocenienia całej tegorocznej statystyki operacji zaciemka:

Nazw. chor.	Zatrudnienie.	Wiek.	Płeć.	Czas pob. w Instytut w dniach.	U w a g i.	Sila widz. po oper.	o lewe o. pr.
1 L. W.	Emeryt.	63	M.	30	Wydobycie torebki pociemniałej cążkami, potem wypl. ciałka szkl.	$\frac{2}{7}$	
2 M. F.	Majster mularski.	51	M.	43	. . . . .	$\frac{2}{3}$	$\frac{2}{2}$
3 E. J.	Żona woznego.	52	K.	21	. . . . .		$\frac{2}{2}$
4 G. A.	Żona dentysty.	64	K.	22	. . . . .	$\frac{2}{2}$	
5 P. W.	Pisarz wiejski.	59	M.	48	Zaciemek niedojrzały, wypl. c. szkl. przed socz. kortic. pozostała i została wessaną.		
6 R. F.	Tkacz.	60	M.	68	W oku lewem tęcza nożem nacięta, zwieracz pozostał, soczewka wyjęta w całości hakiem ostrym, znaczny odpływ c. szkl., zap. tęczy po oper. silne, <i>oclusio pupillae</i> . Iridektomia poprawiająca w 6 tygodni po pierwszej operacyi.	$\frac{2}{3}$ $\frac{2}{20}$	$\frac{2}{3}$
7 R. E.	Obywatelka.	62	K.	38	Operacya bez przypadłości, w jednym rogu rany kawaleczek tęczy pozostał niewyciętym, odcięcie następeze.		$\frac{2}{3}$
8 N. M.	Wdowa.	56	K.	30	. . . . .	$\frac{2}{3}$	$\frac{2}{4}$
9 L. J.	Lekarz.	62	M.	20	. . . . .	$\frac{2}{2}$	
10 L. T.	Rządca dobr.	73	M.	42	Cięcie za małe, wydobycie socz. utrudnione, silna iritis, merkuryalizacya, wyzdrowienie.		$\frac{2}{3}$ $\frac{2}{4}$
11 D. J.	Obywatel.	75	M.	24	Oper. bez przypadl., <i>hyper. iridis</i> .	$\frac{2}{4}$	$\frac{2}{4}$
12 M. K.	Czeladnik krawiec.	50	M.	22	Oper. z trudnościami przy wydobyciu.		
13 D. A.	Czeladnik krawiec.	64	M.	23	Wypl. ciałka szk. po wydobyciu zaćm.	$\frac{2}{3}$	
14 B. G.	Gospodarz rolny.	60	M.	39	. . . . .	$\frac{2}{4}$	
15 K. A.	Żona podof. polie.	41	K.	24	. . . . .		$\frac{2}{2}$
16 R. F.	Czeladnik stolars.	54	M.	31	Zać. niedojrzały, ogromna plama na rogówce, cięcie od dołu wypl. c. szk. po wyd. zaciemka.	$\frac{2}{5}$	
17 S. D.	Wyrobnicia wiejska	51	K.	23	. . . . .	$\frac{2}{4}$	$\frac{2}{4}$

Zaciemki drugiej grupy bardziej urozmaicone i różnemi sposobami leczone wymagają szczegółowego opisu.

Z trzech wypadków zaciemka przypadkowego w następstwie skaleczenia soczewki powstałego, jeden (od ukłócia igłą, bez skaleczenia tęczy) uległ wessaniu bez interweneyi operacyjnej. W drugim wypadku (skaleczenie odłamkiem żelaza, duża rana w rogówce, wrośnienie tęczy) zrobione było we 3 tygodnie po wypadku, gdy stan oka był już stosunkowo dobrym, wycięcie tęczy częściowe i wyciśnienie miękkiego zaciemka. Odczynu zapalnego silniejszego po operacyi nie było, ale resztki torebki zrosły z brzegami sztucznej źrenicy i zejście operacyi było połowiczne. Następnie we 4 tygodnie po operacyi wyciętym został jeszcze kawalek tęczy i część torebki. Chory opuścił Instytut z siłą widzenia  $\frac{2}{10}$ . W trzecim wypadku (skaleczenie szydłem z zakłóciem tęczy) wykonanem było w okresie największego rozpulehnienia ciemniejącej soczewki, przy silnem podrażnieniu oka, wydobycie liniowe ulepszone G r a f e'go bez żadnych przypadłości z jak najlepszym skutkiem. Siła widzenia  $\frac{2}{3}$ .

Zacieków wrodzonych operowaliśmy trzy. Dwa z tych były miękkie: jeden u dziecka rocznego: wykonaliśmy najprzód dysceysję na obu oczach, we 3 tygodnie jedna soczewka uległa zupełnemu wessaniu z pozostawieniem torebki pociemniałej, druga wyszła się bardzo powoli i tęcza w górnej części źrenicy przyrosła do soczewki, wykonaliśmy więc w obu oczach wycięcie tęczy częściowe do góry, współcześnie wyciągnęliśmy pociemniałą torebkę z prawego oka a cisto-  
tomem rozdrobiliśmy resztki soczewki w oku lewem—po czterech tygodniach mały pacyent opuścił Instytut z ozarnemi jak węgiel źrenicami. U drugiego dzieciaka płci męskiej 2 $\frac{1}{2}$ -rocznego, wykonaliśmy wycięcie tęczy częściowe do góry na obu oczach, a współcześnie wydobyliśmy zaciek z prawego zupełnie, z lewego zaś tylko częściowo z powodu przebudzenia się uszpiętego malca, prawe oko było po tygodniu zupełnie zdrowe, w lewem wykonaliśmy w 10 dni po pierwszej operacyi dysceysję i w 5 dni potem odjechał do domu. W miesiąc potem przedstawiał się nam i stwierdziliśmy zupełne wessanie resztek soczewki lewej; o ile można było wybadać wzrok na obu oczach zupełnie dobry. W trzecim wypadku mieliśmy do czynienia z zaciekem wrodzonym wessanym, w części płynnej, pozostała tylko twarda pociemniała torebka i tę po zrobieniu wycięcia tęczy częściowego górnego, wyciągnęliśmy z obu oczu używając już to haczyka B e e r'a, już też cążek do wydobywania torebki przeznaczonych (z haczykami na boku) w prawem oku skutek doskonały, w lewem przewlekłe zapalenie ciała szklanego z wytworzeniem się błonek po za źrenicą (*cataracta secundaria*) i zmięknieniem znacznem oka przy doskonałem uczuciu światła i możności rachowania palców odległości 3'. Chore (14-letnią dziewczynkę) wypisaliśmy w tym stanie, zalecając przybycie do Instytutu dla powtórnej operacyi na oku lewem po upływie dwóch lat.

Zacieków miękkich nabytych operowaliśmy 3, u jednej żydówki z Brzeźcia, B. C., której przed 8 laty, gdy miała tylko zaciek warstwowy wrodzony, wykonałem wycięcie tęczy częściowe na wewnątrz; przez lat 7 cieszyła się dobrym wzrokiem, ale od roku zaczęła ciemnieć i przybyła z objawami całkowitego miękkiego zaciemka. Wykonałem też wydobywanie zaciemka przy pomocy cięcia liniowego dawnego (korzystając ze zrobionego już wycięcia tęczy). W oku lewem skutek był doskonały, w prawem pozostało trochę warstw korowych, wstawilo się zapalenie tęczy i nastąpiło zroszenie źrenicy przy doskonałem uczuciu światła—w 6 tygodni potem wykonałem wycięcie tęczy z zewnętrznej strony i wyszła z Instytutu z siłą widzenia  $\frac{2}{4}$  na lewem,  $\frac{2}{7}$  na prawem.

Drugi wypadek miał miejsce u córki obywatela z Siedleckiego, 28-letniej panny W. S., która przed trzema laty ociemniała na oko prawe, przed rokiem zaś na lewe. Oczy badałem przed czterema laty przy początkach zaciemka na lewem, a zupełnie zdrowej jeszcze soczewce w prawem i zanotowałem w księgach ambulansowych obok początków zaciemka w lewem *chorioiditis aequatorialis utr.* z rozmiękczeniem ciała szklanego i pociemnieniami pływającymi. Dziwnym zbiegiem okoliczności zaciek w oku lewem, zapewne po dobrowolnem pęknięciu torebki, uległ w ciągu czasu kiedy chorej nie widziałem zupełnemu wessaniu, tylko małe resztki torebki przy brzegach źrenicy pozostały, ale nie przeszkadzały



wiele, bo z  $+5$  miała siłę widzenia  $\frac{2}{7}$ .—Oko prawe, którego stan wewnętrzny znałem, jak o tém wyżej wspominam z niekorzystnej strony, operowałem ze wszelkimi możliwymi ostrożnościami: najprzód wykonałem wycięcie bardzo wielkiego kawałka tęczy od góry, przy pomocy noża lancowatego i przy tej operacyi stwierdziłem rozpoznanie przed 4 laty dokonano, znaczna bowiem ilość wodniste-go ciała szklanego wypłynęła przez stosunkowo nie wielkie i liniowe cięcie; następnie we trzy tygodnie zrobiłem pierwszą dyscysję, po której chora pojedchała do domu i przyjeżdżała następnie jeszcze kilka razy do Instytutu dla poddawania się coraz to większym dyscysjom—operacyi tych wykonałem 5 i dopiero w pół roku po 5-jej a w 5 kwartałów po irydektomii chora przedstawiła się mi dla dobrania okularów z zupełnie wessaną soczewką; z  $+6$  znalazłem siłę widzenia  $\frac{2}{5}$ .

Trzeci wypadek zaciemka nabytego właściwie nie zupełnie miękkiego, operowanym był za pomocą bardzo skomplikowanego sposobu i z tego względu zasługuje na opis szczegółowy.

P. Z. Z., z Warszawy, lat 30 wieku, delikatnego ciała składu, od dzieciństwa słabo bardzo widzący, nauczył się jednak czytać i pisać, ale utracił możność czytania największych nawet druków przed trzema laty; poprzednio czytał tylko w najbliższej (1,5—2") od oka odległości.

Stan oczu następujący: *Microphthalmus* wyraźny średniego stopnia, w ogóle bardzo znacznego pod względem rogówki 7 mm. w wymiarze poprzecznym, 6,5 mm. w pionowym, *mydriasmus*, źrenica zwężona, tęcza jakby zanikła, kurcząca się jednak tak pod wpływem kalabaru jak i atropiny;—wszakże źrenica nad 4 mm. nie rozszerza się. Wzrok w oku lewem (gorszem) zredukowany do rozpoznawania ruchów ręki, prawem okiem rachuje palce w najbliższej od oka odległości, pole widzenia w obu oczach niezłe, wziernikiem nie z wnętrza oka przejrzeć nie można, mimo to, że przy rozszerzonej źrenicy obok zaciemków nieco światła do wnętrza przechodzi. Przy bocznem (ogniskowem) oświetleniu widzimy w oku lewem zaciemek zaniknięty, rozmiary soczewki znacznie zmniejszone i prawdopodobieństwo wapiennych złogów wewnątrz torebki, w oku prawem soczewka prawidłowych rozmiarów, środek tejże jakby ze złogami wapiennymi, biały, mocno światło odbijający—otoczony warstwą miękką krochmalowej barwy i zapewne zsiadłości, zresztą soczewka, t. j. zewnętrzne tejże warstwy i torebka przezroczysta.

Mając przed sobą obraz tak powikłany i wszystkie szanse do operacyi jak najgorsze, postanowiliśmy operować z wielką oględnością, dla tego najprzód wykonaliśmy wycięcie tęczy częściowe górne na każdym oku, następnie na oku prawem 3 dyscysje, przy pomocy których przejrzyste części soczewki pociemniały i wessaniem zostały, a środek się rozpadł na kilka części, ale przytwierdzony do torebki tylnej nie schodził ze środka źrenicy i przez kilka tygodni nie dawał najmniejszych pozorów możebności dalszego rozpadu i wessania. Przystąpiliśmy więc do wydobywania i po za chloroformowaniu chorego dla zapobieżenia wypłynięcia ciała szklanego, wydobyliśmy cążkami wszystkie kawałeczki wraz z resztką torebki, a zachęcenii dobrym stanem ciała szklanego, w temże posiedzeniu wydobyliśmy zwapniałą soczewkę z oka lewego. Odezynn zapalnego tak po tych jak i po wszystkich poprzednich operacyach nie było wcale i we dwa tygodnie po ostatniej chorey miał zupełnie czyste czarne źrenice; (ale, cóż bez ale) po 3 miesięcznym w Instytucie pobyciu, wzrok chorego o tyle się tylko poprawił, że N. 20 J ä g r a mógł prawem okiem decyfrować, lewem zaś palce rachował—szkła żadne nie polepszały widzenia—wzrastał zanik i zwyrodnienie barwnikowe siatkówki (*retinitis pigmentosa*) w obu oczach.

