

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —
„ półrocznie „ 2 „ 50
„ kwartalnie „ 1 „ 25

Na Stacjach pocztowych w Królestwie:
„ „ rocznie . . . Rs. 6.
„ „ półrocznie „ 3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

TREŚĆ: Torbielak klejowaty (*cystoida colloidis*) prawego jajnika; zebranie surowiczego płynu w próżni otrzewnej (*ascites*); wycięcie jajnika (*ovariotomia*); śmierć. Spostrzeżenie Prof. Girsztowta. — O udzielaniu się choroby syfilitycznej kobietom wiejskim etc. (dok. heczenie). Dr. Pawlikowski. — Kronika Zagraniczna. Przegląd oftalmologiczny. O zastosowaniu oftalmoskopu do rozpoznania chorób systemu nerwowego. Br. Taczanowski. — Wrzód dziurzący stopy. Dr. Kwaśnicki. — Przyczynek do nauki o samodzielnem rozlanem zapaleniu szpiku kostnego. (ciąg dalszy). Dr. Witkowski. — Wiadomości bieżące.

Torbielak klejowaty (*cystoida colloidis*) prawego jajnika; zebranie surowiczego płynu w próżni otrzewnej (*ascites*); wycięcie jajnika (*ovariotomia*); śmierć.

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

M. S., panna, 17 lat wieku, źle odżywiana, wychudła, blada, w rysach twarzy nosząca ślady głębokiego cierpienia, od dzieciństwa jednak ciesząca się najlepszym zdrowiem, od 13 roku życia miesiączkująca (*menstruatio*), w grudniu 1862 r. uległa zaziębieniu, w następstwie czego rozwinęło się zapalenie otrzewnej i prawego jajnika. Po użytym stosowném leczeniu, groźne objawy zawiązanego tego cierpienia minęły, pozostało małe obrzmienie brzucha (*ascites*), i miesiączka w zwykłym czasie więcej się nie pokazała: czem chora mocno zaniepokojona, a nadto od czasu do czasu doświadczając nieznacznego bólu w rozmaitych miejscach dolnej przedniej części brzucha, baczniejszą na siebie zwracać zaczęła uwagę, i przypadkiem wykryła w okolicy brzusznej dolnej (*regio hypogastrica*) guz wielkości dużego jaja. Na początku września 1863 r. *menstrua* znowu wróciły, objętość brzucha stopniowo się zmniejszała, ogólne odżywianie poprawiło się, siły zaczęły się wzmacniać i chora o dawném swém cierpieniu zupełnie zapomniała. W miesiącu lutym 1864, bez widomój przyczyny, ale prawdopodobnie skutkiem nowego zaziębienia, obraz dawnego cierpienia w zupełności na nowo wystąpił. Po dosyć długim cierpieniu bole zostały złagodzone, objętość jednakże brzucha znakomicie się powiększyła, guz stał się wyraźniejszym, miesiączka na zawsze znikła, siły zaczęły słabnąć, chudnienie (*emaciatio*) z każdym dniem większe. Odtąd chora wciąż się leczy, i z porady lekarzy całe lato 1865 r. przebywa na wsi, co rzeczywiście zbawienny, chociaż chwilowy wywarło wpływ na stan jój ogólny; w grudniu jednak t. r. znowu wystąpiły znane objawy zapalenia otrzewnej, które w czerwcu, sierpniu i grudniu 1866 r. po trzykroć jeszcze się

powtórzyły. To już stanowczy zadało cios chorób: siły ją opuściły, ogólne odżywianie doszło do zupełnego upadku, objętość brzucha zatrważające przybrała rozmiary, skutkiem czego oddech stał się mocno utrudnionym i rozwinęło się uczucie ciągłego duszenia, obok objawów nerwowych pod ogólnym mianem hysterii znanych.

W takim stanie była chora, kiedy w dniu 3 stycznia b. r. po raz pierwszy do niej byłem wezwany. Bezpośrednie badanie wykazało co następuje: przednie i boczne części brzucha (*abdomen*) mocno wypukłe; skóra na nich napięta, połyskująca, poprzerzynana w różnych kierunkach rozszerzonymi żyłami; objętość jego w poprzecznej linii pępkowej wynosi 112 centymetrów, przestrzeń od wyrostka mieczowego kości mostkowej do pagórka Weneri zawiera w sobie 54 centymetry, przestrzeń zaś od pępka do spojenia łonowego równą jest $28\frac{1}{2}$ cent. Na dotykaniu palcami pokrywy brzusznej mocno naprężone, pozwalają jednak wyczuć jasne przelewanie się (*fluctuatio*), które i gołym okiem wyraźnie się dostrzega (*undulatio*). Przy mocniejszym i głębszym nacisku zaraz nad spojeniem łonowym z łatwością daje się wymacać guz sprężysty, twardej, ruchomy, przesuwalny w strony i ku górze, kształtu owalnego, w podbrzuszu (*reg. hypog.*) prawie okrągły, wielkości dużej głowy dorosłego człowieka, postępując zaś ku pępkowi zwęża się i w dołku sercowym wyczuwa się niewiększym od pięści. Powierzchnia guza nierówna, jakby złożona z oddzielnych zrazów, a w okolicy nadbiodrowej prawej (*reg. suprailiaca dextr.*) dosyć wyraźnie można wykazać na wielkim guzie umocowane dwa mniejsze odmienną konsystencji, dające uczucie przelewania się. Przy nacisku i przesuwaniach guza chora skarży się na ból. Badając przez pochwę przekonywamy się, że wargi ust macicznych, ściśle z sobą stykające się, przy przesuwaniu guza pozostają zupełnie nieruchome; wprowadzając zaś palec do *intestinum rectum* wyczuwamy ciało macicy pod formą małego gruzła, naciśnięte przez guz, ale bezpośrednioj spójni z nim niemające. W przyrządach oddychania, obrotu krwi, co do budowy nie spotykamy żadnej patologicznej zmiany, czynności ich jednak, zostając pod wpływem ciągłego nacisku ze strony przepony, znakomicie uszkodzone: oddech mianowicie prędki i krótki, uczucie braku powietrza, częste zadychania się (*dyspnoea*); uderzenia serca prędkie, ale słabe; tętno bardzo przyspieszone, miękkie, za ledwo wyczuć się dające. Trawienie złe, brak apetytu, *obstructio alvi habitualis*, oddawanie moczu nader częste; ogólne odżywianie upośledzone, mięśnie kończyn i tułowia prawie w zaniku, skóra sucha, z odcieniem żółtawym. Pod względem umysłowym chora dobrze rozwinięta, sama pojmuje dokładnie niebezpieczeństwo swego położenia, z rzadką mocą charakteru i nieugiętą wolą pragnie być uwolnioną od ciężkiego i tak długiego cierpienia; nieważ jednak chwile wątplenia w możebność odzyskania zdrowia, i wtedy występuje szereg nerwowych objawów (płacz, zenglenie i t. d.), po przejściu których napowrót ożywia ją wiara w uzdrowienie.

Przytoczone powyżej objawy chorobowe, jak niemniej porządek ich rozwoju wiele ułatwiają orzeczenie istoty choroby. Mocne obrzmienie brzucha, jego przejrzystość, tępy oddźwięk przy opukiwaniu, wyraźne uczucie chęłbotania nie pozostawiają żadnej wątpliwości o istnieniu płynu w jamie otrzewnej (*ascites*),

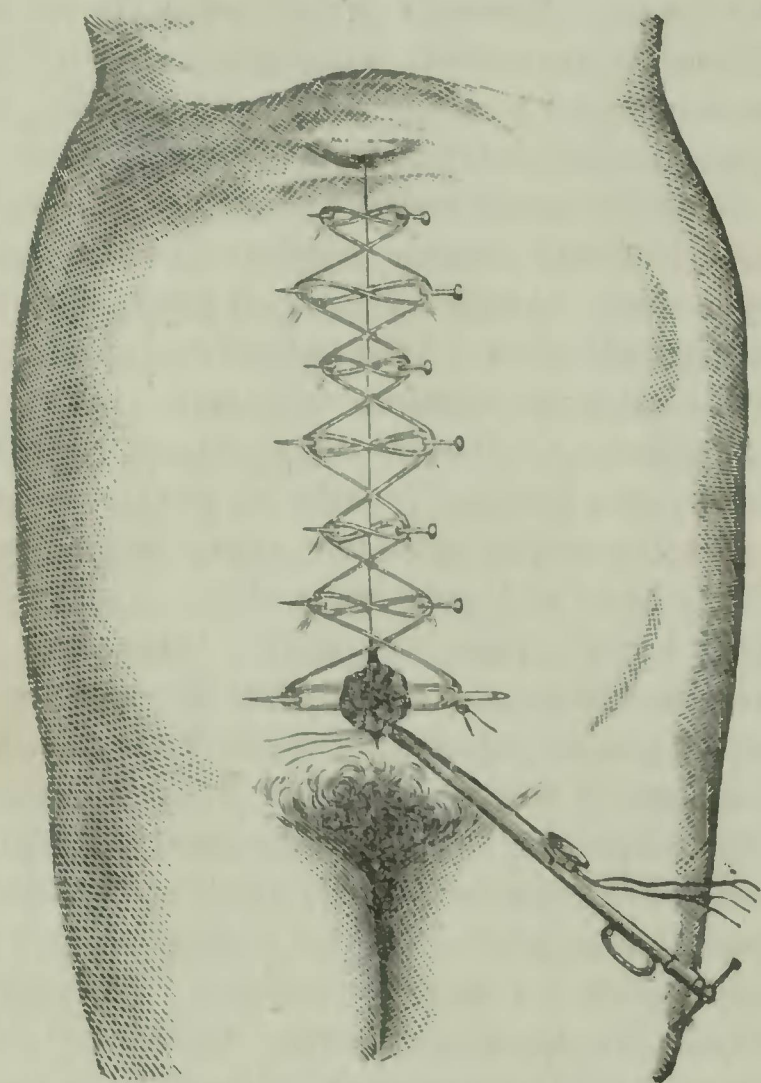
źródło którego wyprowadzać wiśniśmy już to z kilkakrotnie powtarzającego się zapalenia téj błony surowiczej, już to z utrudnionego obiegu krwi skutkiem naciśku przez guz na organa w jamie brzusznej leżące, już to ze zmienionego składu krwi (*hydraemia*), albo może w części i nie z jednorazowego pęknięcia torbieli i wylania się ich zawartości do jamy otrzewnej. Siedlisko, początek i stopniowe powiększanie się guza, dostatecznymi są wskazicielami, że punktem jego wyjścia jest jajnik prawy; kliniczna zaś fizyognomia guza, jego kształt, konsystencya, zrazowatość, aż nadto przekonywającymi są objawami, że guz ten jest klejowata torbiel złożona prawego jajnika (*cysta multilocularis colloidea, v. kystoma, cystoïda, cystis conglomerata*); zupełna zaś ruchomość guza, dokładne określenie jego stosunku do macicy usuwają wszelką myśl o nowotworze, któregoby początkiem mógł być ten ostatni organ.

O ile z jednej strony łatwem jest w danym wypadku rozpoznanie zawikłanego cierpienia, określenie wzajemnego ich stosunku, wytłumaczenie zależności innych objawów od ogromu, anatomicznej budowy i chemicznego składu samego guza, o ile téż z drugiej strony trudnem jest postawienie rokowania i wybranie sposobu leczenia? wie o tém każdy lekarz. Obecność współczesna klejowatej torbieli złożonej, wodnej puchliny brzucha i znakomicie posuniętego wycieńczenia sił (*inanitio*) chorój są trzy ujemne momenta w wyrzeczeniu rokowania. Jakie zatem w obec ich jest najstosowniejsze leczenie ciężkiego tego cierpienia? Na to pytanie, w obecnym stanie pojęć o chorobie w mowie będącej, niemamy stanowczej odpowiedzi naukowej: lekarze Anglii, Francyi i Niemiec odmienne i nieco może stronne wyznają pod tym względem idee. Anglicy i Francuzi należą do obozów krańcowych wręcz sobie przeciwnych: pierwsi zalecają sposób operacyjny radykalny leczenia i wykonywają go, drudzy zaś, z małym wyjątkiem, bezwzględnie go odrzucają; Niemcy idą drogą pośrednią. Dla ocenienia podstaw postępowania jednych i drugich rozstrzygnijmy dwa pytania: 1) jakie ma zwykle zejście (*exitus*) torbiel klejowata złożona pozostawiona naturalnemu swemu przebiegowi bez interwencji chirurgicznej (jak tego żąda większość franc. lek.); 2) jakie są rezultaty operacyjnego leczenia tych torbieli przez Anglików. Odpowiedź na pierwsze pytanie na drodze naukowej jest łatwą: wessania, a zatem i samodzielnego uleczenia się torbieli klejowatych, pomimo używanych środków tak miejscowych, jak i ogólnych (*resorbentia, roborantia*) nie mamy po dziś dzień opisanego ani jednego wypadku; robić zaś przekłócie (*punctio*) torbieli klejowatych złożonych celem wypuszczenia ich zawartości na zewnątrz, jak się każdy łatwo dorozumie, jest po prostu fizyczną niemożebnością, bo ani torbieli wszystkich poprzekłówać, ani też płynu z nich wypuścić nie jest w możności ludzkiej. Skoro więc torbiele te na żadnej z tych dróg (wessanie, opróżnienie przez przekłócie) uleczonymi być nie mogą, chore zatem na te przykre cierpienia, po pewnym zwykle krótkim przeciągu czasu ciężkich męczarni, kończą opłakane życie niechybną śmiercią. Co do drugiego: statystyka wycięcia jajników (patrz Gaz. lek. Nr. 23. str. 368) bez uwzględnienia budowy i zawartości torbieli daje w ogólnym rezultacie od 27, 27% do 81, 25%; odnośnie zaś do torbieli jajnika zawikłanych obecnością współczesną wodnej puchliny brzucha wiemy, że na 24 operowanych

przez Wells'a umarło 16, wyzdrowiało 8; na 5 operowanych przez Koerberlé umarły 2, wyzdrowiały 3; na 3 operowanych przez Keith'a umarły 2, wyzdrowiała 1.

W obec tego zestawienia wyników postępowania angielskich i francuzkich lekarzy, łatwém jest do zrozumienia, że zaciągamy się pod chorągiew pierwszych, czyli innemi słowy przekładamy prawdopodobne wyzdrowienie nad śmierć pewną.

Po oświadczeniu planu naszego leczenia i otwartém wystawieniu wszelkich możliwych następstw (śmierć lub zdrowie), skoro chora i najbliżsi jój krewni myśl operacyi przyjęli ze skwapliwością, a chora nalegać nawet zaczęła na pędsze jój uskutecznienie, dzień 9 z. stycznia wybraliśmy na wykonanie operacyi. Po uwzględnieniu wszelkich wymagań odnośnie do obszerności pokoju, czystego powietrza, odpowiedniej temperatury, stanu wilgoci, światła, spokoju, o godzinie 12 w południe przystąpiliśmy do wykonania operacyi w obec i przy pomocy doktorów Chwata, Pr. Gliszczyńskiego, Kwaśnickiego, Prof. Le Brun'a, Libchena, Doc. Neugebauera, I. F. Nowakowskiego, Stankiewicza, Wszeborai Wyrzykowskiego.