Wypadek zaciemka miękkiego obustronnego u właścianki F. J., podległej cukromoczości, w bardzo wysokim stopniu (ciężkość gatunkowa 1057), wynędziała tak, że literalnie tylko skóra szkielec pokrywa, zasługuje na opisanie

właśnie z powodu doskonałego rezultatu operacyi, pomimo tak wadliwych warunków stanu zdrowia ogólnego. Zaciemek w oku lewem wytworzył się przed dwoma miesiącami, w prawem zaś przed trzema tygodniami, część warstw korowych soczewki była jeszcze w obu oczach przezroczystą, dla tego też korzystając z doskonałej rozszerzalności źrenicy pod wpływem atropiny, wykonaliśmy najprzód dysceysję dosyć dużą w obu oczach a dopiero we 3 tygodnie po tejże ekstrakcyi Gräfe'go na oku lewem, a w 5 tygodni na oku prawem; reakcyi pooperacyjnej najmniejszej, stan oka tak dobry, że we 2 tygodnie po ostatniej operacyi mogliśmy chorą z bardzo dobrą ( $\frac{2}{4}$  i  $\frac{2}{3}$ ) siłą widzenia przetranslokować do kliniki terapeutycznej szpitalnej. Stan ogólny także pod wpływem wody karlsbadzkiej i diety właściwej poprawił się a ilość cukru w moczu zmniejszyła się.

Ciekawą też jest obserwacya zaciemka biegunowego tylnego niezmiennego (*cat. polaris post. stationaria*) u byłego aspiranta medycyny A. W., który bawiąc ostatnich lat kilka nad Białym morzem, utracił możność czytania średniego druku przed laty dwoma w ciągu kilku dni; wzrok raz przyszedłszy do pewnego stopnia osłabienia już nie słabł dalej i z tego powodu a także dla tego, że i teraz we dwa lata po operacyi zmianie żadnej nie podległ, uważamy ten zaciemek za niezmienny. Część soczewki pociemniała odpowiadała średnicą średnicy średnio zwięzionej źrenicy (4—5 mm.), z tego powodu po wypróbowaniu siły widzenia przy pomocy stenopeicznych okularów i znalazłszy ją doskonałą, zrobiliśmy tylko dwa wąskie częściowe wycięcia tęczy ku dołowi i wewnątrz; z którymi nasz chory przy szklach do stopnia starowzroczności zastosowanych mógł czytać N. 1 J a g r a w 8".

Dwa wypadki zaciemka następczego nie przedstawiały nic ciekawego—po dysceysyi jednego skutek był dobry, po wydobyciu drugiego na jednym oku skutek dobry, na drugim zapalenie tęczy potworzyło nowe zaciemnienia, które spowodowały zejście operacyi połowiczne, na poprawienie którego chory się nie zdecydował.

---

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

### Uwagi nad idyopatycznem prostem zapaleniem opon mózgowych.

(*Meningitis cerebri simplex*).

Przez prof. R o s e n s t e i n z Gröningi.

Spolszczył Dr A. Stockmann.

Idyopatyczne proste zapalenie opon mózgowych należy względnie do tak rzadkich chorób, iż nie powinno nikogo dziwić, że najlepsze nawet jej opisy, jakie posiadamy, (np. H a s s e'go w *Krankheiten des Nervensystems*, 1869) wymagają pewnych uzupełnień i objaśnień pod pewnym względem. Szczególniej mało jest znanym przebieg gorączki przy tem cierpieniu. Pod tym względem istnieją różne zdania nawet pomiędzy takimi bada-

ezami jak H a s s e <sup>1)</sup> i W u n d e r l i e h. Autor podziela zdanie W u n d e r l i e h'a, który powiada: „Gorączka przy ostrym zapaleniu opon na wypukłości mózgu może się wznosić bardzo gwałtownie lub dość powolnie stosownie do przyczyny wywołującej chorobę. Ciepłota w krótkim przeciągu czasu szybko się wznosi, utrzymuje stale na znacznej wysokości (przeszło 40° C.), podczas agonii wznosi się jeszcze, a śmierć następuje wśród gwałtownych objawów gorączkowych.” Nadto R o s e n s t e i n dodaje, iż ostatnia część opisu W u n d e r l i e h'a nie zawsze jest słuszną, gdyż śmierć nie zawsze następuje przy podniesieniu ciepłoty do maximum, owszem zdarza się obserwować pod koniec życia ciepłoty pośmiertne. W niektórych razach początku cierpienia gorączka przyjmuje typ przepuszczający; udało się nawet autorowi u czteroletniego dziecka usunąć chwilowo zupełnie stan gorączkowy przy pomocy kilku dawek chininy (zauważyć należy, że miało to miejsce w miejscowości gdzie zimnica nie panuje endemicznie). G e n d r i n w przykładzie dzieła A b e s c r o m b'ego zwrócił już uwagę na różnice w obrazie chorobowym u osób dorosłych i dzieci, różnice te mimo swój wybitności mało były uwzględniane przez późniejszych badaczy. Mimo to wiemy, że niektóre objawy, np. kureze konwulsyjne są właściwe tylko u dzieci.

Drugim punktem wielce godnym uwagi, mało jednak wspomnianym, jest jednoczesne występowanie białkomoczu; mocza oprócz białka zawiera jeszcze, a czasami nie zawiera, pierwiastki ukształtowane. Autor widział białkomocz występujący we wszystkich wypadkach zapalenia opon. Przyczyną białkomoczu jest po części przekrwienie żyłne, po części zaburzenia krążenia w naczyniach włosowatych nerek, spowodowane obrzmieniem miąższowym substancji korowej. Pod tym więc względem zapalenie opon mózgowych nie przedstawia różnicy od epidemicznego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Zwraca następnie autor uwagę, iż twierdzenie o wyłącznym występowaniu prostego zapalenia opon na wypukłości półkul mózgowych należy przyjmować bardzo względnie. Nawet prawdopodobniejsze zdanie innych autorów, „że proste zapalenie opon występuje przeważnie na wypukłości lub podstawie mózgu” należy zmienić w ten sposób, że tak wypukłość jak i podstawa bywają zwykle jednocześnie zajęte. Rzadko bardzo się zdarza, aby zapalenie zajmowało pewną tylko część mózgu. Autor sam raz tylko widział zapalenie opon mózgowych, ograniczające się li tylko na wypukłości półkul mózgowych.

Z sześciu własnych obserwacji przebiegu choroby u osób dorosłych wnioskuje autor, że gorączka towarzysząca prostemu zapaleniu opon mózgowych, znajduje się w stosunku prostym do przestrzeni zajętej sprawą chorobową. Gdzie sekeya wykazała wysięk zajmującą znaczną część powierzchni mózgu, tam i za życia obserwowano już trzeciego dnia choroby bardzo wysoką ciepłotę (przeszło 40° C.), gorączka była prawie ciągłą bez zwolnień, a przy końcu życia osiągała najwyższej możliwej siły (ciepłota 42,8° C.). Najlepszą miarą natężenia gorączki jest zachowanie się ciepłoty ciała chorych przy zastosowywaniu środków ochładzających. Zimne kąpiele lub zimne oblewania w letniej kąpielni zniżyły ciepłotę zaledwie o 1° C., i to na czas bardzo krótki. Obniżenie to prawie nie wpływało na opóźnienie fatalnego zejścia, sprawiało tylko, że śmierć następowała przy nieco niższej ciepłocie (40,5—39—38,8° C.). Tętno charakteryzuje się tem, iż jego częstość stoi w prostym stosunku do ciepłoty i w miarę jej wahań ulega odpowiednim zmianom. Wielkość jednak bezwzględna tętna nie odpowiada bynajmniej wysokości ciepłoty, jest stosunkowo za małą. Pod koniec życia, skoro następuje porażenie stopniowe ośrodków nerwów błędnych częstość tętna nadzwyczaj się wzmacnia. Z szeregu objawów zwraca autor uwagę na niektóre; i tak wspomina, że obok stale występującego bólu głowy bardzo często spotykamy się z nadezłością i hyperalgesią. Szczególniej charakterystycznym były gwałtowne wrażenia bólu przy lekkim dotykaniu skóry na tułowiu i kończynach, lecz nie na twarzy, i to w okresie choroby, gdy pacjent nie dawał prawie żadnego znaku wiadomości doznanych wrażeń. Objaw ten przypisywany prawie wyłącznie epidemicznemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, wedle spostrzeżenia autora występował w tych wypadkach prostego zapalenia opon mózgowych, przy których jednocześnie istniały zmiany w substancji korowej mózgu; toż samo

1) H a s s e utrzymuje: „Ciepłota skóry tylko w początku choroby bywa nadzwyczaj podniesioną, wznosi się gwałtownie przy zaostrzeniu, wkrótce jednak spada i pozostaje stale niezbyt podniesioną.”

powiedzieć można o towarzyszących chorobie deliriach. Bredzenia te miały zawsze charakter mniej lub więcej maniakalny i zdradzały się już w w początku choroby niechęcią, z jaką chory odpowiadał na pytanie, jeżeli jeszcze był w możności zrozumieć pytanie. Co się tyczy zaburzeń w sferze nerwów ruchowych, to zauważyć należy brak wyraźnych ogólnych kurezów, które tak często występują w przebiegu choroby u dzieci. Nie można zaprzeczyć, aby i u dorosłych nie istniały objawy podrażnienia sfery ruchowej, ograniczają się one jednak tylko do lekkiego drżenia i pojedynczych ruchów koniecznych, mianowicie górnych, oraz do trzęsienia się rąk. Przykurczenia mięśniowe, na które kładą taki nacisk autorowie francuzcy i uważają je za szczególny znak zajęcia wypukłości mózgowia, nie występowały bynajmniej w wypadkach obserwowanych przez autora, wyjąwszy tylko lekkiej sztywności mięśniów karkowych, co bynajmniej nie zależało od zajęcia opon rdzeniowych. W jednym wypadku choroba rozpoczęła się pod postacią napadu zaćmowego.

Nakoniec autor kładzie jeszcze raz nacisk na występowanie białkomoczu, któremu towarzyszy lub nie, obrzmienie nerek. Trudno z pewnością oznaczyć związek mogący istnieć pomiędzy zaburzeniami w czynności nerek i zapaleniem opon, zdaje się jednak, że przyczyną tych zaburzeń jest sama gorączka a właściwie nadmierna wysokość ciepłoty, toż samo bowiem widzimy przy zapaleniu płuc i innych gorączkowych cierpieniach. Autor jednakże zwraca uwagę, że w jednym wypadku przy bardzo niskiej ciepłocie (rano 37,2<sup>o</sup> C., wieczorem 38,2<sup>o</sup> C.) wystąpiła bardzo silna albuminuria. Na podstawie tej obserwacji, oraz wielu innych, autor sądzi, że w tych razach zaburzenia krążenia w nerkach należy uważać za objaw porażenia nerwów naczynioruchowych, co pod pewnym względem stanowi podobieństwo do żylnego przekrwienia błony łącznej oka, stale występującego podczas zapalenia opon mózgowych.

### O dezynfekcyi przy cholery.

Wedle Dra F. K ü c h e n m e i s t e r'a z Drezna.

Spolszczył Dr A. Stockmann.

(Ciąg dalszy \*).

Srodki dezynfekcyjne działające mechanicznie.

Obserwując nasze zwierzęta domowe widzimy, że np. psy i koty składają swój kał w małe zagłębienia, które zasypują ziemią, albo też przynajmniej pokrywają kał ziemią wykopując ją tylnymi łapami. Jest to pierwotny sposób dezynfekcyi, wykonywany instynktownie przez zwierzęta. W nowszych czasach zalecano posypywanie ekskrementów ludzkich ziemią a to dla dezynfekcyi i zniszczenia przykrej ich woni. Używano w tym celu miądkiego torfu, a wedle rozporządzenia berlińskiej policyi, należy do tego używać miału węglowego.

Na tej samej zasadzie polega budowa klozetu ziemnego M o u l e'go (Dry-earth-Clozet-Systeme). Ekskrecye powinny być o ile możności dokładnie pokrywane ziemią, która następnie wywieziona służyć może jako nawóz dobry w gospodarstwie.

Wedle H a l l i e r'a szybkie przenoszenie gnoju na rolę ma tę dobrą stronę, że masa sporów grzybkowych przetradza się nadzwyczaj prędko w grzybki nitkowate.

Wedle S c h l o t h a u e'r'a sucha ziemia jest wyborym środkiem dezynfekcyjnym. Półtora funta suchej ziemi usuwa won z jednego wypróżnienia powstającą i absorbuje jedną czwartą część litra moczu. Mieszanina podobna przyspiesza rozkład części organicznych, kał znika zupełnie i po pewnym czasie powstaje masa bez żadnej złej woni.

M o u l e sądzi, że części organiczne kału wracają przy pomieszanii ich z ziemią do tej postaci, w jakiej zwykle znajdują się ciała organiczne w roli. Wiele jednak zależy od ilości i składu samej ziemi. Zbyt wielka ilość ziemi domieszanej do kału utrudnia jego wywożenie i czyni go mniej pożytecznym nawozem. Piasek i żwir żadnej nie przynoszą

\*) Patrz Nr 48 Gaz. Lek.

korzyści a wapno bardzo małą. Najlepszą jest ziemia gliniasta dobrze wysuszona, chłonie bowiem dużo wody i niszczy wybornie złą woń, toż samo można powiedzieć o ziemi ogrodowej, szczególnie nieco gliniastej, oraz o każdej ziemi zawierającej już nieco składników organicznych.

System klozetów ziemnych wprowadzono z wielkim pożytkiem w Anglii, szczególnie przy zabudowaniach szkolnych, więzieniach i szpitalach.