Przy zawikłania torbieli jajnikowych obecnością płynu w jamie otrzewnej podwójne jest postępowanie lekarzy: jedni na 5 lub 6 dni przed wycięciem jajników przekłuciem wypuszczają płyn z jamy otrzewnej, uważając to za operacyę przedwstępną, czyli przygotowawczą; drudzy chcąc uniknąć świeżego, w skutku ranienia, zapalenia otrzewnej, opóźnienia przez to głównej operacyi i spowodowania nowych zrośnień (*adhesiones*) wykonywają je współcześnie. Uznaliśmy za stosowniejsze to ostatnie postępowanie i łącząc dwie operacye w jedną uwydatniamy następujące w niej główne okoliczności: 1) przecięcie skóry, 2) otwo-

rzzenie otrzewnej i wypuszczenie z niej płynu, 3) oddzielenie przyrośnieć, 4) wyjęcie jajnika, 5) umocowanie szypułki jajnika i 6) złączenie brzegów rany. Przecięcie skóry (*incisio cutis*), wykonaliśmy w kierunku białej linii na przestrzeni 23 centymetrów zaczynając na 3 cent. poniżej pępka i kończąc na 2½ cent. powyżej spojenia łonowego; podczas cięcia skóry zastosowaliśmy miejscowe znieczulenie przez natryskiwanie eteru z dwóch przyrządów Richardson'a

z zupełnym skutkiem. Celem ułatwienia zebrania płynu z jamy otrzewnej w tej ostatniej zrobiliśmy dwa małe podłużne otwory, przez które gdy płyn został wypróżnionym (w ilości 36 fantów), na zgłębniku żłóbkowanym rozciąłiśmy otrzewną od górnego do dolnego kąta cięcia w skórze; w miarę odpływania zawartości jamy otrzewnej i zmniejszania się objętości brzucha, dwaj pomocnicy zbliżali brzegi rany naciskając je do guza jajnikowego. Po wypuszczeniu płynu przekonawszy się o istnieniu starych, mocno rozwiniętych zrośnień; celem zniszczenia uczucia bólu przy ich rozdzielaniu, chorę uspiłiśmy chloroformem; następnie częściowo palcami, częściowo skalpelem i nożyczkami oddzieliliśmy zrośnięcia, przy czem podwiązaliśmy tr y tętniczki w zrośnięciach tych rozwinięte, krwotoki zaś z małych żyłek wstrzymaliśmy ich skręcaniem (*torsio*). Po zupełnym oswobodzeniu jajnika od połączeń z otrzewną, przekonawszy się dotykalnie o budowie jego nader zawikłanej, w miejscu najbardziej wydatnem największej torbieli, gdzie chęłbotanie zdawało się jaśnym, zrobiliśmy trójgrańcem (*Wells'a*) przekłócie, i z pochwy narzędzia wyciekał płyn gęsty, białawy, i stosunkowo w niewielkiej ilości. Następnie pogrążywszy w guz zębate kleszcze (*Museux*) i wprowadziwszy rękę do wnętrza jamy brzusznej i okrążając nią guz, wyciągnęliśmy go na zewnątrz. Koniec szypułki przy samém jej połączeniu z jajnikiem zacisnęliśmy grubą mocną nitką (*ligatura provisoria*), i pod nią skalpelem guz odcięliśmy. Przekonawszy się o stanie drugiego jajnika i macicy (które okazały się zupełnie zdrowymi, mocno tylko przygniecionymi), oczyściwszy gąbkami jak najstaranniej jamę brzuszną, przystąpiliśmy do złączenia brzegów rany, które wykonaliśmy 6ma karlsbadskimi igłami, z których 3 większe przeprowadziliśmy przez pokrywy zewnętrzne, mięśnie i otrzewną, 3 zaś mniejsze tylko przez skórę i powierzchowną warstwę mięśni. Brzegi rany nad szpilkami ściągęliśmy nitką, stosując szew zwany ósemką (*sutura circumvoluta*). Szypułkę ułożyliśmy w dolnym kącie pomiędzy brzegami rany i idąc za przykładem *Duffina* i *Stillinga* umocowaliśmy ją tutaj przeprowadzając dużą igłę przez skórę, mięśnie, otrzewną jednego brzegu rany, następnie przez środek szypułki i przeciwległy brzeg rany, zaczynając od otrzewnej, a kończąc na skórze; brzegi rany na około tej igły również ścisnęliśmy ligaturą. Na około końca szypułki poza obrębem jamy brzusznej znajdującego się, zaraz nad skórą i między tymczasową nitką, uprzednio już przy odcięciu guza nałożoną, oprowadziliśmy podwójną pętlicę z drutu, którąi zacisnęliśmy za pomocą odgniatacza *Graffe'go* (*serre-nocud*). Ten moment operacyi uwydatniliśmy na rysunku załączonym zrobionym z natury (*methodus extraperitonealis*). Następnie przestrzenie pomiędzy szpilkami ściągęliśmy plasterkami angielskimi, i na około brzucha oprowadziliśmy kilka ręczników, końce ich lekko ściągęliśmy celem wzmocnienia ligatur, poczem chorę położyliśmy do ogrzanego łóżka. Operacya trwała godzinę i 10 minut wliczając w to i 23 minuty użyte na wypuszczenie płynu z jamy otrzewnej.

(D. n.).

O udzielaniu się choroby syfilitycznej kobietom wiejskim, biorącym dzieci ze szpitala Dz. Jezus na wykarmienie.

(Dokonczenie)

11) *W Maryanna*, 30 lat, przybyła 11 stycznia 1866 r. do szpitala Śgo Łazarza. *Roseola, Condyl. hum. faucium, oris, genitalium*. Ślad szankra na prawej piersi; przed 1½ rokiem została mamką w sz. Dz. Jezus. była tam 3 kwartały, karmiła dzieci, które były odsyłane do Śgo Łazarza: we dwa tygodnie po wyjściu ze szpitala pokazały się owrzodzenia na prawej piersi.

12) *E . . . Magdalena*, 21 lat, przy mężu, z Głuskowa, z pod Piaseczna, przed 5 miesiącami porodziła dziecko zdrowe: w tym czasie Katarzyna *Z* miała na wykarmieniu dziecko ze szpitala Dz. Jezus, które miało chorobę syfilityczną, i które udzieliło mamce swój tę chorobę i ta 16 listop. przysłaną była na kuracyą do szpitala Śgo Łazarza wraz z dzieckiem chorém. *F* pomagając jój, dawała często piersi dziecku choremu i przed 2 miesiącami pokazał się jój szankier twardy na brodawce piersi lewej; następnie zaraziła swe własne dziecko Józefa *F*, któremu uformował się szankier na języku, a następnie choroba ogólna: 19 lutego 1866 r. oboje przysłani do szpitala Śgo Łazarza.

Z powyższych obserwacyj pokazuje się, że po większej części są to mamki zostające w szpitalu Dz. Jezus pod dozorem, i to mniej więcej od dość znacznego czasu; każda z nich karmiła dziecko syfilityczne, każda z nich dostała pierwiastkowo owrzodzenie, czyli szankra na brodawce, a następnie chorobę ogólną; każda z nich chociaż najściślej egzaminowana przezemnie nie przedstawiała zarazy mogącej pochodzić z innego jakiego źródła, ani dziś ani dawniej. Są to więc ofiary najwyraźniejszej zarazy od dzieci syfilitycznych czerpanej, która w tak znacznej liczbie objawia się na tych kobietach. A ileż z nich zostających na wsiach podlega téj samej chorobie, nieleczonej, niepilnowanej, która rozumie się, szerzy się dalej, przechodząc na najbliższe osoby, na męża, dzieci, a często i sąsiadów. Szpital Śgo Łazarza nie raz już leczył po kilku członków jednej familii, do której zarazę wniosło dziecko dane na wykarmienie ze szpitala Dz. Jezus. — Wdzieliśmy że przecięciowo rocznie bywa podrzucanych dzieci 1892; z tych wysyła się na wsie 1088, pozostaje zatem w Warszawie 804. Jeżeli więc z mamek karmiących te 804 dzieci w szpitalu Dz. Jezus, zaraża się chorobą syfilityczną 12 na sto rocznie, to po wsiach, gdzie dzieci rozechodzi się 1088, gdzie osobno każde dziecko karmi mamka, nie zaś po kilkoro jak w szpitalu, to rozumie się, że nie 12, a daleko więcej musi się ich zarażać; podległe zaś chorobie pozostając najczęściej bez leczenia, lub przynajmniej bardzo długo, muszą przedstawiać chorobę rozwiniętą, którą na wszystkie strony osobom otaczającym je udzielają.

Nie jestże to zatem jeden z najważniejszych czynników rozpowszechniających syfilis po kraju?

5) *Jeżeli pokaże się zarażenie się mamek od dzieci, wskazać należyne środki i ostrożności dla zmniejszenia się podobnych wypadków.*

Większa część ostrożności jakie należy wprowadzić w celu zmniejszenia zarazy mamek od niemowląt, wypływa z objaśnień i dowodów jakie wyżej przedstawiłem w obserwacyach chorych.

1) Najważniejszym warunkiem wstrzymania zarazy między mamkami wiejskimi jest to, aby dzieci oddawane były zdrowe i zabezpieczone od objawów syfilis wrodzonej; z rozumowania naszego, co do 1go pytania, widzieliśmy, że syfilis wrodzona objawia się najczęściej w dwóch pierwszych miesiącach, że na 155 wypadków Dr. D i d a y'a u 131 w tym czasie się pokazała, wypada zatem, aby dzieci te, do dwóch skończonych miesięcy, pozostawały w szpitalu, i pilnie były strzeżone, po upływie zaś dwóch miesięcy, jeżeli zdrowe, oddawane być mają na wieś.

2) W szpitalu każde dziecko powinno być karmione przez mamkę; skoro tylko pokaże się choroba syfilityczna, a szczególnie na ustach, dziecię winno być sztucznie karmione do zupełnego wyleczenia.

3) Dziecię raz wyleczone z choroby syfilitycznej, nie powinno być zupełnie oddawane na wieś do wykarmienia, bo choroba może powrócić i być powodem zarazy.

4) Mamka zarażona od dziecka, może karmić dziecię syfilityczne, nie narażając się na powtórne zarażenie. W moim oddziale mamki chore karmią dzieci chore i powtórnie się nigdy nie zarażają, a za to dzieci daleko prędzej się leczą, i mamki nie tracą pokarmu.

5) Ponieważ ospa ochronna zbierana z dzieci szpitala Dz. Jezus, służy do rozpowszechniania jej po kraju, a ponieważ za pomocą ospy można przenieść chorobę syfilityczną na inne dzieci; przeto słusznym byłoby szczepić ją w takim czasie, kiedy dzieci najmniej podlegają objawom syfilis wrodzonej, t. j. po 3ch miesiącach.

6) Widzieliśmy, że mamki szpitalne karmią po kilkoro dzieci, z przyczyny ich braku; inaczey być nie może, ale za to winny być zachowane wszelkie ostrożności: oprócz ścisłego nadzoru lekarskiego, winna mamka często przemywać pierś wodą chlorową, unikać dawania piersi popękanej lub zadrapanej, bo zaraza w tedy silniej się udziela i t. d.: ze strony dziecka każde poranienie ust dziecięcia winno być natychmiast lapisowane, a jeżeli choroba się objawia, oddać go do karmienia mamce która była poprzednio chorą, lub téż sztucznie je karmić.

7) Każda mamka wiejska, biorąca dziecię na wieś, winna być uprzedzoną mniej więcej o objawach choroby syfilitycznej u dziecka, i jeżeliby cośkolwiek spostrzegła, udać się do najbliższego lekarza, który byłby obowiązany udzielać rady, i odesłać do szpitala, a zarazem uprzedzić szpital Dz. Jezus.

8) Jednocześnie z oddaniem dziecka na wieś, winien być uprzedzony wójt gminy lub proboszcz, który rozciągałby opiekę nad nimi, i dopilnował w razie podejrzenia choroby, aby mamka udała się do lekarza, i sztucznie dziecię karmiła.

9) Korzystnym byłoby urządzenie lekarzy objazdowych i dozorujących dzieci i mamki.

10) Każda mamka opuszczająca szpital i udająca się w prywatną służbę, winna przez przeciąg kilku miesięcy co tydzień lub 2 zgłaszać się do szpitala dla okazania piersi, bo jak widzieliśmy szankier może się pokazać później i być powodem zarażenia dziecka prywatnego: tém bardziej nie wypuszczać żadnej mającej cośkolwiek podejrzanego na piersiach, bo to może być już rozpoczynająca się choroba.

11) Ściśle pilnować, aby mamki karmiły tylko dzieci przeznaczone dla siebie, bo dosyć raz dać piersi dziecku choremu, aby uledez chorobie.

12) Spojrzyjmy teraz na śmiertelność dzieci syfilitycznych leczonych w szpitalu Śgo Łazarza.

Dzieci syfilitycznych nadesłanych ze szpitala Dz. Jezus.

W roku 1861 było 303 z nich zmarło 300 wyzdrowiało 3.

— 1862 — 282 — 278 — 4.

— 1863 — 218 — 194 — 24.

— 1864 — 123 — 96 — 27.

926
868
58.

Najprzód uderza nas w oczy ogromna liczba zmarłych, gdyż na 926 dzieci zmarło 868.— 2) niestosunkowość śmiertelności, bo z większej liczby dzieci leczonych mniej się wyleczy w jednym roku, aniżeli z mniejszej liczby w drugim; i tak z trzystu trzech dzieci wyleczyło się tylko 3, ze stu dwudziestu trzech zaś dwadzieścia siedm— a przecież choroba jedna i ta sama, warunki higieniczne te same, zmian żadnych nie zaprowadzono, przyczyna inna zatem musi na to oddziaływać. Podług mnie przyczyna ta leży w niemożności dania tym dzieciom należnej opieki i troskliwości. Szpital Śgo Łazarza urządzony jest dla dorosłych, służba bardzo ograniczona, Siostr miłosierdzia wniem niema; dzieci zatem pozbawione być muszą należytego dozoru i opieki, bo często jedna posługaczka ma ich 8, 10, 12, do karmienia, pilnowania, obsługiwania, a czém jest więcej dzieci, tém mniejszy muszą mieć nadzór, bo liczba posługi zostaje ta sama,—czém zaś ich mniej, tém większa troskliwość i rezultaty leczenia lepsze. Należy więc wnosić, że dzieci te w znacznej części umierają z niemożności dania im należytego dozoru;—czyby zatem niewypadało urządzić oddziału dzieci syfilitycznych przy samym szpitalu Dz. Jezus, gdzie przy większej i stosowniejszej usłudze, przy dozorcze Siostr miłosierdzia, i śmiertelność znacznieby się zmniejszyła.

Na tém ograniczam moje uwagi nad środkami i ostrożnościami mogącymi wpłynąć na zmniejszenie zarazy choroby syfilitycznej wrodzonej; wiem jak one są niekompletne, przytaczam je jedynie, gdyż je dyktują fakta, które wspomniałem w mém sprawozdaniu: głębsze i dłuższe jeszcze zajęcie się tym przedmiotem i to wspólnemi siłami, może dokompletować całość dzieła, obchodzącego kraj cały.

Dr. Pawlikowski.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Przegląd oftalmologiczny. ¹⁾

O zastosowaniu oftalmoskopu

do rozpoznania chorób systemu nerwowego.

Napisał Br. Taczanowski.

Początek i przebieg nerwu wzrokowego, związek naczyń krwionośnych gałki ocznej z naczyniami czaszki, już dawniej zwróciły uwagę lekarzy na pytanie, czy nie dałoby się ze

¹⁾ W tym dziale Redakcja zamierza ogłaszać treściwe, krytyczne rozbiory, nowo wyszłych dzieł większych, okulistycznej treści. (P. R).

zmian w głębi oka spostrzeganych, wnioskować o stanie mózgu i wnętrza jamy czaszki. Pierwszy Dr. Coccius wprowadził oftalmoskop jako środek pomocniczy przy rozpoznawaniu cierpień przyrzędu nerwowego, późniejsi badacze nie spuszczały z uwagi tej kwestyi; lecz dopiero w roku zeszłym (1866) prawie jednocześnie ogłoszone prace p. Bouchut, „du diagnostic des maladies du système nerveux par l’ophthalmoscopie” i ziomka naszego Dr. Gałęzowskiego, „étude ophthalmoscopique sur les maladies cerebrales dont elles dependent” (praca uwieńczona medalem), zwróciły ogólną uwagę świata lekarskiego na zastosowanie oftalmoskopu do patologii ośrodków nerwowych. Niepewność i niejasność jakie dotychczas panują w tej gałęzi medycyny, ogólne życzenie ścisłości i dokładności w dyagnozie, aż nadto tłumaczą zajęcie się lekarzy nową metodą badania. I u nas, mianowicie po korespondencji Dr. Sommera z Paryża zamieszczonej w N. 20 Gazety lekarskiej, cerebroskopia weszła na porządek dzienny; sądzimy więc że zeszkiecowanie wyżej wzmiankowanych prac pp. Bouchut i Gałęzowskiego, ściślejsze wyjaśnienie, czego się przy dzisiejszym stanie nauki od cerebroskopii spodziewać możemy, odpowie wymaganiom bieżącej chwili.

Zadanie to nie jest tak łatwe, jakby się to na pierwszy rzut oka zdawać mogło; po przeczytaniu dzieła p. Bouchut trudno wstrzymać się od nieufności, trudno niezgodzić się z krytyką zamieszczoną przez p. Follin w Archives Générales de médecine Juin 1866.; pomimo to jednak pomijając usterki dzieła, postaramy się skorzystać z licznych obserwacji p. Bouchut dla uwydatnienia bliżej nas obchodzącego pytania, kiedy mianowicie oftalmoskop może nam być pomocny przy rozpoznawaniu chorób nerwowych.

Trzymając się anatomicznego porządku, rozberzemy najpierw choroby opon mózgowych a przede wszystkim zajmiemy się zapaleniem opon mózgowych, i wpływem tego cierpienia na gałkę oczną. P. Bouchut zwraca uwagę, że przekrwienie mózgowia, nawodnienie komórek, przekrwienie i zakrzep w naczyniach opon, utrudniają odpływ krwi żyłnej z głębi oka i sprowadzają przekrwienie w naczyniach żylnych siatkówki. Obserwacje kliniczne p. Bouchut zdają się w zupełności potwierdzać to zdanie; na 59 obserwacji znaleziono 57 razy przekrwienie siatkówki charakteryzujące się przez rozdęcie i wirowaty przebieg naczyń żylnych; niekiedy a mianowicie w 12 wypadkach stwierdzono skrzepy w żyłach siatkówki¹⁾, a 10 razy wylewy krwi. Brodawka wzrokowa częstym ulega zmianom: w 27 wypadkach spostrzegał autor przekrwienie brzegów brodawki (congestion peripapillaire), niekiedy całkowity lub częściowy obrzęk brodawki. Przeglądając jednak obserwacje p. Bouchut widzimy, że w większej liczbie wypadków, objawy chorobne były już tak wyraźne, że przed użyciem oftalmoskopu rozpoznanie choroby nie mogło być wątpliwem; w innych znów razach, pomimo że objawy przekrwienia w głębi oka były oftalmoskopem stwierdzone, nie trudno się przekonać z obserwacji zatytułowanych „poussée méningitique avortée”, że cierpienie zasadzało się na nawale krwi do mózgu. P. Gałęzowski otwarcie wyznaje, że przy zapaleniu opon w części oddalanej od nerwów wzrokowych, oftalmoskop nie dostarcza nam żadnych znaków, i na dowód przytacza dwa wypadki zapalenia opon obserwowane w klinice pp. Trousseau i Grisolle, gdzie oczy były zupełnie w prawidłowym stanie.

Jeżeli zaś process zapalny opon zajmie okolice około skrzyżowania nerwów wzrokowych, to badanie wziernikiem ocznym może oddać niejaki usługi. P. Gałęzowski przytacza

¹⁾ Winszujemy P. Bouchut nadzwyczajnego szczęścia w dostrzeganiu nieznanego prawie dotychczas objawów chorobowych w naczyniach siatkówki i dziwimy się dla czego ten, prawdopodobnie tak widzialny objaw, spotykany przez P. B., nietylko przy chorobach opon mózgowych ale i przy wielu innych uszedł dotychczas oka wszystkim okulistom; kilka bowiem tylko razy w literaturze okulistycznej spotykamy się z opisaniem objawu, którego powstanie skrzepieniem krwi w żyłach tłumaczyć możemy; mówimy tu o wypadkach zatoru tętnicy środkowej siatkówki, przy których krew w żyłach się znajdująca niewypełnia takowych zupełnie ale częściowo, tak iż sledząc z pomocą wziernika przebieg żyły widzimy niektóre tejsze części krwią wypełnione, inne zaś zupełnie próżne. Nie możemy jednak i w tych nawet razach twierdzić z absolutną pewnością, że widzieliśmy krew skrzepniętą, bo dotykanych na to danych niemamy.

wypadek obserwowany w Hôtel Dieu w Paryżu, gdzie przy wątpliwych objawach cierpienia mózgowego, udało mu się odkryć oftalmoskopem przekrwienie brodawek nerwu wzrokowego, wylew krwi na brodawce prawej, oraz infiltracją surowiczą brzegów obu brodawek, co go na właściwą wprowadziło drogę. Przy badaniu pośmiertnym stwierdzono zapalenie opon na podstawie mózgu, a mianowicie też przy skrzyżowaniu nerwów wzrokowych.

Co się tyczy innych spraw chorobowych w oponach mózgowych, to p. Bouchut wspomina o zapaleniu zatok żylnych opony twardej i o wylewie krwi w opony. Pierwszy proces chorobny prawie zawsze występuje jako komplikacja, utrudniony odpływ krwi z naczyń żylnych oka i tutaj główną gra rolę.

W dwóch wypadkach obserwowanych za pomocą wziernika ocznego, znaleziono rozcięcie i wirowaty przebieg żył siatkówki, skrzepy krwi w żyłach, powiększenie gałki ocznej (hydrophthalmus); z historyi chorób widać jednak że przed badaniem oftalmoskopem można było postawić stanowczą diagnozę.

Co się tyczy wylewu krwi w opony (apoplexia meningea) to klinicyści niemieccy wyznają, że przy dzisiejszym stanie nauki prawie niepodobna odróżnić wylewu krwi w opony od wylewu w miąższ mózgu, byłibyśmy więc bardzo wdzięczni za rozjaśnienie tej kwestyi i dostarczenie nam elementów różniczkowej diagnozy. Z przytoczonej jednak kilku-wierszowej obserwacji p. Bouchut trudno coś stanowczego wnioskować; professor paryzki sądzi że długotrwałe objawy przekrwienia w głębi oka z następującą amaurozą, mogłyby nas upoważnić do dyagnozy wynaczynienia krwi w bliskości skrzyżowania nerwów wzrokowych, na końcu jednak sam wyznaje, że przytoczona obserwacja należy do wątpliwych, i że trzeba wstrzymać się ze stanowczym zdaniem do dalszego czasu.

Przechodząc do processów patologicznych w mózgu, zwróćmy naszą uwagę na zastosowanie oftalmoskopu w pediatrii, mianowicie do rozstrzygnięcia pytania, czy mamy przed sobą przesiek wodny w jamy mózgowie (hydrocephalus chronicus), czy też krzywicę (rachitis). U dzieci starszych, od 7go do 10go roku życia, badanie za pomocą wziernika mniejszej jest wagi, gdyż rozpoznanie cierpienia mózgowego nie przedstawia trudności, a i z krzywicą trudno się spotkać w tym wieku; u dzieci jednak małych badanie wziernikiem ocznym może oddać dobre usługi. Trudno w wielu razach rozpoznać czy powiększenie głowy jest skutkiem procesu rachitycznego, czy też wodnej puchliny mózgu; stanowcza dyagnoza jest tutaj ze względu na prognozę tak ważną, że oddawna silili się lekarze na wynalezienie objawów rozpoznawczych. Rilliet i Bartz zalecali w podobnym razie auskultacją głowy: szmer wyraźny (bruit de souffle céphalique) upoważnia nas do postawienia dyagnozy na proces rachityczny. Inni autorzy jak Wirthgen, Hemsig, Roger odmówili wszelkiej ważności rozpoznawczej temu objawowi; a jakkolwiek Rilliet poparł był dawniejsze swe zdanie nowemi badaniami (Journal für Kinderkrankheiten N. 7 i 8. 1860), zawsze jednak objawowi temu cechy charakterystycznej przyznać nie można; szmer prawdopodobnie powstaje w zatokach opony twardej, niknie więc przy znacznym nagromadzeniu płynu, lecz przy niewielkim ucisku istnieje, choć może w nieco słabszym stopniu jak przy processie rachitycznym. Badanie wziernikiem ocznym rozstrzyga tutaj stanowczo kwestyę; przy processie rachitycznym oko jest w stanie prawidłowym, przy przesieku zaś płynu w jamy mózgowie spotykamy mniej lub więcej wyraźne zboczenia. Płyn nagromadzony w jamie czaszki, wywiera odpowiedni nacisk i utrudnia krążenie w gałce ocznej, długotrwałe zaś przekrwienie sprowadza rozcięcie naczyń żylnych, obrzęk a nareszcie zanik brodawki nerwu wzrokowego i amaurozę.

W dalszym ciągu naszego zadania, rozpatrzmy stan oka przy zalewie krwistym mózgu (haemorrhagia cerebri). P. Bouchut opierając się na 31 obserwacjach twierdzi, że nacisk spowodowany przez krew wylaną, utrudnia odpływ krwi z żył siatkówki, dodaje jednak że tylko znaczne wylewy wpływają na krążenie krwi w zatokach a więc pośrednio i w oku, przy niewielkim zaś wylewie oko może być w prawidłowym stanie. I p. Gałęzowski przytacza 3 własne obserwacje, gdzie przy zalewie mózgu i bezwładzie połowy ciała, udało mu się odkryć przekrwienie brodawki wzrokowej. Za to stosunkowo rzadko spotykamy amaurozę przy wylewie krwistym; w 26 obserwacjach przytoczonych przez p. Calmeil raz tylko znaleziono zupełną ślepotę i raz osłabienie wzroku. P. Gałęzowski opierając się na powa-

dze prof. Andral fakt ten w ten sposób tłumaczy, że w substancji szarej mózgu, jako daleko bogatszej w naczynia, częściej następują wylewy krwiste jak w białej, z którą to ostatnią nerwy wzrokowe podczas swego przebiegu głównie się stykają. Wyżej wspomniane objawy t. j. utrudniony obieg krwi w gałce ocznej i stosunkowa rzadkość amaurozy, mogą nam niekiedy posłużyć do diagnozy różniczkowej między wylewem krwistym a rozmiękczeniem lub processem zapalnym w mózgu (Encephalitis). Process zapalny mózgu nie wpływa mechanicznie na obieg krwi w gałce ocznej, za to zniszczenie mózgu w tych miejscach, z kąd wychodzą nerwy zaopatrujące gałkę i mięśnie oczne, sprowadza zaburzenia w oku jako to: zezowatość (strabismus), podwójne widzenie (diplopia), a jeżeli process chorobny rozwinię się w okolicy wzgórków czworaczych, to i zanik nerwu wzrokowego a następnie amaurozę.

Nowotwory w mózgu wywierają wpływ szkodliwy tak przez swą objętość, jako też sprowadzając przekrwienie oboczne, i process zapalny w sąsiednich częściach mózgu. Processy więc patologiczne tak dotykające punkta wyjścia nerwów wzrokowych, jako też i części mózgu koło których nerwy przebiegają, muszą wywrzeć wpływ odpowiedni na nerwy wzrokowe. P. Gałęzowski spotykał zaburzenia w nerwach wzrokowych przy nowotworach umieszczonych na podstawie mózgu w dole mózgowym przednim, średnim i tylnym; znajdował amaurozę przy siedlisku nowotworu we wzgórkach czworaczych i wzrokowych, przy cierpieniach mózdzku i wyniosłości obrączkowej, przy nowotworach w zrazach mózgowych przednich, średnich i tylnych; z samego więc wyliczenia widać, że głównie dopiero baczue roztrząśnięcie wszystkich objawów pozwoli nam oznaczyć siedlisko nowotworu.

Nowotwory w dole mózgowym przednim rozszerzają się albo ku przodowi, niszczą ścianę oczodołu i wypychają oko naprzód, lub też udają się ku dołowi i niszczą nerwy wzrokowe. Jeżeli więc do znaków ogólnych jako to: trudności w mowie, utracie pamięci, do ciągłego bólu przedniej części głowy, przylączy się utrata węchu, wypchnięcie oka ku przodowi, upośledzenie wzroku, infiltracja surowicza brodawki, a nakoniec jej zanik, to podług wszelkiego prawdopodobieństwa mamy do czynienia z nowotworem w dole mózgowym przednim.

Na linii środkowej w dole mózgowym średnim znajdujemy skrzyżowanie nerwów wzrokowych, zmiany więc patologiczne tej okolicy a głównie w przysadce mózgowej (glandula pinealis) sprowadzają upośledzenie lub też utratę wzroku. Podobny wypadek obserwował p. Gałęzowski w szpitalu Lariboisière w Paryżu; u indywidualum przedstawiającego objawy cierpienia mózgowego wziernik wykrył zanik nerwów wzrokowych; chory dotknięty atakiem apoplektycznym umiera, a przy sekcji znaleziono oprócz wylewu krwistego w ciele prążkowanem, przysadkę znacznie powiększoną a naczynia jej silnie przekrwione.

Nowotwory w dole mózgowym tylnym, tylko wtenczas mogą wpłynąć na oko, jeżeli się rozwiną na rynnii podstawowej, (apophysis basilaris), lub też na wierzchołku kości skalistej. Wywierają one wpływ szkodliwy na części sąsiednie a mianowicie na wyniosłość obrączkową i odnogi mózdzku, z kąd sprawa chorobna może się przenieść per continuitatem na wzgórki czworacze.

Wierzchołek kości skalistej bardzo jest zbliżony do rynnii podstawowej, z tąd też i nowotwory osadzone na wierzchołku tej kości, sprawiają takie same zboczenia jak i poprzedzające; na jeden tylko objaw rozpoznawczy należy zwrócić uwagę, a mianowicie: najpierw objawia się głuchota i to po tej samej stronie co paraliż 7-ej pary.

(Dokoń: nast.).

Wrzód dziurawiący stopy. (*Ulcus perforans pedis*).

Doktor Marquez praktykujący w Colmar na posiedzeniu Tow. Lek. Renu górnego (Haut-Rhin) w d. 6 maja 1866 r. czytał historią wrzodu przedziurawiającego stopę, którym był dotknięty jeden z maszynistów kolei żelaznej zachodniej. Treść tej historii następująca:

Pan S..... 51 lat liczący, temperamentu limfatyczno-krwistego, nadużywający napojów spirytusowych, ulegający często lekkiemu odmrożeniu nóg, jako też róży na stopach i gole niach, w r. 1863 zaczął uczuwać swidrujące bóle w stopach, mianowicie w okolicy wielkich

palców; niedługo potem nastąpiło znaczne zgrubienie naskórka na wyniosłości wielkiego palca ze strony lewej; naskórek ów ułożony warstwowato, łatwo odpadał w postaci łuski; w kilka dni rozpoczęło się owrzodzenie na stronie grzbietowej wielkiego palca zajmujące powierzchnię 20 centimów; z wrzodu wypływała znaczna ilość ropy płynnej mocno cuchnącej; wrzód ów mało rozwijając się na boki szybko postępował w głąb tkanin. Po upływie krótkiego czasu wśród zgrubiałego naskórka na wyniosłości odpowiadającej wielkiemu palcowi utworzył się otwór łączący się z powyższym wrzodem. Wprowadzony weń zgłębnik wykrył próchnienie kości stawu stopowo-palcowego 1go i cała stopa obrzmiała. Użycie przestrzykiwań z nalewki jodowej i spokój sprowadziły w ciągu pewnego czasu małą ulgę choremu, lubo zmiany anatomiczne wywołane owrzodzeniem wcale się nie polepszyły. W lipcu wykonano odjęcie wielkiego palca.