W ogóle co się tyczy systemu p. M o u l e można zrobić następujące uwagi:

1) Dobrze zastosowany system pozwala bez żadnej szkody dla mieszkańców usuwać nagromadzone ekskrecye. 2) Wprowadzenie systemu klozetów powinno być poruczone zarządowi miasta lub gminy. 3) Wiele zalet przedstawia, gdy go za stosujemy w mieszkaniach ludzi ubogich, szczególnie wystawionych na choroby zakaźne. 4) Urządzenie klozetów ziemnych bynajmniej niewyłącza potrzeby osobnych środków do usuwania wody deszczowej zaskórnej lub wylewanych opłuczyn. 5) Dotąd stosowano system ten z pożytkiem tylko w miejscowościach nie liczących więcej nad 10,000 ludności; nie wiemy zatem o ile będzie praktycznym w miastach dużych. 6) Ziemny klozet jest stosunkowo tańszym od wodnego, mniej wymaga poprawek, nie niszczy go mróz ani też wrzucenie jakiego przedmiotu twardego, nadto przy ziemnym klozecie mniej się zużywa wody w domu. 7) Cała wartość nawozu pozostaje, gdyż otrzymany tym sposobem nawóz łatwo się przechowuje, przewozi, używać go można w każdym czasie i bez względu na jakość gruntu i jakość zasianego zboża.

Systematowi klozetów ziemnych zrobiono następujące zarzuty:

1) Klozet ziemny nie może być nigdy utrzymanym tak czysto jak klozet wodny (czemu w samej rzeczy trudno zaprzeczyć). W mieszkaniach klasy ubogiej klozety ziemne często ulegają zanieczyszczeniu. (Toż samo jednakże dzieje się i z klozetem wodnym, systematem beczkowym i dołowym. Każdy system usuwania ekskrecyj zwłaszcza z mieszkań klasy uboższej ludności wymaga ścisłego dozoru policyjnego). 3) Klozet ziemny można urządzać tylko zewnątrz zabudowań. Zależy to jednakże tylko od obecnie istniejącej budowy domów, w nowych możemy poczynić odpowiednie urządzenia. Zresztą klozet ziemny użyty w pokoju jest łatwiej przenośnym od wodnego). 4) Główną trudność wprowadzenia tego systemu w miastach większych stanowi potrzeba dostarczenia ogromnej masy materiałów (ziemi) do zmieszania z kałem. (Zdaje się, iż zarzut ten nie jest usprawiedliwionym. Miasto zużyje z pewnością nie więcej ziemi jak zużywa węgla kamiennego. Zresztą też same furcy, które przywożą ziemię mogą wywozić z miasta kał zmieszany z nią; wywózka jest konieczną zawsze, skoro tylko kał nie odpływa szczególnymi kanałami. 5) Wedle zdania P e t t e n k o f e r'a i R o l l e s t o n'a zmieszanie kału z ziemią bynajmniej nie zaciąga jego szkodliwego wpływu, przeciwnie panowie ci obawiają się szczególnie przesiąknięcia ziemi massami kałowemi. Jest to jednak zarzut zupełnie teoretyczny i mogący odnosić się li tylko do prostych dołów kloaczych, wykopanych w ziemi i nieobmurowanych. Celem właśnie ziemnych klozetów jest o ile możności zapobieganie przesiąknięcia gruntu massami kałowemi. Wszystkie zresztą obserwacye zrobione w Indiach mówią przeciwko zdaniu P e t t e n k o f e r'a. We wszystkich miejscowościach Anglii i Indyi, gdzie wprowadzono dobrze urządzone klozety ziemne, ogólny stan zdrowia znacznie się polepszył.

## II. Metoda dezynfekcyi pokojów mieszkalnych.

Ponieważ cholera nie tylko staje się zaraźliwą za pośrednictwem kloak, ale także pokojów zajmowanych przez chorych, należy przeto baczną zwrócić uwagę na dezynfekcyę tych ostatnich.

W u n d e r l i e h każe pokój zajmowany przez chorego dezynfekować octem i na czas jakiś usunąć zeń wszystkich mieszkańców. W parę dni pokój może być znowu zamieszkanym, wpływ szkodliwy nie daje się więcej spostrzegać.

B r e h m e każe w pokojach zawieszać płaty znaczone w stężonym kwasie octowym. W e b e r radzi ściany i podłogi, oraz rzeczy w pokoju stojące skrapiać wodą, a następnie pozamykawszy drzwi i okna spalić nieco siarki. W Amsterdanie używają w tym celu chlorku wapnia i bezwzględnie opuszczają na czas pewien pokój zajmowany przez chorego. C a r u s w Lipsku radzi zmywać podłogi mieszaniną octu z wodą, w wyjątkowych tylko razach używa chlorku wapnia. Wedle G o e b e n'a do dezynfekcyi wystarcza opuszczenie na cztery tygodnie pokoju, który przez ten czas ciągle jest przewie-

trzanym. Podobnie sprawozdanie berlińskie uważa silną wentylację za dostateczny środek dezynfekcyjny dla mieszkań.

### III. Metoda dezynfekcyi bielizny.

Większa część lekarzy jest tego zdania, że bielizna po cholerycznych, zwłaszcza zwalane ekskrecjami i w miotani jest bardzo często środkiem roznoszącym zarazę; dlatego też podaje liczne sposoby dezynfekcyi bielizny.

*D e l l b r ü e k* w zakładzie karnym w Halli pomieszcza bieliznę używaną przez cholerycznych w beczkach napełnionych czystą wodą, pozostawia ją w nich przez parę tygodni, następnie każe suszyć na swobodnem powietrzu zdala od mieszkań, poczem dopiero może być praną zwykłym sposobem. Podczas epidemii w 1855 roku już po dwóch wypadkach cholery w więzieniu zachorowało na raz dziewięć praczek, z przyczyny, że nie zachowano żadnych środków ostrożności. Tymczasem w 1865 roku przy poprzedniej dezynfekcyi bielizny zachorowała tylko jedna praczka.

*W e b e r* radzi dezynfekować bieliznę, gotując ją w roztworze siarczanu cynku i to w kotłach umieszczonych za miastem. Kwas karbolowy z przyczyny nie milego zapachu mniej się nadaje do dezynfekcyi bielizny. Zresztą psuje nawet bieliznę przy dłuższem użyciu. Inne środki, jak kwasy, chlorek wapnia, siarczan żelaza czynią bieliznę niezdatną do dalszego użycia. Ze zdaniem *W e b e r*'a idą także *G ü n t h e r* i *H i r s c h*.

*C a r u s* podczas epidemii w szpitalu wojskowym w Lipsku, kazał bieliznę pomieszczać na dwadzieścia cztery godziny w roztworze siarczanu cynku, a następnie wygotować. Odzież wełnianą, która nie może być bez uszkodzenia maczaną, zawiesza się w pokoju o ile możności ściśle zamkniętym i wykadza siarką. Dopóki części ekskrecyi i wmitów przylegające do bielizny były wilgotne, zarażenie nie miało miejsca, przeciwnie się dzieje skoro części te zaschną na bieliznie. Posługacz, który składał prześcieradło suche, użyte przez cholerycznego i pomiescił je w roztworze siarczanu cynku, uległ zarażeniu i zmarł na drugi dzień.

*G ö d e n* radzi bieliznę zostawiać w pokoju gdzie leżał chory i sam pokój przez pewien czas opuścić.

Wedle sprawozdania berlińskiego, najlepiej bieliznę wymoczyć a następnie wygotować w lugu *J a v e l l e*'a. Najlepiej jednakże będzie przy znacznem zanieczyszczeniu bielizny i odzieży zniszczyć je za pomocą spalania.

Widzimy zatem, że dezynfekcyja przy niejasnem o niej pojęciu ma wielu zwolenników, ale też dość przeciwników także. Postaramy się ściśle rozebrać jej rzeczywiste znaczenie i wartość.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## Wiadomości bieżące.

— Leczenie zolzowego zapalenia gardła (*angina scrophulosa*). Przy leczeniu sprawy chorobowej w mowie będącej, należy pamiętać o następujących zasadach: a) odrzucie przetwory ręcione, za wyjątkiem jeśli sprawa wikła się z przymiotem. W takich wypadkach przetwory te winny być stosowane z ostrożnością i z przerwami, w czasie których zalecić należy używanie jodku potasu lub jodku żelaza. b) Używanie obfite środków przeciwzolzowych jak tranu (*oleum jecoris aselli*), jodku żelaza (*ferrum iodatum*), chinu, pożywnej diety, ruchu i kąpieli siarczanych. c) Ścisłe przeprowadzenie miejscowego leczenia za pomocą półtorochlorku żelaza (*liq. ferrum sesquichloratum*), jodoformu chlorku cynku (*zincum muriaticum*) lub stężonego kwasu chromnego (*acidum chromicum*).

Ponieważ leczenie miejscowe odgrywa najważniejszą rolę, zatem *S s a m b e r t*, autor niniejszego artykułu, obszerniej o nim się rozpisuje; podajemy go poniżej w streszczeniu:

1) Błona śluzowa jamy ustnej, gardzieli i krtani bardzo dobrze znosi kwas chromny, przez swoje działanie ściągające wywiera on jeszcze pomysłny wpływ na obrzęk głośni i tym sposobem zapobiega przecięciu tchawicy (*tracheotomia*).

2) Półtorochlorek żelaza właściwy jest szczególnie w wypadkach wrzodów krwawiących.

3) Azotan srebra (*nitras argenti*) nie działa tutaj skutecznie, z wyjątkiem, jeśli sprawa ma się już ku lepszemu.

4) Z pomiędzy proszków tutaj używanych najlepszym się okazało połączenie *lycopodium* z jodoformem.

5) Miejscowe natryski działają pomyślnie w niektórych wypadkach.

6) Inhalacye przy pomocy pulweryzatora w tej sprawie chorobowej są bezskuteczne.

(*The medical record*, N. 146, 1872).

— O leczeniu ran i wrzodów atonicznych za pomocą alkoholu. Płyn przez C o o k e'go używany składa się z eteru metylowego i wody w równych częściach. Równocześnie C. wspomina o środkach alkoholowych innych, które przekłada nad sposób leczenia L i s t e r'a. N e l a t o n używa mieszaniny kamfory i alkoholu, S e e czystego, nierozcieńczonego alkoholu, D o l b e a u alkoholu rozcieńczonego wodą. Korzyści jakie z takiego sposobu wynikają, są następujące:

1) Opatrunek jest czysty, bez woni, za wyjątkiem w pierwszych razach stosowany.

2) Unika się prawie zupełnie rozwoju róży i ropnicy.

3) Rany pozostają swobodne od podrażnienia, obrzęku i zapalenia.

4) Gorączka przyrana, nawet po najcięższych operacjach, nie występuje prawie nigdy.

5) Zabliźnianie szybko postępuje.

Wykonanie operacyi i nałożenie opatrunku wykonywa się w następujący sposób:

1) Ropnie otwiera się nożem w zwykły sposób.

2) Ranę przemywa się najprzód czystą wodą, następnie roztworem alkoholowym.

3) Kompres, namoczony w roztworze o którym mowa, przykładą się na ranę, jeżeli zaś takowa jest wielką, w części się w nią wkłada.

4) Na kompres kładzie się płótno guttaperchowe i umacnia się wszystko opaską.

(*The medical Record*, N. 154, 1872).

— Świerzbiączka, *pruritus*, świerzb., *sycosis*. P i n t s e h o v i u s zestawia dlatego razem te cztery sprawy, iż wszystkie z pomyślnym skutkiem leczone były kwasem karbolowym. Zanim autor zaczął stosować k w a s k a r b o l o w y w ś w i e r z b i a c z e c e, używał wszystkich zalecanych środków, lecz bezskutecznie. P. przepisywał kwas karbolowy do wewnątrz (10 grm. kwasu karbolowego wraz z magnezją na 100 pigulek, po trzy pigulek trzy razy dziennie). Świerzbiączka i przy tym sposobie postępowania nie ustąpiła, swędzenie było jak przedtem, puchlina jednak worka mosznowa od lat 12 istniejąca zupełnie ustąpiła. Pod tym więc względem należałoby k w a s k a r b o l o w y poddać dalszym próbom. Następnie P. próbował zewnątrz kwasu karbolowego w postaci obmywania miejsc sprawą chorobową zajętych. Guziezki odluszczały się, swędzenie się pomniejszyło, i po trzech a najwięcej po ośmiu dniach choroby byli uleczeni. Niniejszy sposób postępowania P. stosował w 30 wypadkach. W *pruritus* autor używał tej samej metody. U świerzbowatych kwas karbolowy okazał się bardzo skutecznym, leczenie polegało na obmywaniu rano i wieczorem i trwało zwykle dwa do trzech dni. W *sycosis paratitica* P. używał kwasu karbolowego pod formą maści (*Acidi carbolici 2,0, Ungti simplicis 20—30,0*). I w tym razie kwas karbolowy nie zawiódł oczekiwań.

(*All. mediz. Central-Zeitung*, N. 67, 1872).

— Śmiertelność pomiędzy cywilną ludnością Paryża podczas 28 tygodni oblężenia. Wedle sprawozdania lekarza francuzkiego Dra Henryka S u e u r, cywilna ludność Paryża poniosła podczas oblężenia straty dochodzące do 50,000 ludzi. Przed zamknięciem miasta 300,000 Paryżan opuściło miasto, w miejsce ich przybyło 190,000 wojska regularnego i 170,000 mieszkańców przedmieść. Tym sposobem ludność Paryża wzrosła z 1,890,000 do 2 milionów, przyczem przeważnie zwiększyła się ludność mająca średnio 20—40 lat wieku. Średnia śmiertelność w ciągu odpowiednich 28 tygodni w ciągu czterech lat poprzednich i roku następnego wynosiła 24,928; zaś w 1870/71 wyniosła 77,231. Śmiertelność niejednostajnie dotykała ludność w różnym wieku będącą. Pomiędzy 15 i 25 rokiem śmiertelność była sześć razy większą jak zwykle, w ogóle była trzy razy większą. Najmniejszą była śmiertelność pomiędzy mężczyznami liczącymi od 40—60 lat, gdyż ci albo nie brali udziału w służbie czynnej, albo też łatwiej znieść mogli zimno i niedostatek. Sześć chorób głównie wpłynęło na tak znaczne powiększenie śmiertelności, t. j.: ospa, ostre zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, tyfus, zapalenie kiszek i biegunka krwawa.

## Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskiej

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1873 wydawaną będzie w tym samym co obecnie ścisłym naukowym kieszonku. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i o 1 lipca z d. 1 stycznia 1873 r. zaczyna się tom czternasty. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośzeniem do mieszkań rocznie rsr. pięćdziesiąt kop., pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesyłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (opisów tomów 1-go i 2-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesyłaniem).

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskiej w półroczu przyszłym 1873 wydawaną będzie.

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, i b) ciągłe śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskiej, rozpada się na trzy działy:

Pierwszy z nich, przedstawiający obecną stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

### 1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieliłyby w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 stycznia 1873 do 1 lipca 1873 r.) wynosi rsr. dziesięć.

W drugim dziale Bibl. Um. Lek. zawiera się:

### 2) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej dział ten, jako dodatek dołącza się bezpłatnie. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i oddzielnie sprzedaje się po rsr. 6.

Trzeci nareszcie dział Bibl. Um. Lek., mający na celu śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej, zawiera krótki ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczynają się do postępu nauki lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

### 3) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.

„Przegląd” prac za rok 1871 w przyszłym półroczu wychodzić będzie i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z Dzielami wyżej wyliczonymi, lub z Gazetą Lekarską. Przegląd za rok 1871 obejmuje również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1871 wynosi: 1) dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i pierwszego działy Bibl. Um. Lek., t. j. Dzieł rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pisma powyższych rsr. 8 (z przesyłaniem).

III. Kalendarz Lekarski na rok 1873 opuści prasę. Cena rsr. 1.

Pod prasą:

IV. Katalog Dzieł Lekarskich polskich, lub przez lekarzy Polaków napisanych, od wydania pierwszej książki lekarskiej w Polsce aż do ostatnich czasów. Przedpłata rs. 1. Po wyjściu z druku dla nieprenumeratorów cena wynosić będzie rsr. 3.

V. Słownik Lekarski. Przedpłata rsr. 6. Po wyjściu z druku—rsr. 12.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bezpośrednio w Redakcyi Gazety Lekarskiej, która w razie zatracenia na poczte pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie. Prenumeratorowie z Galicyi, Poznańskiego i w ogóle z zagranicy mogą również składać przedpłatę i w pocztamtach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskaly w całej Europie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskiej 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.

Dr. Ig. Baranowski



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 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. Pęknięcie tętnicy piszczelowej, podwiązanie tętnicy udowej, zgorzel goleni, odjęcie uda, wyzdrowienie. Podał Dr Zenon Kostecki. Sprawozdanie lekarskie z Instytutu Oftalmicznego imienia księcia Edwarda Lubomirskiego. Przez Dra med. Narkiewicza-Jodko. (Dokończenie). Kronika zagraniczna. Uwagi nad idyopatycznym prostym zapaleniem opon mózgowych. Przez prof. Rosensteina z Gröningi. Spolszczył Dr A. Stockmann. O dezynfekcyi przy cholery. Wedle Dra F. Küchenmeister'a z Drezna. Spolszczył Dr A. Stockmann. (Ciąg dalszy). Wiadomości bieżące. Leczenie żółtowego zapalenia gardła. O leczeniu ran i wrzodów atonicznych za pomocą alkoholu. Świerzbica, pruritus, świerzbi, sycosis. Śmiertelność pomiędzy cywilną ludnością Paryża podczas 28 tygodni oblężenia. Od Redakcyi. Dodatek. Pediatrii ark. 36. Spis rzeczy do Tomu XIII Gaz. Lek. Zapowiedziane na bież. półrocze s t o arkuszy druku Bibl. Um. Lek., oraz Przegląd za r. 1870 pp. prenumeratom rozdane zostały.

**Pęknięcie tętnicy piszczelowej tylnej, podwiązanie t. udowej, zgorzel goleni, odjęcie uda, wyzdrowienie.** (*Ruptura art. tibialis posticae, ligatura ar. femoralis, gangraena cruris, amputatio femoris, sanatio.*)

Podał Dr Zenon Kostecki.

Dnia 5 października 1865 roku o godzinie 1-iej po południu przybył do kliniki chirurgicznej uniwersytetu św. Włodzimierza w Kijowie, mieszczanin Nikita Michalczenko, mężczyzna lat około 45, budowy wątłej, chudy, cery brudnozielonej, muskulatury słabej, wskazując na nogę jako jedyne miejsce cierpienia. Przy oględzinach dokonanych przez ś. p. profesora Juliana Szymana-owskiego, okazała się puchlina całej goleni prawej. Puchlina ta począwszy od *fossa poplitea* objęła całą goleń do palców; wielkość jej szybko wzrastała szczególnie po środku goleni, skóra mocno napięta, temperatura

znacznie podniesiona, kolor samej puchliny przybierał barwę purpurowo-sinawą. Przy lekkim dotykaniu gra fizyognomii chorego zdradzała dolegający ból. Prof. S z y m a n o w s k i zwróciwszy uwagę obecnych na formę puchliny i na jej czułość którą wywołały zapalny stan i obecność ropy, przypuszczał na razie flegmonę. Brak fluktuacyi skutkiem napięcia ścian puchliny i jej ograniczenie raptowne *in fossa poplitea*, zachwiały pierwotne przypuszczenie prof. S z y m a n o w s k i e g o i kazały się domyślać, że w danym wypadku jest do czynienia z obrażeniem jednej z tętnic nogi. Dla lepszego przekonania się professor zadał kilka pytań choremu. Na które chory odpowiedział, że pięć tygodni temu, to jest 1 września nie wiadomo skutkiem jakich przyczyn wróciwszy z roboty uczuł nieznaczny ból *in fossa poplitea*. Ból ten był jedynym objawem poprzedzającym puchlinę, która pod wieczór dnia tegoż, począwszy od *fossa poplitea* rozwinęła się do olbrzymich rozmiarów. Opowiadanie chorego, z którego dowiedzieliśmy się o tak szybkim postępie puchliny, jeszcze więcej utwierdziło profesora w przekonaniu, że tu jest obrażenie tętnicy; zachodziła tylko wątpliwość co do miejsca obrażenia: Dla rozstrzygnięcia tej wątpliwości prof. S z y m a n o w s k i zrobił na środku puchliny klócie wązkim bisturem, poczem zamiast ropy sączyła się krew koloru czarnego, co stanowczo przemawiało za obrażeniem tętnicy nie zaś za flegmoną, jak to na razie przypuszczał professor. Ponieważ dla określenia, która mianowicie tętnica była uszkodzoną, trzeba było ściślejszych anamnestycznych danych, więc zaopatrzywszy miejsce przekłócia lepkiem plastrem i lekką nawiązką z waty, zostawiono go w klinice.

Pod wieczór tegoż 5 października, chory czuł ból przy najmniejszym poruszeniu i niepokój—podano mu morliny w proszkach. Na drugi dzień t. j. 6 października niebezpieczeństwo urosło znacznie, występujące na dolnej części goleni pęcherzyki, wypełnione mętnym płynem, wskazywały wyraźnie sprawę zgorzelinową. Prof. S. obawiając się krwotoku, kazał mieć w pogotowiu wszystko, mogące być potrzebnem do nałożenia ligatury na tętnicę udową, gdyby takowe było nieuniknionem; poczem wprowadził palec w miejsce przekłócia i znalazł znaczną przestrzeń wypełnioną włóknistemi skrzepami krwi, wyprowadziwszy większą część takowych, zauważył professor, że przestrzeń ta była uformowaną kosztem mięśni wewnętrznej i tylnej strony goleni. Opróżnienie rzeczonej przestrzeni wymagało wielkiej ostrożności, żeby przy niewątpliwem uszkodzeniu tętnicy nie wywołać nowego krwotoku. Wyprowadziwszy połowę zawartości rzeczonej przestrzeni, prof. S. mógł wyraźnie omacać wewnętrzną stronę *tibiae*, której gładkość dowodziła, że okostna (*periosteum*) nie była uszkodzoną. Po skończonym opatrunku, chory leżał spokojnie. Przewidując krwotok prof. S. zażądał, żeby przy chorym odbywali kolej studenci i w razie krwotoku zapobiegali takowemu naciskaniem na *art. femoralis*. Jakoż kolej była naznaczoną i ledwo się oddalił professor, przy pierwszej próbie chorego podnieść się, połała się krew szerokim strumieniem. Niebezpieczeństwo było odwrócone, gdyż w tejże chwili jeden z asystentów rzucił się ku choremu i naciskaniem na *art. femoralis* zmniejszył krwotok. Prof. S z y m a n o w s k i natychmiast przystąpił do nałożenia ligatury na *art. femo-*

*ralis* poniżej *art. profundae in angulo Scarpae*. Przystąpiwszy do nałożenia ligatury prof. S. zrobił cięcie na wewnętrznym brzegu *m. Sartorii*, przez skórę tkankę podskórną, w której pokazała się *V. Siph. magna*. *Fascia lata* została obnażoną i według kierunku włókien można było rozpoznać *m. sartorius*, co było ważnem, gdyż ręka naciskającego przeszkadzała do wybrania miejsca dla cięcia na skórze. Przy pomocy zgłębnika i pinceta obnażoną została z pochwy naczyniowej *art. femoralis*, na którą niezwłocznie nałożono ligaturę, poczem krwotok ustał natychmiast. Ligatura nałożoną została poniżej *art. profundae*, żeby zachować krążenie oboczne a tem samem odwrócić niebezpieczeństwo mogącej się rozpocząć zgorzeli. Pod wieczór stan chorego pogorszył się znówu i nastąpił dreszcz a po nim gorączka, temperatura ciała wahała się między 41° a 40° C., tętno słabe, niepełne, liczba uderzeń jego dochodzi 130 razy na minutę. Dnia 8 października stan gorączkowy jak i dnia poprzedniego, temperatura ciała 40° C., puls 108 razy na minutę. Goleń w skutek niezupelnego w niej krążenia, przybiera barwę zgorzelinową, utrata czucia w niej prawie zupełna. 9 października zgorzel wyraźna, temperatura ciała 40,2° C., tętno 120 razy na minutę. Dnia 10 zrana zgorzel zajmuje  $\frac{2}{3}$  goleni podnosząc się coraz wyżej, chory czuje upadek sił straszny, temperatura ciała 39,9°, tętno 120 razy na minutę. Około godziny 11 przyszedł prof. S z y m a n o w s k i i za zgodą chorego przystąpił około godziny 12 do operacyi odjęcia goleni według metody G r i t t i (*Transplantatio patellae*).

Przystąpiwszy do operacyi zauważył prof., że maź stawowa żółtej barwy i podejrzanego zapachu, co przy sprawie zgorzelinowej może przyspieszyć rozwinięcie się posocznicy (*septicæmia*), zaprzestał operować metodą G r i t t i i w tejże chwili nie tracąc czasu, rozpoczął na nowo operację metodą D u p u y t r e n'a. Ligatura na *art. femoralis* przeszkadzała pomocnikowi nadebrać należycie miękkie części, w skutek czego po ukończonej operacyi okostna (*periosteum*) i miękkie części niedostatecznie zakrywały odpiłowaną kość. Prof. S. uważał niezbędnem odciągnąć jeszcze więcej okostną i odpiłowawszy nieco wyżej pierścien kości, zakrył jej brzegi z łatwością. Po podwiązaniu tętnie nałożony został szew (*s. nodosa*) i sama rana zakryta lepkiem plastrem.

We dwie godziny po skończonej operacyi, temperatura ogólna ciała = 39° tętno słabe, przyspieszone 120 razy na minutę; pod wieczór chory czuje się jeszcze gorzej, brak apetytu zupełny, sen przerywany, temperatura ciała 38,6° C., tętno 116 razy na minutę. Podano choremu wino czerwone jako środek wzmacniający. 11 października osłabienie ogólne, temperatura 37,2° C., tętno prawie normalne, uczucie głodu nie zaspakaja się podaną mu porcją. Czerwone wino przyjmuje dalej. 12 października choremu znacznie lepiej, apetyt wzmagają się; pod wieczór temperatura ciała 38° C., tętno 98 razy na minutę, ból w nodze czuje tylko przy poruszaniu się. Dnia 13 stan takież sam, temperatura 37,2° C., tętno 90 razy na minutę, tegoż dnia odwiedzając chorego prof. K a r a w a j e w, naznaczył mu *Inf. chin. frigid. parat.* Dnia 14 chory czuje się jeszcze lepiej. D. 15 zdjęto szew, ropienie przeszło w dobre, temperatura ciała i tętno prawidłowe. Od 16 do 26 choremu z każdym dniem coraz lepiej, apetyt ogromny. 26 odeszła

z rany ligatura. Od 27 października do 5 listopada stan chorego nie pozostawia nic do życzenia. 6 listopada w skutku nieznacznej róży, pojawiły się przypadłości gorączkowe, nogę nasmarowano collodium. Do 11 listopada wszystko przeszło a 13 tegoż miesiąca chory został wypisany z kliniki.