Po upływie 6 tygodni został dotknięty tą samą chorobą 2gi palec ze strony prawej; a w dniu 29 lipca wykonano jego odjęcie z pomyślnym skutkiem.

2 października został zajęty wielki palec ze strony prawej, odjęcie wykonano 7 października.

12 maja 1865 r. owrzodzenie tejże natury na 2im palcu strony lewej. Odjęcie miało miejsce w d. 15 maja.

W końcu lipca tegoż roku pan S... powrócił do pracy.

Ponieważ patologia choroby w mowie będącej nie jest jeszcze dokładnie wyjaśnioną, przytoczymy więc krótki wyciąg z uwag jakie robi pol tym względem p Marquez.

Chorobę tę oddawna już znaną Vesignię z Abbeville w r. 1852 opisał pol nazwą „mal plantaire perforant“, Leplat zaś w swojej rozprawie inaug. „mal perforant du pied“ Bertrand „mal perforant de extremités“, Larrey nazwał ją „ulceration perforante“, a Sédillot „ulcère perforant,“. Pan Marquez ostatnie dwie nazwy uważa za najbardziej zgodne z Filologją lekarską i za najlepiej malujące istotę samej sprawy chorobnej, lubo sam tytułuje swój artykuł „mal perforant du pied.“

Bertrand opisuje chorobę w mowie będącą w sposób następujący: jest to owrzodzenie rozpoczynające się w zgrubiałej skórze podeszwy w miejscu największego jej wygórowania odpowiadającego wielkiemu palcowi; rozpoczynając się od małego pęcherzyka, owrzodzenie owo niszczy w dalszym swym pionowym przebiegu skórę, mięśnie, błony maziowe, torebki surowicze, okostną i kości, kończąc się zupełnem zniszczeniem palców.

Co do przyczyny téj choroby — to Leplat mniema, iż ta jest niemal wyłącznie miejscowa, mechaniczna; wedle jego zdania rozwija się ona w skutku nacisku jaki wywiera na skórę w początku podeszew obuwia z jednej, a kości z drugiej strony, następnie zaś odcisk i kości; nacisk ów niszcząc najbliższe warstwy skóry, wywołuje w ten sposób owrzodzenie. Marquez twierdzi, że niezawsze wrzód powstaje przy zgrubieniu skóry i naskórka, że zatem byłoby niełoiecznie wszystkie wypadki téj choroby przypisywać tylko przyczynom miejscowym i czysto mechanicznym; choroba ta rozwija się często od torebek surowiczych, lub od skóry, przyczem nie zawsze możemy wykryć działanie przyczyn miejscowych j. np. nacisku i wyjaśnienia więc choroby w takich wypadkach należy szukać w przyczynach bardziej ogólnych. Péan w r. 1863 obserwował chorobę w mowie będącą przy przeistoczeniu kaszkowatém tętnie (ateromasia). Désol w dwóch wypadkach, toż samo spostrzegal. Zdaje się więc, że upośledzone odżywianie w skutku powyższych zmian tętnie stanowczo wpływa na wykształcenie się w mowie będącego cierpienia. Nadużycie napojów spirytusowych, dyatezy goścowa i dnawa najwięcej wpływają na powstawanie powyższej zmiany w tętnicach, to téż i wypadki wrzodu przeziurawiającego najczęściej były spostrzegane u osób dotkniętych goścem i dną, jako téż i u pijaków.

Zestawiając swój wypadek ze spostrzeżeniami Péan i Désol, jako też z opisem tejże choroby u pewnego wojskowego z upośledzonym odżywianiem, podanym przez Mackera, Marquez dochodzi do wniosku, że główną przyczyną wrzodu przedziurawiającego stopy jest upośledzone odżywianie w skutku nadużycia napojów spirytusowych, w którym to razie zaziębnienie i inne czynniki, jako tylko przyczyny powodowe (causae occasionales) bardzo łatwo wywołują powyższe cierpienie.

Zdanie to popiera krótkim opisem tejże choroby u pewnej osoby 61 lat liczącej, oddawna dotkniętej cierpieniem goścowym; w końcu opierając się na spostrzeżeniach Marchal

(de Calvis) twierdzi, iż wrzód przedziur. łatwo się rozwija u osób dotkniętych cierpieniem dnawem (arthritis), których krew obfituje w kwas moczowy, jako też i przy słodkomoczu (glycosuria).

W końcu dodaje: bądź co bądź faktyczne wykazanie zmian naczyń przy powyższem cierpieniu znacznie zmniejszyło rolę odcisków przy wyjaśnianiu patologii wrzodu przedziurawiającego. Symetryczność w zajęciu części po obu stronach ustroju, powstawanie tej choroby nie tylko na stopach lecz i na rękach jeszcze bardziej zmniejszają znaczenie przyczyn miejscowych. Choroba ta, zajmując najbliższe miejsce w kadrach nozologicznych obok zgorzeli starców (gangraena senilis), zasługuje na szczególną uwagę ze względu swój patologii i trudności leczenia.

(Gaz. Med. de Strasbourg. N. 7 Juillet. 1866 r.)

Dr. I. Kwaśnicki.

Przyczynek do nauki o samodzielném rozlaném zapaleniu szpiku kostnego.

(*Osteomyelitis spontanea diffusa*).

przez Dra Hermana Demme.

(Ciąg dalszy).

Przystępując następnie do opisu zmian anatomicznych zachodzących przy samodzielném rozlanem zapaleniu szpiku kostnego, autor rozróżnia tu następujące formy:

1. *Osteomyelitis diffusa simplex, suppurativa, tuberculosa, necrotica, sclerotica*, — przedstawiające te same zmiany co zapalenie ograniczone, od którego różni się tylko większą rozległością, częstszym współudziałem przyległego stawu i cięższymi objawami ogólnymi.

2. *Osteophlebo-thrombosis diffusa, analogiczna cum phlegmasia alba dolente*, która może doprowadzić do zapalenia żył kostnych i tkanki je otaczającej.

3. *Osteomyelitis septica*:

4. *Osteomyelitis pyemica*; które to dwie ostatnie, nie uważa właściwie za oddzielne formy, ale raczej za zejścia (exitus) w dwóch pierwszych mogące mieć miejsce.

W pierwszej formie mamy naprzód przekrwienie szpiku kostnego na znacznej przestrzeni, następnie surowicy lub surowiczo-krwisty nasięk (infiltratio) jego substancji. Tkaneczka łączna szpiku zaczyna bujać, komórki jej prędko rozplývają się w ropę, a wrzadkach tylko wypalkach wytwarzają się z niej na granicy zapalenia zbitye granulacye z nowo tworzącymi się naczyniami, jak to bywa zawsze przy zapaleniu ograniczonym. Niema tu więc zamknięcia i odgraniczenia miejsca chorego od części zdrowych; zapalenie łatwo się rozszerza, produkta zapalne rozlewają się bez przeszkody na większej przestrzeni, a ztąd i ciśnienie produktów na tkankę kostną jest mniejsze niż przy zapaleniu ograniczonym, skutkiem czego krokiewki jamiek kostnych nie tak prędko zostają zniszczone.

Tłuszcz oswobadza się i w postaci kropelek zmieszany zostaje z produktami zapalnymi. Z postępowaniem procesu chorobnego przychodzi wreszcie do zaniku warstwy gębczastej kości skutkiem jej zgorzeli i stopienia, a rzadziej skutkiem owrzodzenia, tak iż w okolicy zapalenia może pozostać sama tylko zbitya warstwa korowa. Często jednak w późniejszym nawet okresie choroby znajdujemy jeszcze substancję gębczastą kości nienaruszoną, a szpik zropiały lub posokowato rozpadnięty. Rzadko w tej formie zapalenia tworzą się wielkie zebrania ropy, częściej przychodzi do infiltracji ropnej.

Już po przejściu zapalenia w ropienie, ropa może się jeszcze częścią zrezorbować, częścią przejść w skredowacenie, a wtenczas kość przedstawia stan opisany przez Nélatona pod nazwą: *infiltratio tuberculosa diffusa ossis*. Albo też bujająca tkanka łączna może wytworzyć granulacye bogate w naczynia, które naprzód sprowadzają rozrzedzenie kości (*osteoporosis*) a następnie skutkiem skostnienia *sclerosis* części środkowej kości, lub utworzenie się leukonekrotycznych mass kostnych. Zejścia te rzadko są pierwotnymi, częściej mają miejsce następczo już po wydaleniu sekwestru, w którym to razie mają znaczenie lecznicze. Wreszcie w każdym okresie tego procesu może nastąpić posokowaty rozpad produktów zapalnych i septicemia, lub przez przeniesienie ich do odleglejszych naczyń włosowatych embolia i pyemia.

Forma ta zapalenia rozlanego komplikuje się jeszcze z kilką ważnemi zmianami, jak zapaleniem okostnej, zajęciem sąsiedniego stawu, oddzieleniem epiphysium i phlegmone diffusum części miękkich otaczających kość chorą. Zapalenie okostnej może być:

a. Ropne (periostitis suppurativa) które rozciąga się zwykle tak daleko jak zapalenie szpiku kostnego. Zapalenie to bywa albo zewnętrzne, albo mięsaszowe, albo wewnętrzne. W pierwszym razie ropa nagromadza się między okostną a otaczającymi ją częściami miękkimi, czemu zwykle towarzyszy phlegmone diffusum infrafasciale, intermusculare lub subcutaneum; tylko peryferyczne warstwy okostnej są zwiotczone; głębokie, z których się kość odżywia, pozostają niezmiennione. Są to szczęśliwe wypadki, przy których warstwa korowa kości nie ulega chorobie, a po oddaleniu ropy na zewnątrz, okostna wytwarza nowe warstwy kostne, skutkiem czego stara kość znacznie grubieje. W formie mięsaszowej ropa znajduje się w postaci małych ognisk, lub nasięku pomiędzy zwiotczonymi włóknkami okostnej. Wyсіek występuje zewnątrz, lub pomiędzy okostną a kością; często okostna na znacznej przestrzeni przechodzi w gangrenę, i pływa w ropie w postaci płatków szarawych, albo też ulega processowi wrzodzenia. Z pomiędzy jej włókienek bujają wtedy granulacye, które wciskając się w kość i wzrastając ciągle łączą się z granulacyami wewnętrznymi wychodzącymi od szpiku, przezco szybko przychodzi do przedziurawienia kości. W formie wewnętrznej ropa zbiera się między okostną a kością, od której okostna się oddziela, co prowadzi do zgorzeli kości.

b. Włókniste, gdy na wewnętrznej powierzchni okostnej powstaje galaretowata warstwa blado-różowa, przechodząca w okostną, która tym sposobem ciągle grubieje i twardnieje.

c. Krwotokowe, raz tylko obserwowane w klinice Chassaigna c'a, gdy między kością a okostną występuje wylew krwisty z oddzieleniem okostnej od kości i zgorzelą tej ostatniej.

d. Wreszcie zapalenie okostnej osteoplastyczne, gdy granulacye wewnętrznej powierzchni okostnej przechodzą w tkankę kostną, i prowadzą do hyperplazji kostnej przez przywarstwianie, lub do utworzenia torebki sekwestralnej, albo wreszcie do połączenia napowrót oddzielonych epiphysów z kością.

Zajęcie stawu jest bardzo częstą komplikacją zapalenia szpiku kostnego. Autor odróżnia tu cierpienie pierwotne i następne. Do pierwszych zalicza zapalenie reumatyczne stawu, które poczyna się razem z zapaleniem szpiku kostnego lub przed nim; do drugich zdaniem jego należą:

a. ostra puchlina stawu, jako następstwo powiększonego ciśnienia w naczyniach włosowatych i żylnych błony synowialnej, w skutek zakrzepów w żyłach okostnej lub kości. Przyczem następuje zgrubienie błony synowialnej, rozpadanie nabłonka, bujanie strzępków, później jednak może nastąpić resorbeyja płynu i restytucyja stawu, lub przejście w którą z form następnych.

b. Empyema stawu, powstająca w skutek ropienia błony synowialnej. Stan ten może się zakończyć pomyślnie i bez wypuszczenia ropy.

c. Głębokie destrukcyjne zapalenie w skutek utworzenia się zatorów w naczyniach stawu. Ropienie ma wtedy charakter posokowaty, tworzą się głębokie owrzodzenia błony synowialnej i chrząstek, granulacya strzępków, owrzodzenie kości (*caries*) i zgorzel.

d. Zapalenie stawu przez bezpośrednie przeniesienie procesu z jamy szpikowej na epiphysy i ich chrząstki, które zostają sitowato, przedziurawione, produkta ropne posokowate wlewają się do stawu i wywołują jego zapalenie.

Trzecia i czwarta forma w szczęśliwych wypadkach kończą się zrośnięciem stawu (ankylosis); pierwsza i druga mogą niepozostawić po sobie śladu.

Oddzielenie epiphysów może być niezupełne, to jest: zgięcie, skrzywienie,—i zupełne które może nastąpić w kości pierwotnie zajętej lub w przyległej. Przyczyną oddzielenia epiphysów kości pierwotnie zajętej, jest najczęściej rozszerzenie ropienia, wrzodzenia lub granulacyj ze szpiku kostnego na błonę odgraniczającą (*Membrana limitans pulposa*) epiphysy. Co zaś do wystąpienia tego procesu na przyległej kości, główną przyczyną jest zwykle przeniesienie ropnego zapalenia okostnej na kość tę, oraz zakrzepy i zatory naczyń z następczymi zapaleniami. Zdaje się że to oddzielenie miewa miejsce tylko tam, gdzie jeszcze nie nastąpiło kostne połączenie między kością a epiphysami, co dla kości udowej często dopiero w 26 roku życia

następuje. Jeśli oddzielenie epiphysów jest tylko częściowe i pośrednia warstwa odżywiająca nie jest całkiem zniszczona, to zupełne połączenie się ich napowrót z kością jest możebne, i następuje albo przez fizyologiczną synostozę, lub wytworzenie się kostniny (callus), przy czem ma miejsce znaczne zgrubienie na granicy epiphysów oraz przedłużenie kończyny. Przy oddzieleniu zupełnem, połączenie długo utrudnione być może przez rozwiniętą na końcach obu otlanków zgorzel. Inną razą tworzy się tylko włókniste połączenie otlanków i pozostaje staw fałszywy. Wreszcie oba otlanki mogą się zbliżyć, wygładzić, zaokrąglić, pokryć wyrostami kostnymi, i wtedy połączenie nie jest już możebnem.

Zapalenie tkanki łącznej (phlegmone) części miękkich otaczających kość chorą daje powód tworzeniu się wielkich ropni między mięśniami, najczęściej na dolnej części wewnętrznej powierzchni uda; mięśnie wśród ropy leżą jakby odpreparowane. Czasem ogniska ropne w częściach miękkich komunikują z takimiż ogniskami pod okostną położonemi. Przy czystej formie zapalenia szpiku, ropa jest rzadka, dużo tłuszczu zawierająca, ale niekoniecznie posokowata, jak to utrzymują Kloss i Chassaignac; taka ropa bywa zwykle przy zakrzepowém zapaleniu z powodu przymieszki rozpadającej się krwi. Przy znacznych zebraniach ropy między mięśniami, gdy odprowadzenie jej na zewnątrz przez odpowiednie cięcia będzie zbyt opóźnione, to mięśnie oblane naokoło przez ropę mogą ulec zanikowi lub degeneracyi, a wtedy stapiają się z sobą, i na przecięciu przedstawiają masę twardą połyskującą jak ściegno, z ciemno brązowemi ściśniętymi wiązkami pierwotnemi, — usianą prążkami żółtymi, stłuszczone. Co wszakże nie jest ani stałym ani bardzo częstym.

Druga forma rozlanego zapalenia szpiku kostnego osteophlebothrombosis może być albo pierwotna, albo następuje gdy występuje jako zejście pierwszój. Pierwotna bywa zwykle po naruszeniach ciągłości kości, jak przy złamaniach zniażdżonych, amputacjach. Zakrzep w żyłach szpiku kostnego czy to pochodzi z pierwotnego przekrwienia, czy też z zatkania zatorowego, lub krwotokowego infarktu, prędko rozszerza się na znacznej przestrzeni zajmując gęstą siatkę żylną szpiku i substancji gąbczastej, i dochodzi nawet do żył okostnej i drobnej siatki naczyń tkanki łącznej mięśniowój i międzymięśniowój. W tym okresie choroby na przecięciu kości spostrzegamy nasięk (infiltratio) tkanki łącznej ze znaczną ilością wolnego tłuszczu oswobodzonego ze swych histologicznych związków, obfite krwotokowe infarkta i większe wylewy krwi w różnych stopniach przeobrażenia, w których dają się wysledzić robakowate skrzepy wychodzące z otwartych gałązek żylnych i rozszerzające się aż do kanalików Haversa. Ciemna sino czerwona napęczniała i tłuszczem nasiąknięta masa szpikowa, oddziela się łatwo od ścian kanału kostnego. Rozłożony barwnik krwi nasiąkający kość barwi ją brunatno-zielonawo i czarniawo. Tkanka ścian żylnych rozmięczona i łatwo dająca się rozetrzeć, lubo w budowie swój niezmienną. Ani w ścianach naczyń, ani w leżącej między nimi tkance łącznej niema wcale nowych produktów komórkowych, lubo wiele ciałek tkanki łącznej przedstawia się bardzo napęczniałemi.

Z początku krążenie oboczne (circulatio collateralis) odbywa się przez naczynia przyległej partyi zdrowego szpiku i okostnej oraz przez powierzchowne żyły, lecz przy znacznem rozszerzeniu processu, rzadko drogi te są dostateczne, zwłaszcza gdy przy postępie zatorów i zakrzepów i większe oboczne żyły zamknięte zostaną. Wtedy występuje nasięk okostnej, surowicze wylewy do stawów, części miękkie obrzmiewają, skóra staje się brudno biała, ciastowata, dotknięcie sprawia silny ból. Nieraz je lnak nim przyjdzie do puchliny powierzchownych części występują objawy zapalenia żył, pyemii lub septycemii i śmierć. Z drugiej zaś strony nawet i w tym peryodzie puchliny powierzchownej może nastąpić cofnięcie się processu; płyn nasiękujący tkanki może się zresorbować, wylewy krwiste częścią przechodzą w stłuszczenie i wsiakają, częścią otorbiają się w postaci ciemno zabarwionych ognisk. Część żył pozostaje zatkana, inne odzyskują swoje światło i łączą się z siatką naczyń obocznych. Często pozostają przez jakiś czas jeszcze zakażenia cyrkulacyjne zwłaszcza chroniczna puchlina, prowadząca do przerostu tkanki łącznej, która w okolicy kości może przejść w skostnienie.

(D. c. n).

Wiadomości bieżące.

— *Leczenie chorób gorączkowych zimną wodą* należy wprowadzić do dawniejszych metod terapeutycznych, pomimo to wszakże nie zdołało pozyskać sobie tak rozpowszechnionego użycia, na jakie w rzeczy samej zasługuje.— Przyczyną tego bywa uprzedzenie, albo przesąd i niewytlumaczona obawa, albo nierozsądny wzgląd na bojaźliwą publiczność, albo niedowierzenie zbyt niemi pochwałami hydropatów wywołane, albo wreszcie niewiadomość właściwego działania tego środka prawdziwie heroicznego.— Nowoczesne badania nad gorączką, dały powód do troskliwego dociekania skutków zimna na sprawę gorączkową, co w niedalekiej przyszłości bardzo zbawienne niewątpliwie wyda owoce.

Nader udatną próbkę tego rodzaju doświadczeń podaje Dr. T. Jürgensen w wydanej świeżo broszurze, „*Klinische Studien über die Behandlung des abdominaltifus mittels des kalten Wassers. Leip. 1866.*” — W dziełku tém odznaczającym się gruntowną wiadomością obecnego stanu nauki i rzetelnością obserwacji, przedstawia autor rezultat leczenia tyfusu za pomocą zimnej wody w oddziale akademickim szpitala w Kiel, zostającego pod kierunkiem prof. Bartels, którego autor jest asystentem. Z liczby 160 chorych tym sposobem leczonych, umarło 5 (t. j. 3⁰/₁₀₀) z których 3, w późnym dopiero okresie choroby, kuracyj poddani zostali.— Sama ta cyfra śmiertelności, w tyfusie dotąd niepraktykowana, jest najmowniejszym dowodem skuteczności środka, zważywszy, że rozpoznaniem choroby kierował tak dobrze znany w literaturze professor. Stosunek ten przedstawia się tém widoczniej, kiedy statystyka innych metod leczenia tyfusu w tymże samym oddziale, obejmująca 330 chorych wykazała 51 umarłych (95, 4⁰/₁₀₀). Sposób użycia zimnej wody polegał na zastosowaniu zimnego natrysku kroplistego (Regendouche) przez 2—3—15 minut, a w ostatnich czasach zimnej wanny. Nierównie łatwiej, a może i skuteczniej zastosować można zimno, wedle pomysłu Ziemssena (Centralblatt N. 41, 1866) użyciem kąpeli ciepłych do 28⁰ R, do których dolewa się stopniowo zimna woda, dopóki temperatura kąpeli nie ochłodzi się do 18—19⁰ R. Chłodzenie chorego odbywało się kilka razy dziennie (8—10—11), a troskliwe mierzenie temperatury wykazywało zawsze wyraźne opadanie gorączki. Liebermeister (Archiv f. Klin. Medizin II Bd. IV. V. H.), robi słuszną uwagę, że przy pomocy innych środków przeciwgorączkowych, liczba owych natrysków może być pomniejszoną, jakkolwiek doświadczenie nauczyło, że chorzy nawet te częste natryski bardzo dobrze znosili. Skuteczność metody objawiała się obok małej śmiertelności jeszcze w tém, że choroba przebiegała śród bardzo łagodnych objawów nerwowych, rzadkich komplikacyj i stosunkowo szybkiej rekonwalescencyi.

— Dr. A. B. Steele w Brit. med. Journ. N. 306, z roku 1866 ogłasza, że u pewnego czteroletniego chłopczyka mającego przepuklinę pachwinową zaciśniętą, gdy zwykle usiłowania odprowadzenia nie odniosły skutku, puścił na miejsce guza strumień sproszkowanego eteru za pomocą przyrządu Richardsona, i gdy część ta znieczuloną została, redukcya z łatwością uskutecznić się dała. Fakt ten odkrywa nowe ważne pole zastosowania anestezyi miejscowej w wypadkach, które z powodu wstępu chorych do operacyi krwawych i spóźnionej skutkiem tego pomocy, tak często śmiercią się kończą.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedycya i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —
„ półrocznie „ 2 „ 50
„ kwartalnie „ 1 „ 25

Na Stacjach pocztowych w Królestwie:
„ „ rocznie . . . Rs. 6.
„ „ półrocznie „ 3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

TREŚĆ: Torbielak klejowaty (*cystoida colloidis*) prawego jajnika; zebranie surowiczego płynu w próżni otrzewnej (*ascites*); wycięcie jajnika (*ovariotomia*); śmierć. Spostrzeżenie Prof. Girsztowta. — O udzielaniu się choroby syfilitycznej kobietom wiejskim etc. (dok. heczenie). Dr. Pawlikowski. — Kronika Zagraniczna. Przegląd oftalmologiczny. O zastosowaniu oftalmoskopu do rozpoznania chorób systemu nerwowego. Br. Taczanowski. — Wrzód dziurzący stopy. Dr. Kwaśnicki. — Przyczynek do nauki o samodzielnem rozlanem zapaleniu szpiku kostnego. (ciąg dalszy). Dr. Witkowski. — Wiadomości bieżące.

Torbielak klejowaty (*cystoida colloidis*) prawego jajnika; zebranie surowiczego płynu w próżni otrzewnej (*ascites*); wycięcie jajnika (*ovariotomia*); śmierć.

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

M. S., panna, 17 lat wieku, źle odżywiana, wychudła, blada, w rysach twarzy nosząca ślady głębokiego cierpienia, od dzieciństwa jednak ciesząca się najlepszym zdrowiem, od 13 roku życia miesiączkująca (*menstruatio*), w grudniu 1862 r. uległa zaziębieniu, w następstwie czego rozwinęło się zapalenie otrzewnej i prawego jajnika. Po użytym stosowném leczeniu, groźne objawy zawiązanego tego cierpienia minęły, pozostało małe obrzmienie brzucha (*ascites*), i miesiączka w zwykłym czasie więcej się nie pokazała: czem chora mocno zaniepokojona, a nadto od czasu do czasu doświadczając nieznacznego bólu w rozmaitych miejscach dolnej przedniej części brzucha, baczniejszą na siebie zwracać zaczęła uwagę, i przypadkiem wykryła w okolicy brzusznej dolnej (*regio hypogastrica*) guz wielkości dużego jaja. Na początku września 1863 r. *menstrua* znowu wróciły, objętość brzucha stopniowo się zmniejszała, ogólne odżywianie poprawiło się, siły zaczęły się wzmacniać i chora o dawném swém cierpieniu zupełnie zapomniała. W miesiącu lutym 1864, bez widomój przyczyny, ale prawdopodobnie skutkiem nowego zaziębienia, obraz dawnego cierpienia w zupełności na nowo wystąpił. Po dosyć długim cierpieniu bole zostały złagodzone, objętość jednakże brzucha znakomicie się powiększyła, guz stał się wyraźniejszym, miesiączka na zawsze znikła, siły zaczęły słabnąć, chudnienie (*emaciatio*) z każdym dniem większe. Odtąd chora wciąż się leczy, i z porady lekarzy całe lato 1865 r. przebywa na wsi, co rzeczywiście zbawienny, chociaż chwilowy wywarło wpływ na stan jój ogólny; w grudniu jednak t. r. znowu wystąpiły znane objawy zapalenia otrzewnej, które w czerwcu, sierpniu i grudniu 1866 r. po trzykroć jeszcze się

powtórzyły. To już stanowczy zadało cios chorób: siły ją opuściły, ogólne odżywianie doszło do zupełnego upadku, objętość brzucha zatrważające przybrała rozmiary, skutkiem czego oddech stał się mocno utrudnionym i rozwinęło się uczucie ciągłego duszenia, obok objawów nerwowych pod ogólnym mianem hysterii znanych.

W takim stanie była chora, kiedy w dniu 3 stycznia b. r. po raz pierwszy do niej byłem wezwany. Bezpośrednie badanie wykazało co następuje: przednie i boczne części brzucha (*abdomen*) mocno wypukłe; skóra na nich napięta, połyskująca, poprzerzynana w różnych kierunkach rozszerzonymi żyłami; objętość jego w poprzecznej linii pępkowej wynosi 112 centymetrów, przestrzeń od wyrostka mieczowego kości mostkowej do pagórka Wenera zawiera w sobie 54 centymetry, przestrzeń zaś od pępka do spojenia łonowego równą jest $28\frac{1}{2}$ cent. Na dotykaniu palcami pokrywy brzusznej mocno naprężone, pozwalają jednak wyczuć jasne przelewanie się (*fluctuatio*), które i gołym okiem wyraźnie się dostrzega (*undulatio*). Przy mocniejszym i głębszym nacisku zaraz nad spojeniem łonowym z łatwością daje się wymacać guz sprężysty, twardego, ruchomy, przesuwalny w strony i ku górze, kształtu owalnego, w podbrzuszu (*reg. hypog.*) prawie okrągły, wielkości dużej głowy dorosłego człowieka, postępując zaś ku pępkowi zwęża się i w dołku sercowym wyczuwa się niewiększym od pięści. Powierzchnia guza nierówna, jakby złożona z oddzielnych zrazów, a w okolicy nadbiodrowej prawej (*reg. suprailiaca dextr.*) dosyć wyraźnie można wykazać na wielkim guzie umocowane dwa mniejsze odmienną konsystencji, dające uczucie przelewania się. Przy nacisku i przesuwaniach guza chora skarży się na ból. Badając przez pochwę przekonywamy się, że wargi ust macicznych, ściśle z sobą stykające się, przy przesuwaniu guza pozostają zupełnie nieruchome; wprowadzając zaś palec do *intestinum rectum* wyczuwamy ciało macicy pod formą małego gruzła, naciśnięte przez guz, ale bezpośrednioj spójni z nim niemające. W przyrządach oddychania, obrotu krwi, co do budowy nie spotykamy żadnej patologicznej zmiany, czynności ich jednak, zostając pod wpływem ciągłego nacisku ze strony przepony, znakomicie uszkodzone: oddech mianowicie prędki i krótki, uczucie braku powietrza, częste zadychania się (*dyspnoea*); uderzenia serca prędkie, ale słabe; tętno bardzo przyspieszone, miękkie, za ledwo wyczuć się dające. Trawienie złe, brak apetytu, *obstructio alvi habitualis*, oddawanie moczu nader częste; ogólne odżywianie upośledzone, mięśnie kończyn i tułowia prawie w zaniku, skóra sucha, z odcieniem żółtawym. Pod względem umysłowym chora dobrze rozwinięta, sama pojmuje dokładnie niebezpieczeństwo swego położenia, z rzadką mocą charakteru i nieugiętą wolą pragnie być uwolnioną od ciężkiego i tak długiego cierpienia; nieważ jednak chwile wątpliwości w możebność odzyskania zdrowia, i wtedy występuje szereg nerwowych objawów (płacz, zenglenie i t. d.), po przejściu których napowrót ożywia ją wiara w uzdrowienie.