Pęknięcie *art. tibialis posticae* przy wyjściu jej z *art. poplitea* nastąpiło w skutek traumatycznego obrażenia i to spowodowało najpierw nieznaczny ból *in fossa poplitea*, a następnie szybkie rozwinięcie się puchliny wystąpiło w skutek wynaczynienia (*extravasatio*) w miąższ tkanek. Chory mało zwracał uwagi przez 5 tygodni na swoją niemoc, co spowodowało zanik mięśni, zapalny stan skóry i wytworzenie włóknistych skrzepów krwi. Uwzględniając trudność dyagnostyki, a także trudności przy nałożeniu ligatury i wykonaniu operacyi, zejście choroby było bardzo szczęśliwe, gdyż powrót do zdrowia nastąpił *celeris paribus per primam intentionem*. S. p. professor S z y m a n o w s k i przez *transplantatio patellae* chciał zachować choremu całe biodro, lecz niemożebność dokonania operacyi tym sposobem oczywistą była w dopiero opisanym wypadku.

---

### SPRAWOZDANIE LEKARSKIE

z Instytutu Oftalmicznego imienia Edwarda księcia Lubomirskiego za czas od 1 (13) października 1870 po 1 (13) stycznia 1872.

Przez Dra med. Narkiewicza-Jodtko.

(Dokończenie \*).

Choroby soczewki których obserwowaliśmy aż 31 wypadków, można wszystkie jednem mianem zaciemka obdarzyć, jakkolwiek bowiem w téj liczbie ogólnej znajduje miejsce i wypadek zwiechnienia soczewki, jednak i w tym razie soczewka już była przed zwiechnieniem pociemniała, jak o tém z opowiadania chorego przekonać się mogliśmy. Wypadek ten miał miejsce u emeryta J. A., i był pochodzenia przypadkowego.

Na 2 tygodnie przed przybyciem do Instytutu P. J. uderzył się w nocy okiem uprzednio już ociemniałem o szafkę przy łóżku stojącą, poczem wśród opuchnienia powiek i czoła wstawiło się silne łzawienie, światłowstręt i ból oka oraz sąsiednich części twarzy. Gdy przy środkach przeciwzapalnych dosyć obficie używanych stan ten nie polepszał się a chory bezsennością nocami i ciągłym brakiem apetytu doprowadzony został do stanu nędzwyczajnej bezsilności i silnego rozstrojenia nerwowego układu, postanowiono zasięgnięcia mojej pomocy. Chory postąpił do Instytutu oftalmicznego w stanie następującym: oko lewe przedstawia wyrazne objawy początków zaciemka wiekowego, nieco łzawiące i czule na światło zresztą zdrowe; powieki oka prawego obrzmiałe, w kątach obnażone z naskórka, w okolo rogówki silna episkleralna iniekcya zwłaszcza od dołu, gdzie naczynia w tkanke rogówki przechodzą, w komorze przedniej pociemniała soczewka u dołu wypełnia zupełnie przestrzeń pomiędzy tęczą a rogówką, górnym zaś brzegiem wchodzi nieco po za tęczę,

---

\*) Patrz Nr 51 Gaz. Lek.

która z tego powodu jest u góry trochę przysunięta do rogówki, tak jednak, że cząstka komórki przedniej w tym miejscu daje się stwierdzić, jako taka. Gałka twarda jak kamień i ślepotą absolutną (przed wypadkiem odróżniał światło dobrze)

Mielismy ożewiście do czynienia z jaskrą następczą, wywołaną podrażnieniem jakie musiało mieć miejsce przy wejściu soczewki w tak nienormalny stosunek z tęczą i rogówką. Dwie drogi prowadzące do wyleczenia mieliśmy przed sobą, albo próbować usunąć soczewkę, której obecność w komórce przedniej jaskrę wywołała i w ten sposób usuwając przyczynę usunąć i następstwa tejże, albo wyluszczyć gałkę. Wybraliśmy tę ostatnią drogę, bo operacja wydalenia soczewki z oka tak chorego przedstawiała pewne niebezpieczeństwa (krwotok z naczyniówki przy raptownie zmniejszonym śródlożnym ciśnieniu, zapalenie przyranne naczyniówki ropne) które wystawiłyby chorego na długie i morne cierpienia, co przy tak złym stanie zdrowia i odżywiania, mogło mieć nawet dla całego organizmu fatalne następstwa, z drugiej zaś strony sposób ten przy najpomyślniejszym wykonaniu operacji nie zapewniałby ostatecznie pod względem rozwiązania pytania, czy jaskra nie wróci po zagojeniu się rany operacyjną spowodowanej, bo choroby przyczyną jakis wywołane często po pewnym przeciągu czasu nabierają warunków samodzielnej egzystencji i pozostają nieraz nadal pomimo usunięcia przyczyny. Z tych powodów wybraliśmy drogę pewniej i radykalniej do celu prowadzącą i po wyluszczeniu oka mieliśmy przyjemność widzieć raptowny powrót całego organizmu do zdrowia, chory bowiem już w 8 dni po operacji był w stanie Instytut opuścić i pusić się w kilkonastomilową podróż w niezbyt wykwinłej i wygodnej karetce pocztowej.

Sekcya wyluszczonego oka po należytem tegoż stwierdzeniu wykazała, iż soczewka zwieczniona przyrosła była u góry do wyrostka rzęskowego tak, iż wydobywając ją z oka konieczne całość wyrostka nadweryżyć musielibyśmy; nadto wykazała znaczne zagłębienie brodawki nerwu wzrokowego (*excavatio*) i zcielenie (względny zanik) warstwy włókien nerwowych siatkówki.

Zaciemki podzielimy na dwie większe grupy, z których pierwsza obejmować będzie zaciemki wiekowe które prawie fizyologicznie nazwać można, druga zaś wszystkie inne, więcej przypadkowego pochodzenia, do tej należeć będą wrodzone, miękkie nabyte, błoniaste, następcze i z przypadku powstałe.

Wypadków zaciemka wiekowego mieliśmy w Instytucie 17, wszystko obustronne najczęściej jednak albo soczewka jednego tylko oka była w okresie do operacji właściwym (t. z. zaciemek dojrzały), albo chory tylko operacją jednego oka się zadawał tak, że obustronnie wykonaliśmy operację tylko w 4-eh wypadkach: Z tej liczby ogólnej (17) mieliśmy mężczyzn 10, kobiet 7; najmłodszy chory miał lat 41, najstarszy 75, największa liczba wypadków przypadła na czas między 50 a 60 rokiem życia (9), potem idzie okres między 60 a 70 (5), po 70 (2), przed 50 (1). Najkrótszy czas pobytu jednego chorego w Instytucie był 17 dni (z jednego oka), najdłuższy 3 miesiące (z obu oczu, powikłanie przy operacji). Siła widzenia osiągnięta operacją była  $\frac{2}{2}$  w wypadkach 3-eh,  $\frac{2}{3}$  w 7,  $\frac{2}{4}$  w 5,  $\frac{2}{5}$  w 3,  $\frac{2}{7}$  w 1 i  $\frac{2}{20}$  w jednym ze skutkiem połowicznym i wycięciem tęczy następczym.

Wszystkie operacje (21) wykonane były sposobem G r ä f o'go, znanym pod nazwą wydobywania przy pomocy cięcia liniowego ulepszonego—w protokółach 14 operacji żaden przypadek podczas operacji nie został zanotowany—dwóch jednak z tych chorych miało nieznaczne przekrwienie tęczy po operacji, w dwóch wypadkach zanotowano trudności przy wydobywaniu soczewki, jeden z tych jednak przebył okres pooperacyjny bez żadnych powikłań, drugi miał silne zapalenie

tęczy, które ustąpiło przy szybkim zmerkuryalizowaniu za pomocą szaruchy i kalomelu (S.  $\frac{2}{5}$ ), w 5 wypadkach było wypłynienie ciała szklanego, w 3 po wydobyciu soczewki i te przebyły okres pooperacyjny dobrze, w dwóch zaś przed wydobyciem zaciemka, w obu zaciemki wyciągnięte zostały, raz ostrym hakiem, a raz łyżeczką K r i t s c h e t'a, jeden z tych przebył silne zapalenie tęczy w następstwie którego miało miejsce zarosnięcie źrenicy i ściągnięcie tejże ku bliźnie rogówkowej (wypadek wykazany jako zejście pooperacyjne połowiczne), dopiero następnie wykonane wycięcie tęczy częściowe przywróciło mu wzrok niedoleżny (S.  $\frac{2}{20}$ )—w drugim wypadku pozostało w oku dużo warstw soczewki korowych, ale się te w ciągu 7 tygodni po operacji rozdrobiły i uległy zupełnemu wessaniu (S.  $\frac{2}{3}$ ).

O sposobie operowania nie nowego powiedzieć nie możemy, nie zmieniliśmy nic w sposobie G r ä f'e'go, bo go za doskonały uważamy, tylko w wypadkach gdzie zaciemek wiekowy z torebkowym jest połączony, używamy zamiast cisto-tomu haczyka B e e r'a i tym ściągamy naprzód całą przednią stwardniałą torebkę a następnie wyciskamy łyżeczką soczewkę—w jednym wypadku z mojej prywatnej praktyki udało mi się w ten sposób razem z torebką całą soczewkę pociemniałą z oka wyciągnąć—ciałka szklanego nie potem nie wypłynęło i rezultat operacji był znakomity.

Po operacji kładziemy na oko siateczkę z cieniutkiego płótna zrobioną a następnie skubankę i zawiązujemy oba oczy 8 lokciowym flanelkowym cieniutkim bandażem. Przy prawidłowym pooperacyjnym przebiegu opaskę tę zastępujemy na trzeci dzień jednooczną, na 5 lekkim płóciennym bandażykiem a po tygodniu jedwabną czarną kłapką, która tylko od światła oko zasłania;—od drugiego dnia po operacji począwszy wkraplamy 2 razy dziennie roztwór atropiny, w razie podrażnienia tęczy i częścięj, przytem w tych wypadkach używamy kaptaplazm, przy silniejszym zapaleniu tęczy wtierań szaruchy i kalomelu do wewnątrz w dawkach sprowadzających szybkie zmerkuryalizowanie (5j szaruchy co 3 godziny i pół ziarna kalomelu 4 razy dziennie). Pijawek w pierwszym tygodniu po operacji nie stawimy nigdy—w drugim w razie biernego zastoju krwi w tęczy i bolesności galki w okolicach wyrostka rzęskowego. Przy użalaniu się chorego na najnniejszą dolegliwość w oku iniekcye podskórne roztworu morfiny ( $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{8}$  gr. na raz), na noc od pierwszego dnia po operacji poczynając codziennie aż do zupełnego polepszenia. Oto jest tryb postępowania pooperacyjnego; nadzwyczajnych rzeczy nie używaliśmy, bo też i z nadzwyczajnymi wypadkami nie mieliśmy do czynienia, po dobrze wykonanej operacji złe zejście jest przy tym sposobie operowania czémś niezwyklém, zagojenie szybko i prawidłowo postępuje jeśli jest dozór dobry i warunki higieniczne tak doskonale jak w Instytucie.

Następująca tabelka posłuży do dokładniejszego ocenienia całej tegorocznej statystyki operacji zaciemka:

Nazw. chor.	Zatrudnienie.	Wiek.	Płeć.	Czas pob. w Instyt. w dniach.	U w a g i.	Sila widz. po oper.	o lewe o. pr.
1 L. W.	Emeryt.	63	M.	30	Wydobycie torebki pociemniałej cążkami, potem wypl. ciałka szkl.	$\frac{2}{7}$	
2 M. F.	Majster mularski.	51	M.	43	. . . . .	$\frac{2}{3}$	$\frac{2}{2}$
3 E. J.	Żona woznego.	52	K.	21	. . . . .		$\frac{2}{2}$
4 G. A.	Żona dentysty.	64	K.	22	. . . . .	$\frac{2}{2}$	
5 P. W.	Pisarz wiejski.	59	M.	48	Zaciemek niedojrzały, wypl. c. szkl. przed socz. kortic. pozostała i została wessaną.		
6 R. F.	Tkacz.	60	M.	68	W oku lewem tęcza nożem nadcieta, zwieracz pozostał, soczewka wyjęta w całości hakiem ostrym, znaczny odpływ c. szkl., zap. tęczy po oper. silne, <i>oclusio pupillae</i> . Iridektomia poprawiająca w 6 tygodni po pierwszej operacyi.	$\frac{2}{3}$ $\frac{2}{20}$	$\frac{2}{3}$
7 R. E.	Obywatelka.	62	K.	38	Operacya bez przypadłości, w jednym rogu rany kawaleczek tęczy pozostał niewyciętym, odciecie następeze.		$\frac{2}{3}$
8 N. M.	Wdowa.	56	K.	30	. . . . .	$\frac{2}{3}$	$\frac{2}{4}$
9 L. J.	Lekarz.	62	M.	20	. . . . .	$\frac{2}{2}$	
10 L. T.	Rządca dobr.	73	M.	42	Cięcie za małe, wydobycie socz. utrudnione, silna iritis, merkuryalizacya, wyzdrowienie.		$\frac{2}{3}$ $\frac{2}{4}$
11 D. J.	Obywatel.	75	M.	24	Oper. bez przypadl., <i>hyper. iridis</i> .	$\frac{2}{4}$	
12 M. K.	Czeladnik krawiec.	50	M.	22	Oper. z trudnościami przy wydobyciu.		
13 D. A.	Czeladnik krawiec.	64	M.	23	Wypl. ciałka szk. po wydobyciu zaćm.	$\frac{2}{3}$	
14 B. G.	Gospodarz rolny.	60	M.	39	. . . . .	$\frac{2}{4}$	
15 K. A.	Żona podof. polie.	41	K.	24	. . . . .		$\frac{2}{2}$
16 R. F.	Czeladnik stolars.	54	M.	31	Zać. niedojrzały, ogromna plama na rogówce, cięcie od dołu wypl. c. szk. po wyd. zaciemka.	$\frac{2}{5}$	
17 S. D.	Wyrobnicza wiejska	51	K.	23	. . . . .	$\frac{2}{4}$	$\frac{2}{4}$

Zaciemki drugiej grupy bardziej urozmaicone i różnemi sposobami leczone wymagają szczegółowego opisu.

Z trzech wypadków zaciemka przypadkowego w następstwie skaleczenia soczewki powstałego, jeden (od ukłócia igłą, bez skaleczenia tęczy) uległ wessaniu bez interweneyi operacyjnej. W drugim wypadku (skaleczenie odłamkiem żelaza, duża rana w rogówce, wrośnienie tęczy) zrobione było we 3 tygodnie po wypadku, gdy stan oka był już stosunkowo dobrym, wycięcie tęczy częściowe i wyciśnienie miękkiego zaciemka. Odczynu zapalnego silniejszego po operacyi nie było, ale resztki torebki zrosły z brzegami sztucznej źrenicy i zejście operacyi było połowiczne. Następnie we 4 tygodnie po operacyi wyciętym został jeszcze kawałek tęczy i część torebki. Chory opuścił Instytut z siłą widzenia  $\frac{2}{10}$ . W trzecim wypadku (skaleczenie szydłem z zakłóciem tęczy) wykonanem było w okresie największego rozpulehnienia ciemniejącej soczewki, przy silnem podrażnieniu oka, wydobycie liniowe ulepszone G r a f e'go bez żadnych przypadłości z jak najlepszym skutkiem. Siła widzenia  $\frac{2}{3}$ .

Zacieków wrodzonych operowaliśmy trzy. Dwa z tych były miękkie: jeden u dziecka rocznego: wykonaliśmy najprzód dysceysję na obu oczach, we 3 tygodnie jedna soczewka uległa zupełnemu wessaniu z pozostawieniem torebki pociemniałej, druga wysysała się bardzo powoli i tęcza w górnej części źrenicy przyrosła do soczewki, wykonaliśmy więc w obu oczach wycięcie tęczy częściowe do góry, współcześnie wyciągnęliśmy pociemniałą torebkę z prawego oka a cisto-  
tomem rozdrobiliśmy resztki soczewki w oku lewem—po czterech tygodniach mały pacyent opuścił Instytut z ozarnemi jak węgiel źrenicami. U drugiego dzieciaka płci męskiej 2 $\frac{1}{2}$ -rocznego, wykonaliśmy wycięcie tęczy częściowe do góry na obu oczach, a współcześnie wydobyliśmy zaciek z prawego zupełnie, z lewego zaś tylko częściowo z powodu przebudzenia się uspiętego malca, prawe oko było po tygodniu zupełnie zdrowe, w lewem wykonaliśmy w 10 dni po pierwszej operacyi dysceysję i w 5 dni potem odjechał do domu. W miesiąc potem przedstawiał się nam i stwierdziliśmy zupełne wessanie resztek soczewki lewej; o ile można było wybadać wzrok na obu oczach zupełnie dobry. W trzecim wypadku mieliśmy do czynienia z zaciekem wrodzonym wessanym, w części płynnej, pozostała tylko twarda pociemniała torebka i tę po zrobieniu wycięcia tęczy częściowego górnego, wyciągnęliśmy z obu oczu używając już to haczyka B e e r'a, już też cążek do wydobywania torebki przeznaczonych (z haczykami na boku) w prawem oku skutek doskonały, w lewem przewlekłe zapalenie ciała szklanego z wytworzeniem się błonek po za źrenicą (*cataracta secundaria*) i zmięknieniem znacznem oka przy doskonałem uczuciu światła i możności rachowania palców odległości 3'. Chorę (14-letnią dziewczynkę) wypisaliśmy w tym stanie, zalecając przybycie do Instytutu dla powtórnej operacyi na oku lewem po upływie dwóch lat.

Zacieków miękkich nabytych operowaliśmy 3, u jednej żydówki z Brześcia, B. C., której przed 8 laty, gdy miała tylko zaciek warstwowy wrodzony, wykonałem wycięcie tęczy częściowe na wewnątrz; przez lat 7 cieszyła się dobrym wzrokiem, ale od roku zaczęła ciemnieć i przybyła z objawami całkowitego miękkiego zaciemka. Wykonałem też wydobywanie zaciemka przy pomocy cięcia liniowego dawnego (korzystając ze zrobionego już wycięcia tęczy). W oku lewem skutek był doskonały, w prawem pozostało trochę warstw korowych, wstawilo się zapalenie tęczy i nastąpiło zroszenie źrenicy przy doskonałem uczuciu światła—w 6 tygodni potem wykonałem wycięcie tęczy z zewnętrznej strony i wyszła z Instytutu z siłą widzenia  $\frac{2}{4}$  na lewem,  $\frac{2}{7}$  na prawem.

Drugi wypadek miał miejsce u córki obywatela z Siedleckiego, 28-letniej panny W. S., która przed trzema laty ociemniała na oko prawe, przed rokiem zaś na lewe. Oczy badałem przed czterema laty przy początkach zaciemka na lewem, a zupełnie zdrowej jeszcze soczewce w prawem i zanotowałem w księgach ambulansowych obok początków zaciemka w lewem *chorioiditis aequatorialis utr.* z rozmiękczeniem ciała szklanego i pociemnieniami pływającymi. Dziwnym zbiegiem okoliczności zaciek w oku lewem, zapewne po dobrowolnem pęknięciu torebki, uległ w ciągu czasu kiedy chorą nie widziałem zupełnemu wessaniu, tylko małe resztki torebki przy brzegach źrenicy pozostały, ale nie przeszkadzały



wiele, bo z  $+5$  miała siłę widzenia  $\frac{2}{7}$ .—Oko prawe, którego stan wewnętrzny znałem, jak o tém wyżej wspominałem z niekorzystnej strony, operowałem ze wszelkimi możliwymi ostrożnościami: najprzód wykonałem wycięcie bardzo wielkiego kawałka tęczy od góry, przy pomocy noża lancowatego i przy tej operacyi stwierdziłem rozpoznanie przed 4 laty dokonano, znaczna bowiem ilość wodniste-go ciała szklanego wypłynęła przez stosunkowo nie wielkie i liniowe cięcie; następnie we trzy tygodnie zrobiłem pierwszą dyscysję, po której chora pojedchała do domu i przyjeżdżała następnie jeszcze kilka razy do Instytutu dla poddawania się coraz to większym dyscysjom—operacyi tych wykonałem 5 i dopiero w pół roku po 5-jej a w 5 kwartałów po irydektomii chora przedstawiła się mi dla dobrania okularów z zupełnie wessaną soczewką; z  $+6$  znalazłem siłę widzenia  $\frac{2}{5}$ .

Trzeci wypadek zaciemka nabytego właściwie nie zupełnie miękkiego, operowanym był za pomocą bardzo skomplikowanego sposobu i z tego względu zasługuje na opis szczegółowy.

P. Z. Z., z Warszawy, lat 30 wieku, delikatnego ciała składu, od dzieciństwa słabo bardzo widzący, nauczył się jednak czytać i pisać, ale utracił możność czytania największych nawet druków przed trzema laty; poprzednio czytał tylko w najbliższej (1,5—2") od oka odległości.

Stan oczu następujący: *Microphthalmus* wyraźny średniego stopnia, w ogóle bardzo znacznego pod względem rogówki 7 mm. w wymiarze poprzecznym, 6,5 mm. w pionowym, *mydriasmus*, źrenica zwężona, tęcza jakby zanikła, kurcząca się jednak tak pod wpływem kalabaru jak i atropiny;—wszakże źrenica nad 4 mm. nie rozszerza się. Wzrok w oku lewem (gorszem) zredukowany do rozpoznawania ruchów ręki, prawem okiem rachuje palce w najbliższej od oka odległości, pole widzenia w obu oczach niezłe, wziernikiem nie z wnętrza oka przejrzeć nie można, mimo to, że przy rozszerzonej źrenicy obok zaciemków nieco światła do wnętrza przechodzi. Przy bocznem (ogniskowem) oświetleniu widzimy w oku lewem zaciemek zaniknięty, rozmiary soczewki znacznie zmniejszone i prawdopodobieństwo wapiennych złogów wewnątrz torebki, w oku prawem soczewka prawidłowych rozmiarów, środek tejże jakby ze złogami wapiennymi, biały, mocno światło odbijający—otoczony warstwą miękką krochmalowej barwy i zapewne zsiadłości, zresztą soczewka, t. j. zewnętrzne tejże warstwy i torebka przezroczysta.

Mając przed sobą obraz tak powikłany i wszystkie szanse do operacyi jak najgorsze, postanowiliśmy operować z wielką oględnością, dla tego najprzód wykonaliśmy wycięcie tęczy częściowe górne na każdym oku, następnie na oku prawem 3 dyscysje, przy pomocy których przejrzyste części soczewki pociemniały i wessaniem zostały, a środek się rozpadł na kilka części, ale przytwierdzony do torebki tylnej nie schodził ze środka źrenicy i przez kilka tygodni nie dawał najmniejszych pozorów możebności dalszego rozpadu i wessania. Przystąpiliśmy więc do wydobywania i po za chloroformowaniem chorego dla zapobieżenia wypłynięcia ciała szklanego, wydobyliśmy cążkami wszystkie kawałeczki wraz z resztką torebki, a zachęcenii dobrym stanem ciała szklanego, w temże posiedzeniu wydobyliśmy zwapniałą soczewkę z oka lewego. Odezynn zapalnego tak po tych jak i po wszystkich poprzednich operacyach nie było wcale i we dwa tygodnie po ostatniej chorey miał zupełnie czyste czarne źrenice; (ale, cóż bez ale) po 3 miesięcznym w Instytucie pobyciu, wzrok chorego o tyle się tylko poprawił, że N. 20 J ä g r a mógł prawem okiem decyfrować, lewem zaś palce rachował—szkła żadne nie polepszały widzenia—wzrastał zanik i zwyrodnienie barwnikowe siatkówki (*retinitis pigmentosa*) w obu oczach.

Wypadek zaciemka miękkiego obustronnego u właścianki F. J., podległej cukromoczości, w bardzo wysokim stopniu (ciężkość gatunkowa 1057), wynędziała tak, że literalnie tylko skóra szkielec pokrywa, zasługuje na opisanie

właśnie z powodu doskonałego rezultatu operacyi, pomimo tak wadliwych warunków stanu zdrowia ogólnego. Zaciemek w oku lewem wytworzył się przed dwoma miesiącami, w prawem zaś przed trzema tygodniami, część warstw korowych soczewki była jeszcze w obu oczach przezroczystą, dla tego też korzystając z doskonałej rozszerzalności źrenicy pod wpływem atropiny, wykonaliśmy najprzód dysceysję dosyć dużą w obu oczach a dopiero we 3 tygodnie po tejże ekstrakcyi Gräfe'go na oku lewem, a w 5 tygodni na oku prawem; reakcyi pooperacyjnej najmniejszej, stan oka tak dobry, że we 2 tygodnie po ostatniej operacyi mogliśmy chorą z bardzo dobrą ( $\frac{2}{4}$  i  $\frac{2}{3}$ ) siłą widzenia przetranslokować do kliniki terapeutycznej szpitalnej. Stan ogólny także pod wpływem wody karlsbadzkiej i dycty właściwej poprawił się a ilość cukru w moczu zmniejszyła się.

Ciekawą też jest obserwacya zaciemka biegunowego tylnego niezmiennego (*cat. polaris post. stationaria*) u byłego aspiranta medycyny A. W., który bawiąc ostatnich lat kilka nad Białym morzem, utracił możność czytania średniego druku przed laty dwoma w ciągu kilku dni; wzrok raz przyszedłszy do pewnego stopnia osłabienia już nie słabł dalej i z tego powodu a także dla tego, że i teraz we dwa lata po operacyi zmianie żadnej nie podległ, uważamy ten zaciemek za niezmienny. Część soczewki pociemniała odpowiadała średnicą średnicy średnio zwięzłej źrenicy (4—5 mm.), z tego powodu po wypróbowaniu siły widzenia przy pomocy stenopeicznych okularów i znalazłszy ją doskonałą, zrobiliśmy tylko dwa wąskie częściowe wycięcia tęczy ku dołowi i wewnątrz; z którymi nasz chory przy szklach do stopnia starowzroczności zastosowanych mógł czytać N. 1 J a g r a w 8".

Dwa wypadki zaciemka następczego nie przedstawiały nic ciekawego—po dysceysyi jednego skutek był dobry, po wydobyciu drugiego na jednym oku skutek dobry, na drugim zapalenie tęczy potworzyło nowe zaciemnienia, które spowodowały zejście operacyi połowiczne, na poprawienie którego chory się nie zdecydował.

---

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

### Uwagi nad idyopatycznem prostém zapaleniem opon mózgowych.

(*Meningitis cerebri simplex*).

Przez prof. R o s e n s t e i n z Gröningi.

Spolszczył Dr A. Stockmann.