Przytoczone powyżej objawy chorobowe, jak niemniej porządek ich rozwoju wiele ułatwiają orzeczenie istoty choroby. Mocne obrzmienie brzucha, jego przejrzystość, tępy oddźwięk przy opukiwaniu, wyraźne uczucie chęłbotania nie pozostawiają żadnej wątpliwości o istnieniu płynu w jamie otrzewnej (*ascites*),

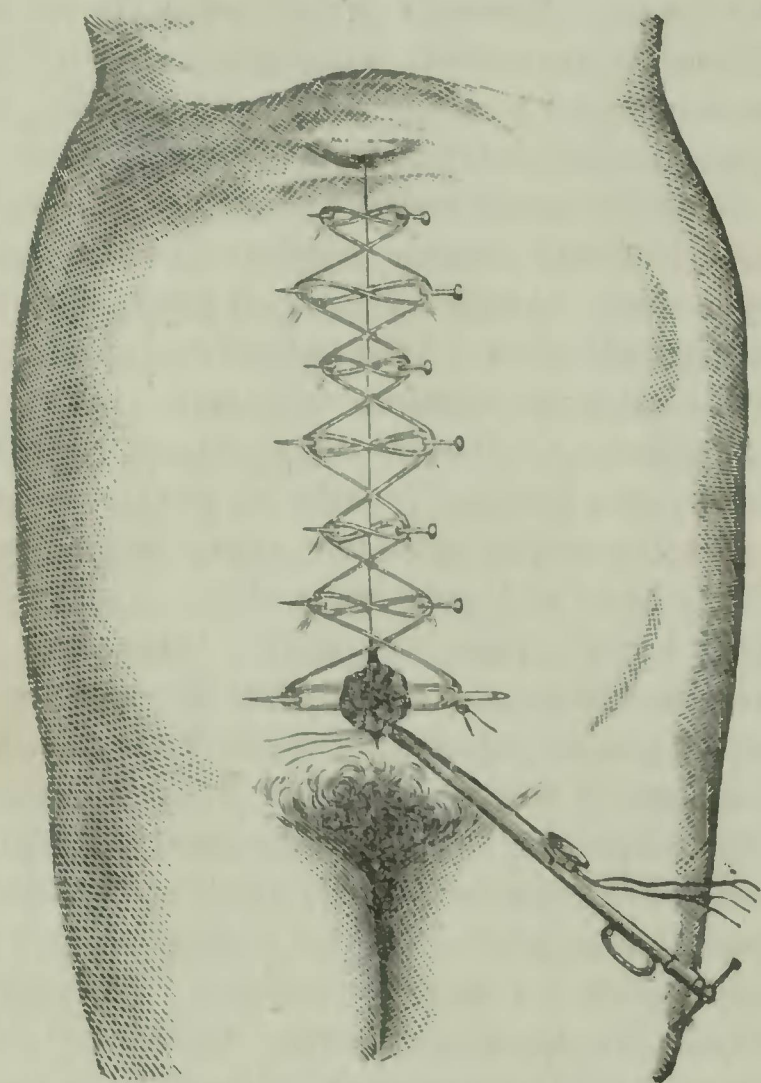
źródło którego wyprowadzać wiśniśmy już to z kilkakrotnie powtarzającego się zapalenia téj błony surowiczej, już to z utrudnionego obiegu krwi skutkiem naciśku przez guz na organa w jamie brzusznej leżące, już to ze zmienionego składu krwi (*hydraemia*), albo może w części i nie z jednorazowego pęknięcia torbieli i wylania się ich zawartości do jamy otrzewnej. Siedlisko, początek i stopniowe powiększanie się guza, dostatecznymi są wskazicielami, że punktem jego wyjścia jest jajnik prawy; kliniczna zaś fizyognomia guza, jego kształt, konsystencya, zrazowatość, aż nadto przekonywającymi są objawami, że guz ten jest klejowata torbiel złożona prawego jajnika (*cysta multilocularis colloidea, v. kystoma, cystoïda, cystis conglomerata*); zupełna zaś ruchomość guza, dokładne określenie jego stosunku do macicy usuwają wszelką myśl o nowotworze, któregoby początkiem mógł być ten ostatni organ.

O ile z jednej strony łatwem jest w danym wypadku rozpoznanie zawikłanego cierpienia, określenie wzajemnego ich stosunku, wytłumaczenie zależności innych objawów od ogromu, anatomicznej budowy i chemicznego składu samego guza, o ile téż z drugiej strony trudnem jest postawienie rokowania i wybranie sposobu leczenia? wie o tém każdy lekarz. Obecność współczesna klejowatej torbieli złożonej, wodnej puchliny brzucha i znakomicie posuniętego wycięczenia sił (*inanitio*) chorąg są trzy ujemne momenta w wyrzeczeniu rokowania. Jakie zatem w obec ich jest najstosowniejsze leczenie ciężkiego tego cierpienia? Na to pytanie, w obecnym stanie pojęć o chorobie w mowie będącej, niemamy stanowczej odpowiedzi naukowej: lekarze Anglii, Francyi i Niemiec odmienne i nieco może stronne wyznają pod tym względem idee. Anglicy i Francuzi należą do obozów krańcowych wręcz sobie przeciwnych: pierwsi zalecają sposób operacyjny radykalny leczenia i wykonywają go, drudzy zaś, z małym wyjątkiem, bezwzględnie go odrzucają; Niemcy idą drogą pośrednią. Dla oceny podstaw postępowania jednych i drugich rozstrzygnijmy dwa pytania: 1) jakie ma zwykle zejście (*exitus*) torbiel klejowata złożona pozostawiona naturalnemu swemu przebiegowi bez interwencji chirurgicznej (jak tego żąda większość franc. lek.); 2) jakie są rezultaty operacyjnego leczenia tych torbieli przez Anglików. Odpowiedź na pierwsze pytanie na drodze naukowej jest łatwą: wessania, a zatem i samodzielnego uleczenia się torbieli klejowatych, pomimo używanych środków tak miejscowych, jak i ogólnych (*resorbentia, roborantia*) nie mamy po dziś dzień opisanego ani jednego wypadku; robić zaś przekłócie (*punctio*) torbieli klejowatych złożonych celem wypuszczenia ich zawartości na zewnątrz, jak się każdy łatwo dorozumie, jest po prostu fizyczną niemożebnością, bo ani torbieli wszystkich poprzekłówać, ani też płynu z nich wypuścić nie jest w możności ludzkiej. Skoro więc torbiele te na żadnej z tych dróg (wessanie, opróżnienie przez przekłócie) uleczone być nie mogą, chore zatem na te przykre cierpienia, po pewnym zwykle krótkim przeciągu czasu ciężkich męczarni, kończą opłakane życie niechybną śmiercią. Co do drugiego: statystyka wycięcia jajników (patrz Gaz. lek. Nr. 23. str. 368) bez uwzględnienia budowy i zawartości torbieli daje w ogólnym rezultacie od 27, 27% do 81, 25%; odnośnie zaś do torbieli jajnika zawikłanych obecnością współczesną wodnej puchliny brzucha wiemy, że na 24 operowanych

przez Wells'a umarło 16, wyzdrowiało 8; na 5 operowanych przez Koerberlé umarły 2, wyzdrowiały 3; na 3 operowanych przez Keith'a umarły 2, wyzdrowiała 1.

W obec tego zestawienia wyników postępowania angielskich i francuzkich lekarzy, łatwém jest do zrozumienia, że zaciągamy się pod chorągiew pierwszych, czyli innemistowy przekładamy prawdopodobne wyzdrowienie nad śmierć pewną.

Po oświadczeniu planu naszego leczenia i otwartém wystawieniu wszelkich możliwych następstw (śmierć lub zdrowie), skoro chora i najbliżsi jój krewni myśl operacyi przyjęli ze skwapliwością, a chora nalegać nawet zaczęła na pędsze jój uskutecznienie, dzień 9 z. stycznia wybraliśmy na wykonanie operacyi. Po uwzględnieniu wszelkich wymagań odnośnie do obszerności pokoju, czystego powietrza, odpowiedniej temperatury, stanu wilgoci, światła, spokoju, o godzinie 12 w południe przystąpiliśmy do wykonania operacyi w obec i przy pomocy doktorów Chwata, Pr. Gliszczyńskiego, Kwaśnickiego, Prof. Le Brun'a, Libchena, Doc. Neugebauera, I. F. Nowakowskiego, Stankiewicza, Wszeborai Wyrzykowskiego.



Przy zawikłania torbieli jajnikowych obecnością płynu w jamie otrzewnej podwójne jest postępowanie lekarzy: jedni na 5 lub 6 dni przed wycięciem jajników przekłuciem wypuszczają płyn z jamy otrzewnej, uważając to za operacyę przedwstępną, czyli przygotowawczą; drudzy chcąc uniknąć świeżego, w skutku ranienia, zapalenia otrzewnej, opóźnienia przez to głównej operacyi i spowodowania nowych zrosnięć (*adhesiones*) wykonywają je współcześnie. Uznaliśmy za stosowniejsze to ostatnie postępowanie i łącząc dwie operacye w jedną uwydatniamy następujące w niej główne okoliczności: 1) przecięcie skóry, 2) otwo-

rzzenie otrzewnej i wypuszczenie z niej płynu, 3) oddzielenie przyrośnięć, 4) wyjęcie jajnika, 5) umocowanie szypułki jajnika i 6) złączenie brzegów rany. Przecięcie skóry (*incisio cutis*), wykonaliśmy w kierunku białej linii na przestrzeni 23 centymetrów zaczynając na 3 cent. poniżej pępka i kończąc na 2½ cent. powyżej spojenia łonowego; podczas cięcia skóry zastosowaliśmy miejscowe znieczulenie przez natryskiwanie eteru z dwóch przyrządów Richardson'a

z zupełnym skutkiem. Celem ułatwienia zebrania płynu z jamy otrzewnej w tej ostatniej zrobiliśmy dwa małe podłużne otwory, przez które gdy płyn został wypróżnionym (w ilości 36 fantów), na zgłębniku żłóbkowanym rozciąłiśmy otrzewną od górnego do dolnego kąta cięcia w skórze; w miarę odpływania zawartości jamy otrzewnej i zmniejszania się objętości brzucha, dwaj pomocnicy zbliżali brzegi rany naciskając je do guza jajnikowego. Po wypuszczeniu płynu przekonawszy się o istnieniu starych, mocno rozwiniętych zrośnień; celem zniszczenia uczucia bólu przy ich rozdzielaniu, chorę uspiłiśmy chloroformem; następnie częściowo palcami, częściowo skalpelem i nożyczkami oddzieliliśmy zrośnięcia, przy czem podwiązaliśmy tr y tętniczki w zrośnięciach tych rozwinięte, krwotoki zaś z małych żyłek wstrzymaliśmy ich skręcaniem (*torsio*). Po zupełnym oswobodzeniu jajnika od połączeń z otrzewną, przekonawszy się dotykalnie o budowie jego nader zawikłanej, w miejscu najbardziej wydatnem największej torbieli, gdzie chełbotanie zdawało się jaśnym, zrobiliśmy trójgrańcem (*Wells'a*) przekłócie, i z pochwy narzędzia wyciekał płyn gęsty, białawy, i stosunkowo w niewielkiej ilości. Następnie pogrążywszy w guz zębate kleszcze (*Museux*) i wprowadziwszy rękę do wnętrza jamy brzusznej i okrążając nią guz, wyciągnęliśmy go na zewnątrz. Koniec szypułki przy samém jej połączeniu z jajnikiem zacisnęliśmy grubą mocną nitką (*ligatura provisoria*), i pod nią skalpelem guz odcięliśmy. Przekonawszy się o stanie drugiego jajnika i macicy (które okazały się zupełnie zdrowymi, mocno tylko przygniecionymi), oczyściwszy gąbkami jak najstaranniej jamę brzuszną, przystąpiliśmy do złączenia brzegów rany, które wykonaliśmy 6ma karlsbadskimi igłami, z których 3 większe przeprowadziliśmy przez pokrywy zewnętrzne, mięśnie i otrzewną, 3 zaś mniejsze tylko przez skórę i powierzchowną warstwę mięśni. Brzegi rany nad szpilkami ściągęliśmy nitką, stosując szew zwany ósemką (*sutura circumvoluta*). Szypułkę ułożyliśmy w dolnym kącie pomiędzy brzegami rany i idąc za przykładem *Duffina* i *Stillinga* umocowaliśmy ją tutaj przeprowadzając dużą igłę przez skórę, mięśnie, otrzewną jednego brzegu rany, następnie przez środek szypułki i przeciwległy brzeg rany, zaczynając od otrzewnej, a kończąc na skórze; brzegi rany na około tej igły również ścisnęliśmy ligaturą. Na około końca szypułki poza obrębem jamy brzusznej znajdującego się, zaraz nad skórą i między tymczasową nitką, uprzednio już przy odcięciu guza nałożoną, oprowadziliśmy podwójną pętlicę z drutu, którąi zacisnęliśmy za pomocą odgniatacza *Graffe'go* (*serre-nocud*). Ten moment operacyi uwydatniliśmy na rysunku załączonym zrobionym z natury (*methodus extraperitonealis*). Następnie przestrzenie pomiędzy szpilkami ściągęliśmy plasterkami angielskimi, i na około brzucha oprowadziliśmy kilka ręczników, końce ich lekko ściągęliśmy celem wzmocnienia ligatur, poczem chorę położyliśmy do ogrzanego łóżka. Operacya trwała godzinę i 10 minut wliczając w to i 23 minuty użyte na wypuszczenie płynu z jamy otrzewnej.

(D. n.).

O udzielaniu się choroby syfilitycznej kobietom wiejskim, biorącym dzieci ze szpitala Dz. Jezus na wykarmienie.

(Dokonczenie)

11) *W Maryanna*, 30 lat, przybyła 11 stycznia 1866 r. do szpitala Śgo Łazarza. *Roseola, Condyl. hum. faucium, oris, genitalium*. Ślad szankra na prawej piersi; przed 1½ rokiem została mamką w sz. Dz. Jezus. była tam 3 kwartały, karmiła dzieci, które były odsyłane do Śgo Łazarza: we dwa tygodnie po wyjściu ze szpitala pokazały się owrzodzenia na prawej piersi.

12) *E . . . Magdalena*, 21 lat, przy mężu, z Głoskowa, z pod Piaseczna, przed 5 miesiącami porodziła dziecko zdrowe: w tym czasie Katarzyna *Z* miała na wykarmieniu dziecko ze szpitala Dz. Jezus, które miało chorobę syfilityczną, i które udzieliło mamce swój tę chorobę i ta 16 listop. przysłana była na kuracyą do szpitala Śgo Łazarza wraz z dzieckiem chorém. *F* pomagając jój, dawała często piersi dziecku choremu i przed 2 miesiącami pokazał się jój szankier twardy na brodawce piersi lewej; następnie zaraziła swe własne dziecko Józefa *F*, któremu uformował się szankier na języku, a następnie choroba ogólna: 19 lutego 1866 r. oboje przysłani do szpitala Śgo Łazarza.

Z powyższych obserwacyj pokazuje się, że po większej części są to mamki zostające w szpitalu Dz. Jezus pod dozorem, i to mniej więcej od dość znacznego czasu; każda z nich karmiła dziecko syfilityczne, każda z nich dostała pierwiastkowo owrzodzenie, czyli szankra na brodawce, a następnie chorobę ogólną; każda z nich chociaż najściślej egzaminowana przezemnie nie przedstawiała zarazy mogącej pochodzić z innego jakiego źródła, ani dziś ani dawniej. Są to więc ofiary najwyraźniejszej zarazy od dzieci syfilitycznych czerpanej, która w tak znacznej liczbie objawia się na tych kobietach. A ileż z nich zostających na wsiach podlega téj samej chorobie, nieleczonej, niepilnowanej, która rozumie się, szerzy się dalej, przechodząc na najbliższe osoby, na męża, dzieci, a często i sąsiadów. Szpital Śgo Łazarza nie raz już leczył po kilku członków jednej familii, do której zarazę wniosło dziecko dane na wykarmienie ze szpitala Dz. Jezus. — Widzielśmy że przecięciowo rocznie bywa podrzucanych dzieci 1892; z tych wysyła się na wsie 1088, pozostaje zatem w Warszawie 804. Jeżeli więc z mamek karmiących te 804 dzieci w szpitalu Dz. Jezus, zaraża się chorobą syfilityczną 12 na sto rocznie, to po wsiach, gdzie dzieci rozechodzi się 1088, gdzie osobno każde dziecko karmi mamka, nie zaś po kilkoro jak w szpitalu, to rozumie się, że nie 12, a daleko więcej musi się ich zarażać; podległe zaś chorobie pozostając najczęściej bez leczenia, lub przynajmniej bardzo długo, muszą przedstawiać chorobę rozwiniętą, którą na wszystkie strony osobom otaczającym je udzielają.

Nie jestże to zatem jeden z najważniejszych czynników rozpowszechniających syfilis po kraju?

5) *Jeżeli pokaże się zarażenie się mamek od dzieci, wskazać należyne środki i ostrożności dla zmniejszenia się podobnych wypadków.*

Większa część ostrożności jakie należy wprowadzić w celu zmniejszenia zarazy mamek od niemowląt, wypływa z objaśnień i dowodów jakie wyżej przedstawiłem w obserwacyach chorych.