Idyopatyczne proste zapalenie opon mózgowych należy względnie do tak rzadkich chorób, iż nie powinno nikogo dziwić, że najlepsze nawet jej opisy, jakie posiadamy, (np. H a s s e'go w *Krankheiten des Nervensystems*, 1869) wymagają pewnych uzupełnień i objaśnień pod pewnym względem. Szczególniej mało jest znanym przebieg gorączki przy tem cierpieniu. Pod tym względem istnieją różne zdania nawet pomiędzy takimi bada-

ezami jak *H a s s e*<sup>1)</sup> i *W u n d e r l i e h*. Autor podziela zdanie *W u n d e r l i e h*a, który powiada: „Gorączka przy ostrym zapaleniu opon na wypukłości mózgu może się wznosić bardzo gwałtownie lub dość powolnie stosownie do przyczyny wywołującej chorobę. Ciepłota w krótkim przeciągu czasu szybko się wznosi, utrzymuje stale na znacznej wysokości (przeszło 40° C.), podczas agonii wznosi się jeszcze, a śmierć następuje wśród gwałtownych objawów gorączkowych.” Nadto *R o s e n s t e i n* dodaje, iż ostatnia część opisu *W u n d e r l i e h*a nie zawsze jest słuszną, gdyż śmierć nie zawsze następuje przy podniesieniu ciepłoty do maximum, owszem zdarza się obserwować pod koniec życia ciepłoty pośmiertne. W niektórych razach początku cierpienia gorączka przyjmuje typ przepuszczający; udało się nawet autorowi u czteroletniego dziecka usunąć chwilowo zupełnie stan gorączkowy przy pomocy kilku dawek chininy (zauważyć należy, że miało to miejsce w miejscowości gdzie zimnica nie panuje endemicznie). *G e n d r i n* w przykładzie dzieła *A b e s c r o m b*’ego zwrócił już uwagę na różnice w obrazie chorobowym u osób dorosłych i dzieci, różnice te mimo swój wybitności mało były uwzględniane przez późniejszych badaczy. Mimo to wiemy, że niektóre objawy, np. kureze konwulsyjne są właściwe tylko u dzieci.

Drugim punktem wielce godnym uwagi, mało jednak wspomnianym, jest jednoczesne występowanie białkomoczu; mocza oprócz białka zawiera jeszcze, a czasami nie zawiera, pierwiastki ukształtowane. Autor widział białkomocz występujący we wszystkich wypadkach zapalenia opon. Przyczyną białkomoczu jest po części przekrwienie żyłne, po części zaburzenia krążenia w naczyniach włosowatych nerek, spowodowane obrzmieniem miąższowym substancji korowej. Pod tym więc względem zapalenie opon mózgowych nie przedstawia różnicy od epidemicznego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Zwraca następnie autor uwagę, iż twierdzenie o wyłącznym występowaniu prostego zapalenia opon na wypukłości półkul mózgowych należy przyjmować bardzo względnie. Nawet prawdopodobniejsze zdanie innych autorów, „że proste zapalenie opon występuje przeważnie na wypukłości lub podstawie mózgu” należy zmienić w ten sposób, że tak wypukłość jak i podstawa bywają zwykle jednocześnie zajęte. Rzadko bardzo się zdarza, aby zapalenie zajmowało pewną tylko część mózgu. Autor sam raz tylko widział zapalenie opon mózgowych, ograniczające się li tylko na wypukłości półkul mózgowych.

Z sześciu własnych obserwacji przebiegu choroby u osób dorosłych wnioskuje autor, że gorączka towarzysząca prostemu zapaleniu opon mózgowych, znajduje się w stosunku prostym do przestrzeni zajętej sprawą chorobową. Gdzie sekeya wykazała wysięk zajmującą znaczną część powierzchni mózgu, tam i za życia obserwowano już trzeciego dnia choroby bardzo wysoką ciepłotę (przeszło 40° C.), gorączka była prawie ciągłą bez zwolnień, a przy końcu życia osiągała najwyższej możliwej siły (ciepłota 42,8° C.). Najlepszą miarą natężenia gorączki jest zachowanie się ciepłoty ciała chorych przy zastosowywaniu środków ochładzających. Zimne kąpiele lub zimne oblewania w letniej kąpielii zniżyły ciepłotę zaledwie o 1° C., i to na czas bardzo krótki. Obniżenie to prawie nie wpływało na opóźnienie fatalnego zejścia, sprawiało tylko, że śmierć następowała przy nieco niższej ciepłocie (40,5—39—38,8° C.). Tętno charakteryzuje się tem, iż jego częstość stoi w prostym stosunku do ciepłoty i w miarę jej wahań ulega odpowiednim zmianom. Wielkość jednak bezwzględna tętna nie odpowiada bynajmniej wysokości ciepłoty, jest stosunkowo za małą. Pod koniec życia, skoro następuje porażenie stopniowe ośrodków nerwów błędnych częstość tętna nadzwyczaj się wzmacnia. Z szeregu objawów zwraca autor uwagę na niektóre; i tak wspomina, że obok stale występującego bólu głowy bardzo często spotykamy się z nadezłością i hyperalgesią. Szczególniej charakterystycznym były gwałtowne wrażenia bólu przy lekkim dotykaniu skóry na tułowiu i kończynach, lecz nie na twarzy, i to w okresie choroby, gdy pacjent nie dawał prawie żadnego znaku wiadomości doznanych wrażeń. Objaw ten przypisywany prawie wyłącznie epidemicznemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, wedle spostrzeżenia autora występował w tych wypadkach prostego zapalenia opon mózgowych, przy których jednocześnie istniały zmiany w substancji korowej mózgu; toż samo

1) *H a s s e* utrzymuje: „Ciepłota skóry tylko w początku choroby bywa nadzwyczaj podniesioną, wznosi się gwałtownie przy zaostrzeniu, wkrótce jednak spada i pozostaje stale niezbyt podniesioną.”

powiedzieć można o towarzyszących chorobie deliriach. Bredzenia te miały zawsze charakter mniej lub więcej maniakalny i zdradzały się już w w początku choroby niechęcią, z jaką chory odpowiadał na pytanie, jeżeli jeszcze był w możności zrozumieć pytanie. Co się tyczy zaburzeń w sferze nerwów ruchowych, to zauważyć należy brak wyraźnych ogólnych kurezów, które tak często występują w przebiegu choroby u dzieci. Nie można zaprzeczyć, aby i u dorosłych nie istniały objawy podrażnienia sfery ruchowej, ograniczają się one jednak tylko do lekkiego drżenia i pojedynczych ruchów koniecznych, mianowicie górnych, oraz do trzęsienia się rąk. Przykurczenia mięśniowe, na które kładą taki nacisk autorowie francuzey i uważają je za szczególny znak zajęcia wypukłości mózgowia, nie występowały bynajmniej w wypadkach obserwowanych przez autora, wyjąwszy tylko lekkiej sztywności mięśniów karkowych, co bynajmniej nie zależało od zajęcia opon rdzeniowych. W jednym wypadku choroba rozpoczęła się pod postacią napadu zaćmowego.

Nakoniec autor kładzie jeszcze raz nacisk na występowanie białkomoczu, któremu towarzyszy lub nie, obrzmienie nerek. Trudno z pewnością oznaczyć związek mogący istnieć pomiędzy zaburzeniami w czynności nerek i zapaleniem opon, zdaje się jednak, że przyczyną tych zaburzeń jest sama gorączka a właściwie nadmierna wysokość ciepłoty, toż samo bowiem widzimy przy zapaleniu płuc i innych gorączkowych cierpieniach. Autor jednakże zwraca uwagę, że w jednym wypadku przy bardzo niskiej ciepłocie (rano 37,2<sup>o</sup> C., wieczorem 38,2<sup>o</sup> C.) wystąpiła bardzo silna albuminuria. Na podstawie téj obserwacyi, oraz wielu innych, autor sądzi, że w tych razach zaburzenia krążenia w nerkach należy uważać za objaw porażenia nerwów naczyńoruchowych, co pod pewnym względem stanowi podobieństwo do żylnego przekrwienia błony łącznej oka, stale występującego podczas zapalenia opon mózgowych.

### O dezynfekcyi przy cholery.

Wedle Dra F. K ü c h e n m e i s t e r'a z Drezna.

Spolszczył Dr A. Stockmann.

(Ciąg dalszy \*).

Srodki dezynfekcyjne działające mechanicznie.

Obserwując nasze zwierzęta domowe widzimy, że np. psy i koty składają swój kał w małe zagłębienia, które zasypują ziemią, albo też przynajmniej pokrywają kał ziemią wykopując ją tylnemi łapami. Jest to pierwotny sposób dezynfekcyi, wykonywany instynktywnie przez zwierzęta. W nowszych czasach zalecano posypywanie ekskrementów ludzkich ziemią a to dla dezynfekcyi i zniszczenia przykrej ich woni. Używano w tym celu miądkiego torfu, a wedle rozporządzenia berlińskiej policyi, należy do tego używać miału węglowego.

Na téj samej zasadzie polega budowa klozetu ziemnego M o u l e'go (Dry-earth-Clozet-Systeme). Ekskrecye powinny być o ile możności dokładnie pokrywane ziemią, która następnie wywieziona służyć może jako nawóz dobry w gospodarstwie.

Wedle H a l l i e r'a szybkie przenoszenie gnoju na rolę ma tę dobrą stronę, że masa sporów grzybkowych przetradza się nadzwyczaj prędko w grzybki nitkowate.

Wedle S c h l o t h a u e'r'a sucha ziemia jest wyborym środkiem dezynfekcyjnym. Półtora funta suchej ziemi usuwa won z jednego wypróżnienia powstającą i absorbuje jedną czwartą część litra moczu. Mieszanina podobna przyspiesza rozkład części organicznych, kał znika zupełnie i po pewnym czasie powstaje masa bez żadnej złej woni.

M o u l e sądzi, że części organiczne kału wracają przy pomieszanii ich z ziemią do téj postaci, w jakiej zwykle znajdują się ciała organiczne w roli. Wiele jednak zależy od ilości i składu samej ziemi. Zbyt wielka ilość ziemi domięzanej do kału utrudnia jego wywożenie i czyni go mniej pożytecznym nawozem. Piasek i żwir żadnej nie przynoszą

\*) Patrz Nr 48 Gaz. Lek.

korzyści a wapno bardzo małą. Najlepszą jest ziemia gliniasta dobrze wysuszona, chłonie bowiem dużo wody i niszczy wybornie złą woń, toż samo można powiedzieć o ziemi ogrodowej, szczególnie nieco gliniastej, oraz o każdej ziemi zawierającej już nieco składników organicznych.

System klozetów ziemnych wprowadzono z wielkim pożytkiem w Anglii, szczególnie przy zabudowaniach szkolnych, więzieniach i szpitalach.

W ogóle co się tyczy systemu p. M o u l e można zrobić następujące uwagi:

1) Dobrze zastosowany system pozwala bez żadnej szkody dla mieszkańców usuwać nagromadzone ekskrecye. 2) Wprowadzenie systemu klozetów powinno być poruczone zarządowi miasta lub gminy. 3) Wiele zalet przedstawia, gdy go za stosujemy w mieszkaniach ludzi ubogich, szczególnie wystawionych na choroby zakaźne. 4) Urządzenie klozetów ziemnych bynajmniej niewyłącza potrzeby osobnych środków do usuwania wody deszczowej zaskórnej lub wylewanych opłuczyn. 5) Dotąd stosowano system ten z pożytkiem tylko w miejscowościach nie liczących więcej nad 10,000 ludności; nie wiemy zatem o ile będzie praktycznym w miastach dużych. 6) Ziemny klozet jest stosunkowo tańszym od wodnego, mniej wymaga poprawek, nie niszczy go mróz ani też wrzucenie jakiego przedmiotu twardego, nadto przy ziemnym klozecie mniej się zużywa wody w domu. 7) Cała wartość nawozu pozostaje, gdyż otrzymany tym sposobem nawóz łatwo się przechowuje, przewozi, używać go można w każdym czasie i bez względu na jakość gruntu i jakość zasianego zboża.

Systematowi klozetów ziemnych zrobiono następujące zarzuty:

1) Klozet ziemny nie może być nigdy utrzymanym tak czysto jak klozet wodny (czemu w samej rzeczy trudno zaprzeczyć). W mieszkaniach klasy ubogiej klozety ziemne często ulegają zanieczyszczeniu. (Toż samo jednakże dzieje się i z klozetem wodnym, systematem beczkowym i dołowym. Każdy system usuwania ekskrecyj zwłaszcza z mieszkań klasy uboższej ludności wymaga ścisłego dozoru policyjnego). 3) Klozet ziemny można urządzać tylko zewnątrz zabudowań. Zależy to jednakże tylko od obecnie istniejącej budowy domów, w nowych możemy poczynić odpowiednie urządzenia. Zresztą klozet ziemny użyty w pokoju jest łatwiej przenośnym od wodnego). 4) Główną trudność wprowadzenia tego systemu w miastach większych stanowi potrzeba dostarczenia ogromnej masy materiałów (ziemi) do zmieszania z kałem. (Zdaje się, iż zarzut ten nie jest usprawiedliwionym. Miasto zużyje z pewnością nie więcej ziemi jak zużywa węgla kamiennego. Zresztą też same furcy, które przywożą ziemię mogą wywozić z miasta kał zmieszany z nią; wywózka jest konieczną zawsze, skoro tylko kał nie odpływa szczególnymi kanałami). 5) Wedle zdania P e t t e n k o f e r'a i R o l l e s t o n'a zmieszanie kału z ziemią bynajmniej nie zaciąga jego szkodliwego wpływu, przeciwnie panowie ci obawiają się szczególnie przesiąknięcia ziemi massami kałowemi. Jest to jednak zarzut zupełnie teoretyczny i mogący odnosić się li tylko do prostych dołów kloaczych, wykopanych w ziemi i nieobmurowanych. Celem właśnie ziemnych klozetów jest o ile możności zapobieganie przesiąknięcia gruntu massami kałowemi. Wszystkie zresztą obserwacye zrobione w Indiach mówią przeciwko zdaniu P e t t e n k o f e r'a. We wszystkich miejscowościach Anglii i Indyi, gdzie wprowadzono dobrze urządzone klozety ziemne, ogólny stan zdrowia znacznie się polepszył.

## II. Metoda dezynfekcyi pokojów mieszkalnych.

Ponieważ cholera nie tylko staje się zaraźliwą za pośrednictwem kloak, ale także pokojów zajmowanych przez chorych, należy przeto baczną zwrócić uwagę na dezynfekcyę tych ostatnich.

W u n d e r l i e h każe pokój zajmowany przez chorego dezynfekować octem i na czas jakiś usunąć zeń wszystkich mieszkańców. W parę dni pokój może być znowu zamieszkanym, wpływ szkodliwy nie daje się więcej spostrzegać.

B r e h m e każe w pokojach zawieszać płaty znaczone w stężonym kwasie octowym. W e b e r radzi ściany i podłogi, oraz rzeczy w pokoju stojące skrapiać wodą, a następnie pozamykawszy drzwi i okna spalić nieco siarki. W Amsterdamie używają w tym celu chlorku wapnia i bezwzględnie opuszczają na czas pewien pokój zajmowany przez chorego. C a r u s w Lipsku radzi zmywać podłogi mieszaniną octu z wodą, w wyjątkowych tylko razach używa chlorku wapnia. Wedle G o e b e n'a do dezynfekcyi wystarcza opuszczenie na cztery tygodnie pokoju, który przez ten czas ciągle jest przewie-

trzanym. Podobnie sprawozdanie berlińskie uważa silną wentylację za dostateczny środek dezynfekcyjny dla mieszkań.

### III. Metoda dezynfekcyi bielizny.

Większa część lekarzy jest tego zdania, że bielizna po cholerycznych, zwłaszcza zwalane ekskrecjami i w miotani jest bardzo często środkiem roznoszącym zarazę; dlatego też podaje liczne sposoby dezynfekcyi bielizny.

*D e l l b r ü e k* w zakładzie karnym w Halli pomieszcza bieliznę używaną przez cholerycznych w beczkach napełnionych czystą wodą, pozostawia ją w nich przez parę tygodni, następnie każe suszyć na swobodnem powietrzu zdala od mieszkań, poczem dopiero może być praną zwykłym sposobem. Podczas epidemii w 1855 roku już po dwóch wypadkach cholery w więzieniu zachorowało na raz dziewięć przeczek, z przyczyny, że nie zachowano żadnych środków ostrożności. Tymczasem w 1865 roku przy poprzedniej dezynfekcyi bielizny zachorowała tylko jedna przeczka.

*W e b e r* radzi dezynfekować bieliznę, gotując ją w roztworze siarczanu cynku i to w kotłach umieszczonych za miastem. Kwas karbolowy z przyczyny nie milego zapachu mniej się nadaje do dezynfekcyi bielizny. Zresztą psuje nawet bieliznę przy dłuższem użyciu. Inne środki, jak kwasy, chlorek wapnia, siarczan żelaza czynią bieliznę niezdatną do dalszego użycia. Ze zdaniem *W e b e r*'a idą także *G ü n t h e r* i *H i r s c h*.

*C a r u s* podczas epidemii w szpitalu wojskowym w Lipsku, kazał bieliznę pomieszczać na dwadzieścia cztery godziny w roztworze siarczanu cynku, a następnie wygotować. Odzież wełnianą, która nie może być bez uszkodzenia mączaną, zawiesza się w pokoju o ile możności ściśle zamkniętym i wykadza siarką. Dopóki części ekskrecyi i wmitów przylegające do bielizny były wilgotne, zarażenie nie miało miejsca, przeciwnie się dzieje skoro części te zaschną na bieliznie. Posługacz, który składał prześcieradło suche, użyte przez cholerycznego i pomiescił je w roztworze siarczanu cynku, uległ zarażeniu i zmarł na drugi dzień.

*G ö d e n* radzi bieliznę zostawiać w pokoju gdzie leżał chory i sam pokój przez pewien czas opuścić.

Wedle sprawozdania berlińskiego, najlepiej bieliznę wymoczyć a następnie wygotować w lugu *J a v e l l e*'a. Najlepiej jednakże będzie przy znacznem zanieczyszczeniu bielizny i odzieży zniszczyć je za pomocą spalania.

Widzimy zatem, że dezynfekcyja przy niejasnem o niej pojęciu ma wielu zwolenników, ale też dość przeciwników także. Postaramy się ściśle rozebrać jej rzeczywiste znaczenie i wartość.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## Wiadomości bieżące.

— Leczenie zolzowego zapalenia gardła (*angina scrophulosa*). Przy leczeniu sprawy chorobowej w mowie będącej, należy pamiętać o następujących zasadach: a) odrzucie przetwory ręcione, za wyjątkiem jeśli sprawa wikła się z przymiotem. W takich wypadkach przetwory te winny być stosowane z ostrożnością i z przerwami, w czasie których zalecić należy używanie jodku potasu lub jodku żelaza. b) Używanie obfite środków przeciwzolzowych jak tranu (*oleum jecoris aselli*), jodku żelaza (*ferrum iodatum*), chinu, pożywnej diety, ruchu i kąpieli siarczanych. c) Ścisłe przeprowadzenie miejscowego leczenia za pomocą półtorochlorku żelaza (*liq. ferrum sesquichloratum*), jodoformu chlorku cynku (*zincum muriaticum*) lub stężonego kwasu chromnego (*acidum chromicum*).

Ponieważ leczenie miejscowe odgrywa najważniejszą rolę, zatem *S s a m b e r t*, autor niniejszego artykułu, obszerniej o nim się rozpisuje; podajemy go poniżej w streszczeniu:

1) Błona śluzowa jamy ustnej, gardzieli i krtani bardzo dobrze znosi kwas chromny, przez swoje działanie ściągające wywiera on jeszcze pomysłny wpływ na obrzęk głośni i tym sposobem zapobiega przecięciu tchawicy (*tracheotomia*).

2) Półtorochlorek żelaza właściwy jest szczególnie w wypadkach wrzodów krwawiących.

3) Azotan srebra (*nitras argenti*) nie działa tutaj skutecznie, z wyjątkiem, jeśli sprawa ma się już ku lepszemu.

4) Z pomiędzy proszków tutaj używanych najlepszym się okazało połączenie *lycopodium* z jodoformem.

5) Miejscowe natryski działają pomyślnie w niektórych wypadkach.

6) Inhalacye przy pomocy pulweryzatora w tej sprawie chorobowej są bezskuteczne.

(*The medical record*, N. 146, 1872).

— O leczeniu ran i wrzodów atonicznych za pomocą alkoholu. Płyn przez C o o k e'go używany składa się z eteru metylowego i wody w równych częściach. Równocześnie C. wspomina o środkach alkoholowych innych, które przekłada nad sposób leczenia L i s t e r'a. N e l a t o n używa mieszaniny kamfory i alkoholu, S e e czystego, nierozcieńczonego alkoholu, D o l b e a u alkoholu rozcieńczonego wodą. Korzyści jakie z takiego sposobu wynikają, są następujące:

1) Opatrunek jest czysty, bez woni, za wyjątkiem w pierwszych razach stosowany.

2) Unika się prawie zupełnie rozwoju róży i ropnicy.

3) Rany pozostają swobodne od podrażnienia, obrzęku i zapalenia.

4) Gorączka przyrana, nawet po najcięższych operacjach, nie występuje prawie nigdy.

5) Zabliźnianie szybko postępuje.

Wykonanie operacyi i nałożenie opatrunku wykonywa się w następujący sposób:

1) Ropnie otwiera się nożem w zwykły sposób.

2) Ranę przemywa się najprzód czystą wodą, następnie roztworem alkoholowym.

3) Kompres, namoczony w roztworze o którym mowa, przykładą się na ranę, jeżeli zaś takowa jest wielką, w części się w nią wkłada.

4) Na kompres kładzie się płótno guttaperchowe i umacnia się wszystko opaską.

(*The medical Record*, N. 154, 1872).

— Świerzbiączka, *pruritus*, świerzb., *syosis*. P i n t s e h o v i u s zestawia dlatego razem te cztery sprawy, iż wszystkie z pomyślnym skutkiem leczone były kwasem karbolowym. Zanim autor zaczął stosować k w a s k a r b o l o w y w ś w i e r z b i a c z e e, używał wszystkich zalecanych środków, lecz bezskutecznie. P. przepisywał kwas karbolowy do wewnątrz (10 grm. kwasu karbolowego wraz z magnezją na 100 pigulek, po trzy pigulek trzy razy dziennie). Świerzbiączka i przy tym sposobie postępowania nie ustąpiła, swędzenie było jak przedtem, puchlina jednak worka mosznowa od lat 12 istniejąca zupełnie ustąpiła. Pod tym więc względem należałoby k w a s k a r b o l o w y poddać dalszym próbom. Następnie P. próbował zewnątrz kwasu karbolowego w postaci obmywania miejsc sprawą chorobową zajętych. Guziezki odluszczały się, swędzenie się pomniejszyło, i po trzech a najwięcej po ośmiu dniach choroby byli uleczeni. Niniejszy sposób postępowania P. stosował w 30 wypadkach. W *pruritus* autor używał tej samej metody. U świerzbowatych kwas karbolowy okazał się bardzo skutecznym, leczenie polegało na obmywaniu rano i wieczorem i trwało zwykle dwa do trzech dni. W *syosis paralytica* P. używał kwasu karbolowego pod formą maści (*Acidi carbolicci 2,0, Ungti simplicis 20—30,0*). I w tym razie kwas karbolowy nie zawiódł oczekiwań.

(*All. mediz. Central-Zeitung*, N. 67, 1872).

— Śmiertelność pomiędzy cywilną ludnością Paryża podczas 28 tygodni oblężenia. Wedle sprawozdania lekarza francuzkiego Dra Henryka S u e u r, cywilna ludność Paryża poniosła podczas oblężenia straty dochodzące do 50,000 ludzi. Przed zamknięciem miasta 300,000 Paryżan opuściło miasto, w miejsce ich przybyło 190,000 wojska regularnego i 170,000 mieszkańców przedmieść. Tym sposobem ludność Paryża wzrosła z 1,890,000 do 2 milionów, przyczem przeważnie zwiększyła się ludność mająca średnio 20—40 lat wieku. Średnia śmiertelność w ciągu odpowiednich 28 tygodni w ciągu czterech lat poprzednich i roku następnego wynosiła 24,928; zaś w 1870/71 wyniosła 77,231. Śmiertelność niejednostajnie dotykała ludność w różnym wieku będącą. Pomiedzy 15 i 25 rokiem śmiertelność była sześć razy większą jak zwykle, w ogóle była trzy razy większą. Najmniejszą była śmiertelność pomiędzy mężczyznami liczącymi od 40—60 lat, gdyż ci albo nie brali udziału w służbie czynnej, albo też łatwiej znieść mogli zimno i niedostatek. Sześć chorób głównie wpłynęło na tak znaczne powiększenie śmiertelności, t. j.: ospa, ostre zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, tyfus, zapalenie kiszek i biegunka krwawa.

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskiej

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1873 wydawaną będzie w tym samym co obecnie ścisłym naukowym kieszonku. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i o 1 lipca z d. 1 stycznia 1873 r. zaczyna się tom czternasty. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośzeniem do mieszkań rocznie rsr. pięćdziesiąt kop., pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesyłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (opisów tomów 1-go i 2-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesyłaniem).

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskiej w półroczu przyszłym 1873 wydawaną będzie.

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej galeziach, i b) ciągłe śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskiej, rozpada się na trzy działy:

Pierwszy z nich, przedstawiający obecną stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

**1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,**

obejmujące wszystkie galezie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieła te w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 stycznia 1873 do 1 lipca 1873 r.) wynosi rsr. dziesięć.

W drugim dziale Bibl. Um. Lek. zawiera się:

**2) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.**

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej dział ten, jako dodatek dołącza się bezpłatnie. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i oddzielnie sprzedaje się po rsr. 6.

Trzeci nareszcie dział Bibl. Um. Lek., mający na celu śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej, zawiera krótki ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczynają się do postępu nauki lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

**3) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.**

„Przegląd” prac za rok 1871 w przyszłym półroczu wychodzić będzie i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z Dziełami wyżej wyliczonymi, lub z Gazetą Lekarską. Przegląd za rok 1871 obejmuje również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1871 wynosi: 1) dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i pierwszego działy Bibl. Um. Lek., t. j. Dzieł rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pisma powyższych rsr. 8 (z przesyłaniem).

III. Kalendarz Lekarski na rok 1873 opuści prasę. Cena rsr. 1.

Pod prasą:

IV. Katalog Dzieł Lekarskich polskich, lub przez lekarzy Polaków napisanych, od wydania pierwszej książki lekarskiej w Polsce aż do ostatnich czasów. Przedpłata rs. 1. Po wyjściu z druku dla nieprenumeratorów cena wynosić będzie rsr. 3.

V. Słownik Lekarski. Przedpłata rsr. 6. Po wyjściu z druku—rsr. 12.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bezpośrednio w Redakcyi Gazety Lekarskiej, która w razie zatracenia na poczcie pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie. Prenumeratorowie z Galicyi, Poznańskiego i w ogóle z zagranicy mogą również składać przedpłatę i w pocztamtach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskaly w całej Europie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskiej 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.

Dr. Ig. Baranowski