1) Najważniejszym warunkiem wstrzymania zarazy między mamkami wiejskimi jest to, aby dzieci oddawane były zdrowe i zabezpieczone od objawów syfilis wrodzonej; z rozumowania naszego, co do 1go pytania, widzieliśmy, że syfilis wrodzona objawia się najczęściej w dwóch pierwszych miesiącach, że na 155 wypadków Dr. D i d a y'a u 131 w tym czasie się pokazała, wypada zatem, aby dzieci te, do dwóch skończonych miesięcy, pozostawały w szpitalu, i pilnie były strzeżone, po upływie zaś dwóch miesięcy, jeżeli zdrowe, oddawane być mają na wieś.

2) W szpitalu każde dziecko powinno być karmione przez mamkę; skoro tylko pokaże się choroba syfilityczna, a szczególnie na ustach, dziecię winno być sztucznie karmione do zupełnego wyleczenia.

3) Dziecię raz wyleczone z choroby syfilitycznej, nie powinno być zupełnie oddawane na wieś do wykarmienia, bo choroba może powrócić i być powodem zarazy.

4) Mamka zarażona od dziecka, może karmić dziecię syfilityczne, nie narażając się na powtórne zarażenie. W moim oddziale mamki chore karmią dzieci chore i powtórnie się nigdy nie zarażają, a za to dzieci daleko prędzej się leczą, i mamki nie tracą pokarmu.

5) Ponieważ ospa ochronna zbierana z dzieci szpitala Dz. Jezus, służy do rozpowszechniania jęj po kraju, a ponieważ za pomocą ospy można przenieść chorobę syfilityczną na inne dzieci; przeto słuszném byłoby szczepić ją w takim czasie, kiedy dzieci najmniej podlegają objawom syfilis wrodzonej, t. j. po 3ch miesiącach.

6) Widzieliśmy, że mamki szpitalne karmią po kilkoro dzieci, z przyczyny ich braku; inaczęj być nie może, ale za to winny być zachowane wszelkie ostrożności: oprócz ścisłego nadzoru lekarskiego, winna mamka często przemywać pierś wodą chlorową, unikać dawania piersi popękanej lub zadrapanej, bo zaraza w tedy silniej się udziela i t. d.: ze strony dziecka każde poranienie ust dziecięcia winno być natychmiast lapisowane, a jeżeli choroba się objawia, oddać go do karmienia mamce która była poprzednio chorą, lub téż sztucznie je karmić.

7) Każda mamka wiejska, biorąca dziecię na wieś, winna być uprzedzoną mniej więcej o objawach choroby syfilitycznej u dziecka, i jeżeliby cośkolwiek spostrzegła, udać się do najbliższego lekarza, który byłby obowiązany udzielać rady, i odesłać do szpitala, a zarazem uprzedzić szpital Dz. Jezus.

8) Jednocześnie z oddaniem dziecka na wieś, winien być uprzedzony wójt gminy lub proboszcz, który rozciągałby opiekę nad nimi, i dopilnował w razie podejrzenia choroby, aby mamka udała się do lekarza, i sztucznie dziecię karmiła.

9) Korzystnem byłoby urządzenie lekarzy objazdowych i dozorujących dzieci i mamki.

10) Każda mamka opuszczająca szpital i udająca się w prywatną służbę, winna przez przeciąg kilku miesięcy co tydzień lub 2 zgłaszać się do szpitala dla okazania piersi, bo jak widzieliśmy szankier może się pokazać później i być powodem zarażenia dziecka prywatnego: tém bardziej nie wypuszczać żadnej mającej cośkolwiek podejrzanego na piersiach, bo to może być już rozpoczynająca się choroba.

11) Ściśle pilnować, aby mamki karmiły tylko dzieci przeznaczone dla siebie, bo dosyć raz dać piersi dziecku choremu, aby uledez chorobie.

12) Spojrzyjmy teraz na śmiertelność dzieci syfilitycznych leczonych w szpitalu Śgo Łazarza.

Dzieci syfilitycznych nadesłanych ze szpitala Dz. Jezus.

W roku 1861 było 303 z nich zmarło 300 wyzdrowiało 3.

— 1862 — 282 — 278 — 4.

— 1863 — 218 — 194 — 24.

— 1864 — 123 — 96 — 27.

926
868
58.

Najprzód uderza nas w oczy ogromna liczba zmarłych, gdyż na 926 dzieci zmarło 868.— 2) niestosunkowość śmiertelności, bo z większej liczby dzieci leczonych mniej się wyleczy w jednym roku, aniżeli z mniejszej liczby w drugim; i tak z trzystu trzech dzieci wyleczyło się tylko 3, ze stu dwudziestu trzech zaś dwadzieścia siedm— a przecież choroba jedna i ta sama, warunki higieniczne te same, zmian żadnych nie zaprowadzono, przyczyna inna zatem musi na to oddziaływać. Podług mnie przyczyna ta leży w niemożności dania tym dzieciom należnej opieki i troskliwości. Szpital Śgo Łazarza urządzony jest dla dorosłych, służba bardzo ograniczona, Siostr miłosierdzia wniem niema; dzieci zatem pozbawione być muszą należytego dozoru i opieki, bo często jedna posługaczka ma ich 8, 10, 12, do karmienia, pilnowania, obsługiwania, a czém jest więcej dzieci, tém mniejszy muszą mieć nadzór, bo liczba posługi zostaje ta sama,—czém zaś ich mniej, tém większa troskliwość i rezultaty leczenia lepsze. Należy więc wnosić, że dzieci te w znacznej części umierają z niemożności dania im należytego dozoru;—czyby zatem niewypadało urządzić oddziału dzieci syfilitycznych przy samym szpitalu Dz. Jezus, gdzie przy większej i stosowniejszej usłudze, przy dozorze Siostr miłosierdzia, i śmiertelność znacznieby się zmniejszyła.

Na tém ograniczam moje uwagi nad środkami i ostrożnościami mogącymi wpłynąć na zmniejszenie zarazy choroby syfilitycznej wrodzonej; wiem jak one są niekompletne, przytaczam je jedynie, gdyż je dyktują fakta, które wspomniałem w mém sprawozdaniu: głębsze i dłuższe jeszcze zajęcie się tym przedmiotem i to wspólnemi siłami, może dokompletować całość dzieła, obchodzącego kraj cały.

Dr. Pawlikowski.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Przegląd oftalmologiczny. ¹⁾

O zastosowaniu oftalmoskopu

do rozpoznania chorób systemu nerwowego.

Napisał Br. Taczanowski.

Początek i przebieg nerwu wzrokowego, związek naczyń krwionośnych gałki ocznej z naczyniami czaszki, już dawniej zwróciły uwagę lekarzy na pytanie, czy nie dałoby się ze

¹⁾ W tym dziale Redakcja zamierza ogłaszać treściwe, krytyczne rozbiory, nowo wyszłych dzieł większych, okulistycznej treści. (P. R).

zmian w głębi oka spostrzeganych, wnioskować o stanie mózgu i wnętrza jamy czaszki. Pierwszy Dr. *Coccius* wprowadził oftalmoskop jako środek pomocniczy przy rozpoznawaniu cierpień przyrzędu nerwowego, późniejsi badacze nie spuszczały z uwagi tej kwestyi; lecz dopiero w roku zeszłym (1866) prawie jednocześnie ogłoszone prace p. *Bouchut*, „*du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophtalmoscopie*” i ziomka naszego Dr. *Gałęzowskiego*, „*étude ophtalmoscopique sur les maladies cerebrales dont elles dependent*” (praca uwieńczona medalem), zwróciły ogólną uwagę świata lekarskiego na zastosowanie oftalmoskopu do patologii ośrodków nerwowych. Niepewność i niejasność jakie dotychczas panują w tej gałęzi medycyny, ogólne życzenie ścisłości i dokładności w dyagnozie, aż nadto tłumaczą zajęcie się lekarzy nową metodą badania. I u nas, mianowicie po korespondencyi Dr. *Sommerra* z Paryża zamieszczonej w N. 20 Gazety lekarskiej, cerebroskopia weszła na porządek dzienny; sądzimy więc że zeszkiecowanie wyżej wzmiankowanych prac pp. *Bouchut* i *Gałęzowskiego*, ściślejsze wyjaśnienie, czego się przy dzisiejszym stanie nauki od cerebroskopii spodziewać możemy, odpowie wymaganiom bieżącej chwili.

Zadanie to nie jest tak łatwe, jakby się to na pierwszy rzut oka zdawać mogło; po przeczytaniu dzieła p. *Bouchut* trudno wstrzymać się od nieufności, trudno niezgodzić się z krytyką zamieszczoną przez p. *Follin* w *Archives Générales de médecine* Juin 1866.; pomimo to jednak pomijając usterki dzieła, postaramy się skorzystać z licznych obserwacyj p. *Bouchut* dla uwydatnienia bliżej nas obchodzącego pytania, kiedy mianowicie oftalmoskop może nam być pomocny przy rozpoznawaniu chorób nerwowych.

Trzymając się anatomicznego porządku, rozberzemy najpierw choroby opon mózgowych a przede wszystkim zajmiemy się zapaleniem opon mózgowych, i wpływem tego cierpienia na gałkę oczną. P. *Bouchut* zwraca uwagę, że przekrwienie mózgowia, nawodnienie komórek, przekrwienie i zakrzep w naczyniach opon, utrudniają odpływ krwi żyłnej z głębi oka i sprowadzają przekrwienie w naczyniach żylnych siatkówki. Obserwacje kliniczne p. *Bouchut* zdają się w zupełności potwierdzać to zdanie; na 59 obserwacyj znaleziono 57 razy przekrwienie siatkówki charakteryzujące się przez rozdęcie i wirowaty przebieg naczyń żylnych; niekiedy a mianowicie w 12 wypadkach stwierdzono skrzepy w żyłach siatkówki ¹⁾, a 10 razy wylewy krwi. Brodawka wzrokowa częstym ulega zmianom: w 27 wypadkach spostrzegał autor przekrwienie brzegów brodawki (*congestion peripapillaire*), niekiedy całkowity lub częściowy obrzęk brodawki. Przeglądając jednak obserwacje p. *Bouchut* widzimy, że w większej liczbie wypadków, objawy chorobne były już tak wyraźne, że przed użyciem oftalmoskopu rozpoznanie choroby nie mogło być wątpliwem; w innych znów razach, pomimo że objawy przekrwienia w głębi oka były oftalmoskopem stwierdzone, nie trudno się przekonać z obserwacji zatytułowanych „*poussée méningitique avortée*”, że cierpienie zasadzało się na nawale krwi do mózgu. P. *Gałęzowski* otwarcie wyznaje, że przy zapaleniu opon w części oddalanej od nerwów wzrokowych, oftalmoskop nie dostarcza nam żadnych znaków, i na dowód przytacza dwa wypadki zapalenia opon obserwowane w klinice pp. *Trousseau* i *Grisolle*, gdzie oczy były zupełnie w prawidłowym stanie.

Jeżeli zaś process zapalny opon zajmie okolice około skrzyżowania nerwów wzrokowych, to badanie wziernikiem ocznym może oddać niejaki usługi. P. *Gałęzowski* przytacza

¹⁾ Winszujemy P. *Bouchut* nadzwyczajnego szczęścia w dostrzeganiu nieznanych prawie dotychczas objawów chorobowych w naczyniach siatkówki i dziwimy się dla czego ten, prawdopodobnie tak widzialny objaw, spotykany przez P. B., nietylko przy chorobach opon mózgowych ale i przy wielu innych uszedł dotychczas oka wszystkich okulistów; kilka bowiem tylko razy w literaturze okulistycznej spotykamy się z opisaniem objawu, którego powstanie skrzepnieniem krwi w żyłach tłumaczyć możemy; mówimy tu o wypadkach zatoru tętnicy środkowej siatkówki, przy których krew w żyłach się znajdująca niewypełnia takowych zupełnie ale częściowo, tak iż sledząc z pomocą wziernika przebieg żyły widzimy niektóre tejsze części krwią wypełnione, inne zaś zupełnie próżne. Nie możemy jednak i w tych nawet razach twierdzić z absolutną pewnością, że widzieliśmy krew skrzepniętą, bo dotykanych na to danych niemamy.

wypadek obserwowany w Hôtel Dieu w Paryżu, gdzie przy wątpliwych objawach cierpienia mózgowego, udało mu się odkryć oftalmoskopem przekrwienie brodawek nerwu wzrokowego, wylew krwi na brodawce prawej, oraz infiltracją surowiczą brzegów obu brodawek, co go na właściwą wprowadziło drogę. Przy badaniu pośmiertnym stwierdzono zapalenie opon na podstawie mózgu, a mianowicie też przy skrzyżowaniu nerwów wzrokowych.

Co się tyczy innych spraw chorobowych w oponach mózgowych, to p. Bouchut wspomina o zapaleniu zatok żylnych opony twardej i o wylewie krwi w opony. Pierwszy proces chorobny prawie zawsze występuje jako komplikacja, utrudniony odpływ krwi z naczyń żylnych oka i tutaj główną gra rolę.

W dwóch wypadkach obserwowanych za pomocą wziernika ocznego, znaleziono rozcięcie i wirowaty przebieg żył siatkówki, skrzepy krwi w żyłach, powiększenie gałki ocznej (hydrophthalmus); z historyi chorób widać jednak że przed badaniem oftalmoskopem można było postawić stanowczą diagnozę.

Co się tyczy wylewu krwi w opony (apoplexia meningeae) to klinicyści niemieccy wyznają, że przy dzisiejszym stanie nauki prawie niepodobna odróżnić wylewu krwi w opony od wylewu w miąższ mózgu, byłibyśmy więc bardzo wdzięczni za rozjaśnienie tej kwestyi i dostarczenie nam elementów różniczkowej diagnozy. Z przytoczonej jednak kilku-wierszowej obserwacji p. Bouchut trudno coś stanowczego wnioskować; professor paryzki sądzi że długotrwałe objawy przekrwienia w głębi oka z następującą amaurozą, mogłyby nas upoważnić do dyagnozy wynaczynienia krwi w bliskości skrzyżowania nerwów wzrokowych, na końcu jednak sam wyznaje, że przytoczona obserwacja należy do wątpliwych, i że trzeba wstrzymać się ze stanowczym zdaniem do dalszego czasu.

Przechodząc do processów patologicznych w mózgu, zwróćmy naszą uwagę na zastosowanie oftalmoskopu w pediatrii, mianowicie do rozstrzygnięcia pytania, czy mamy przed sobą przesiek wodny w jamy mózgowie (hydrocephalus chronicus), czy też krzywicę (rachitis). U dzieci starszych, od 7go do 10go roku życia, badanie za pomocą wziernika mniejszej jest wagi, gdyż rozpoznanie cierpienia mózgowego nie przedstawia trudności, a i z krzywicą trudno się spotkać w tym wieku; u dzieci jednak małych badanie wziernikiem ocznym może oddać dobre usługi. Trudno w wielu razach rozpoznać czy powiększenie głowy jest skutkiem procesu rachitycznego, czy też wodnej puchliny mózgu; stanowcza dyagnoza jest tutaj ze względu na prognozę tak ważną, że oddawna silili się lekarze na wynalezienie objawów rozpoznawczych. Rilliet i Barthez zalecali w podobnym razie auskultacją głowy: szmer wyraźny (bruit de souffle céphalique) upoważnia nas do postawienia dyagnozy na proces rachityczny. Inni autorzy jak Wirthgen, Hemsig, Roger odmówili wszelkiej ważności rozpoznawczej temu objawowi; a jakkolwiek Rilliet poparł był dawniejsze swe zdanie nowymi badaniami (Journal für Kinderkrankheiten N. 7 i 8. 1860), zawsze jednak objawowi temu cechy charakterystycznej przyznać nie można; szmer prawdopodobnie powstaje w zatokach opony twardej, niknie więc przy znacznym nagromadzeniu płynu, lecz przy niewielkim ucisku istnieje, choć może w nieco słabszym stopniu jak przy processie rachitycznym. Badanie wziernikiem ocznym rozstrzyga tutaj stanowczo kwestyę; przy processie rachitycznym oko jest w stanie prawidłowym, przy przesieku zaś płynu w jamy mózgowie spotykamy mniej lub więcej wyraźne zboczenia. Płyn nagromadzony w jamie czaszki, wywiera odpowiedni nacisk i utrudnia krążenie w gałce ocznej, długotrwałe zaś przekrwienie sprowadza rozcięcie naczyń żylnych, obrzęk a nareszcie zanik brodawki nerwu wzrokowego i amaurozę.

W dalszym ciągu naszego zadania, rozpatrzmy stan oka przy zalewie krwistym mózgu (haemorrhagia cerebri). P. Bouchut opierając się na 31 obserwacjach twierdzi, że nacisk spowodowany przez krew wylaną, utrudnia odpływ krwi z żył siatkówki, dodaje jednak że tylko znaczne wylewy wpływają na krążenie krwi w zatokach a więc pośrednio i w oku, przy niewielkim zaś wylewie oko może być w prawidłowym stanie. I p. Gałęzowski przytacza 3 własne obserwacje, gdzie przy zalewie mózgu i bezwładzie połowy ciała, udało mu się odkryć przekrwienie brodawki wzrokowej. Za to stosunkowo rzadko spotykamy amaurozę przy wylewie krwistym; w 26 obserwacjach przytoczonych przez p. Calmeil raz tylko znaleziono zupełną ślepotę i raz osłabienie wzroku. P. Gałęzowski opierając się na powa-

dze prof. Andral fakt ten w ten sposób tłumaczy, że w substancji szarej mózgu, jako daleko bogatszej w naczynia, częściej następują wylewy krwiste jak w białej, z którą to ostatnią nerwy wzrokowe podczas swego przebiegu głównie się stykają. Wyżej wspomniane objawy t. j. utrudniony obieg krwi w gałce ocznej i stosunkowa rzadkość amaurozy, mogą nam niekiedy posłużyć do diagnozy różniczkowej między wylewem krwistym a rozmiękczeniem lub processem zapalnym w mózgu (Encephalitis). Process zapalny mózgu nie wpływa mechanicznie na obieg krwi w gałce ocznej, za to zniszczenie mózgu w tych miejscach, z kąd wychodzą nerwy zaopatrujące gałkę i mięśnie oczne, sprowadza zaburzenia w oku jako to: zezowatość (strabismus), podwójne widzenie (diplopia), a jeżeli process chorobny rozwinię się w okolicy wzgórków czworaczych, to i zanik nerwu wzrokowego a następnie amaurozę.

Nowotwory w mózgu wywierają wpływ szkodliwy tak przez swą objętość, jako też sprowadzając przekrwienie oboczne, i process zapalny w sąsiednich częściach mózgu. Processy więc patologiczne tak dotykające punkta wyjścia nerwów wzrokowych, jako też i części mózgu koło których nerwy przebiegają, muszą wywrzeć wpływ odpowiedni na nerwy wzrokowe. P. Gałęzowski spotykał zaburzenia w nerwach wzrokowych przy nowotworach umieszczonych na podstawie mózgu w dole mózgowym przednim, średnim i tylnym; znajdował amaurozę przy siedlisku nowotworu we wzgórkach czworaczych i wzrokowych, przy cierpieniach mózdzku i wyniosłości obrączkowej, przy nowotworach w zrazach mózgowych przednich, średnich i tylnych; z samego więc wyliczenia widać, że głównie dopiero bacznie roztrząśnięcie wszystkich objawów pozwoli nam oznaczyć siedlisko nowotworu.

Nowotwory w dole mózgowym przednim rozszerzają się albo ku przodowi, niszcząc ścianę oczodołu i wypychają oko naprzód, lub też udają się ku dołowi i niszczą nerwy wzrokowe. Jeżeli więc do znaków ogólnych jako to: trudności w mowie, utracie pamięci, do ciągłego bólu przedniej części głowy, przylączy się utrata węchu, wypchnięcie oka ku przodowi, upośledzenie wzroku, infiltracja surowicza brodawki, a nakoniec jej zanik, to podług wszelkiego prawdopodobieństwa mamy do czynienia z nowotworem w dole mózgowym przednim.

Na linii środkowej w dole mózgowym średnim znajdujemy skrzyżowanie nerwów wzrokowych, zmiany więc patologiczne tej okolicy a głównie w przysadce mózgowej (glandula pinealis) sprowadzają upośledzenie lub też utratę wzroku. Podobny wypadek obserwował p. Gałęzowski w szpitalu Lariboisière w Paryżu; u indywidualum przedstawiającego objawy cierpienia mózgowego wziernik wykrył zanik nerwów wzrokowych; chory dotknięty atakiem apoplektycznym umiera, a przy sekcji znaleziono oprócz wylewu krwistego w ciele prążkowanem, przysadkę znacznie powiększoną a naczynia jej silnie przekrwione.

Nowotwory w dole mózgowym tylnym, tylko wtenczas mogą wpłynąć na oko, jeżeli się rozwiną na rynnicy podstawowej, (apophysis basilaris), lub też na wierzchołku kości skalistej. Wywierają one wpływ szkodliwy na części sąsiednie a mianowicie na wyniosłość obrączkową i odnogi mózdzku, z kąd sprawa chorobna może się przenieść per continuitatem na wzgórki czworacze.

Wierzchołek kości skalistej bardzo jest zbliżony do rynnicy podstawowej, z tąd też i nowotwory osadzone na wierzchołku tej kości, sprawiają takie same zboczenia jak i poprzedzające; na jeden tylko objaw rozpoznawczy należy zwrócić uwagę, a mianowicie: najpierw objawia się głuchota i to po tej samej stronie co paraliż 7-ej pary.

(Dokoń: nast.).

Wrzód dziurawiający stopy. (*Ulcus perforans pedis*).

Doktor Marquez praktykujący w Colmar na posiedzeniu Tow. Lek. Renu górnego (Haut-Rhin) w d. 6 maja 1866 r. czytał historią wrzodu przedziurawiającego stopę, którym był dotknięty jeden z maszynistów kolei żelaznej zachodniej. Treść tej historii następująca:

Pan S..... 51 lat liczący, temperamentu limfatyczno-krwistego, nadużywający napojów spirytusowych, ulegający często lekkiemu odmrożeniu nóg, jako też róży na stopach i gole niach, w r. 1863 zaczął uczuwać swidrujące bóle w stopach, mianowicie w okolicy wielkich

palców; niedługo potem nastąpiło znaczne zgrubienie naskórka na wyniosłości wielkiego palca ze strony lewej; naskórek ów ułożony warstwowato, łatwo odpadał w postaci łuski; w kilka dni rozpoczęło się owrzodzenie na stronie grzbietowej wielkiego palca zajmujące powierzchnię 20 centimów; z wrzodu wypływała znaczna ilość ropy płynnej mocno cuchnącej; wrzód ów mało rozwijając się na boki szybko postępował w głąb tkanin. Po upływie krótkiego czasu wśród zgrubiałego naskórka na wyniosłości odpowiadającej wielkiemu palcowi utworzył się otwór łączący się z powyższym wrzodem. Wprowadzony weń zgłębnik wykrył próchnienie kości stawu stopowo-palcowego 1go i cała stopa obrzmiała. Użycie przestrzykiwań z nalewki jodowej i spokój sprowadziły w ciągu pewnego czasu małą ulgę choremu, lubo zmiany anatomiczne wywołane owrzodzeniem wcale się nie polepszyły. W lipcu wykonano odjęcie wielkiego palca.

Po upływie 6 tygodni został dotknięty tą samą chorobą 2gi palec ze strony prawej; a w dniu 29 lipca wykonano jego odjęcie z pomyślnym skutkiem.

2 października został zajęty wielki palec ze strony prawej, odjęcie wykonano 7 października.

12 maja 1865 r. owrzodzenie tejże natury na 2im palcu strony lewej. Odjęcie miało miejsce w d. 15 maja.

W końcu lipca tegoż roku pan S... powrócił do pracy.

Ponieważ patologia choroby w mowie będącej nie jest jeszcze dokładnie wyjaśnioną, przytoczymy więc krótki wyciąg z uwag jakie robi pol tym względem p Marquez.

Chorobę tę oddawna już znaną Vesignię z Abbeville w r. 1852 opisał pol nazwą „mal plantaire perforant“, Leplat zaś w swojej rozprawie inaug. „mal perforant du pied“ Bertrand „mal perforant de extremités“, Larrey nazwał ją „ulceration perforante“, a Sédillot „ulcère perforant“. Pan Marquez ostatnie dwie nazwy uważa za najbardziej zgodne z Filologją lekarską i za najlepiej malujące istotę samej sprawy chorobnej, lubo sam tytułuje swój artykuł „mal perforant du pied.“

Bertrand opisuje chorobę w mowie będącą w sposób następujący: jest to owrzodzenie rozpoczynające się w zgrubiałej skórze podeszwy w miejscu największego jej wygórowania odpowiadającego wielkiemu palcowi; rozpoczynając się od małego pęcherzyka, owrzodzenie owo niszczy w dalszym swym pionowym przebiegu skórę, mięśnie, błony maziowe, torebki surowicze, okostną i kości, kończąc się zupełnem zniszczeniem palców.

Co do przyczyny téj choroby — to Leplat mniema, iż ta jest niemal wyłącznie miejscowa, mechaniczna; wedle jego zdania rozwija się ona w skutku nacisku jaki wywiera na skórę w początku podeszew obuwia z jednej, a kości z drugiej strony, następnie zaś odcisk i kości; nacisk ów niszcząc najbliższe warstwy skóry, wywołuje w ten sposób owrzodzenie. Marquez twierdzi, że niezawsze wrzód powstaje przy zgrubieniu skóry i naskórka, że zatem byłoby niełoiecznie wszystkie wypadki téj choroby przypisywać tylko przyczynom miejscowym i czysto mechanicznym; choroba ta rozwija się często od torebek surowiczych, lub od skóry, przyczem nie zawsze możemy wykryć działanie przyczyn miejscowych j. np. nacisku i wyjaśnienia więc choroby w takich wypadkach należy szukać w przyczynach bardziej ogólnych. Péan w r. 1863 obserwował chorobę w mowie będącą przy przeistoczeniu kaszkowatém tętnie (ateromasia). Désol w dwóch wypadkach, toż samo spostrzegal. Zdaje się więc, że upośledzone odżywianie w skutku powyższych zmian tętnie stanowczo wpływa na wykształcenie się w mowie będącego cierpienia. Nadużycie napojów spirytusowych, dyatezy goścowa i dnawa najwięcej wpływają na powstawanie powyższej zmiany w tętnicach, to téż i wypadki wrzodu przeziurawiającego najczęściej były spostrzegane u osób dotkniętych goścem i dną, jako téż i u pijaków.

Zestawiając swój wypadek ze spostrzeżeniami Péan i Désol, jako też z opisem tejże choroby u pewnego wojskowego z upośledzonym odżywianiem, podanym przez Mackera, Marquez dochodzi do wniosku, że główną przyczyną wrzodu przedziurawiającego stopy jest upośledzone odżywianie w skutku nadużycia napojów spirytusowych, w którym to razie zaziębnienie i inne czynniki, jako tylko przyczyny powodowe (causae occasionales) bardzo łatwo wywołują powyższe cierpienie.

Zdanie to popiera krótkim opisem tejże choroby u pewnej osoby 61 lat liczącej, oddawna dotkniętej cierpieniem goścowym; w końcu opierając się na spostrzeżeniach Marcha

(de Calvis) twierdzi, iż wrzód przedziur. łatwo się rozwija u osób dotkniętych cierpieniem dnawem (arthritis), których krew obfituje w kwas moczowy, jako też i przy słodkomoczu (glycosuria).

W końcu dodaje: bądź co bądź faktyczne wykazanie zmian naczyń przy powyższem cierpieniu znacznie zmniejszyło rolę odcisków przy wyjaśnianiu patologii wrzodu przedziurawiającego. Symetryczność w zajęciu części po obu stronach ustroju, powstawanie tej choroby nie tylko na stopach lecz i na rękach jeszcze bardziej zmniejszają znaczenie przyczyn miejscowych. Choroba ta, zajmując najbliższe miejsce w kadrach nozologicznych obok zgorzeli starców (gangraena senilis), zasługuje na szczególną uwagę ze względu swój patologii i trudności leczenia.

(Gaz. Med. de Strasbourg. N. 7 Juillet. 1866 r.)

Dr. I. Kwaśnicki.

Przyczynek do nauki o samodzielném rozlaném zapaleniu szpiku kostnego.

(*Osteomyelitis spontanea diffusa*).

przez Dra Hermana Demme.

(Ciąg dalszy).

Przystępując następnie do opisu zmian anatomicznych zachodzących przy samodzielném rozlanem zapaleniu szpiku kostnego, autor rozróżnia tu następujące formy:

1. *Osteomyelitis diffusa simplex, suppurativa, tuberculosa, necrotica, sclerotica*, — przedstawiające te same zmiany co zapalenie ograniczone, od którego różni się tylko większą rozległością, częstszym współudziałem przyległego stawu i cięższymi objawami ogólnymi.

2. *Osteophlebo-thrombosis diffusa, analogiczna cum phlegmasia alba dolente*, która może doprowadzić do zapalenia żył kostnych i tkanki je otaczającej.

3. *Osteomyelitis septica*:

4. *Osteomyelitis pyemica*; które to dwie ostatnie, nie uważa właściwie za oddzielne formy, ale raczej za zejścia (exitus) w dwóch pierwszych mogące mieć miejsce.

W pierwszej formie mamy naprzód przekrwienie szpiku kostnego na znacznej przestrzeni, następnie surowicy lub surowiczo-krwisty nasięk (infiltratio) jego substancji. Tkaneczka łączna szpiku zaczyna bujać, komórki jej prędko rozplývają się w ropę, a wrzadkach tylko wypalkach wytwarzają się z niej na granicy zapalenia zbitye granulacye z nowo tworzącymi się naczyniami, jak to bywa zawsze przy zapaleniu ograniczonym. Niema tu więc zamknięcia i odgraniczenia miejsca chorego od części zdrowych; zapalenie łatwo się rozszerza, produkta zapalne rozlewają się bez przeszkody na większej przestrzeni, a ztąd i ciśnienie produktów na tkankę kostną jest mniejsze niż przy zapaleniu ograniczonym, skutkiem czego krokiewki jamiek kostnych nie tak prędko zostają zniszczone.

Tłuszcz oswobadza się i w postaci kropelek zmieszany zostaje z produktami zapalenia. Z postępowaniem procesu chorobnego przychodzi wreszcie do zaniku warstwy gębczastej kości skutkiem jej zgorzeli i stopienia, a rzadziej skutkiem owrzodzenia, tak iż w okolicy zapalenia może pozostać sama tylko zbitya warstwa korowa. Często jednak w późniejszym nawet okresie choroby znajdujemy jeszcze substancję gębczastą kości nienaruszoną, a szpik zropiały lub posokowato rozpadnięty. Rzadko w tej formie zapalenia tworzą się wielkie zebrania ropy, częściej przychodzi do infiltracji ropnej.

Już po przejściu zapalenia w ropienie, ropa może się jeszcze częścią zrezorbować, częścią przejść w skredowacenie, a wtenczas kość przedstawia stan opisany przez Nélatona pod nazwą: *infiltratio tuberculosa diffusa ossis*. Albo też bujająca tkanka łączna może wytworzyć granulacye bogate w naczynia, które naprzód sprowadzają rozrzedzenie kości (*osteoporosis*) a następnie skutkiem skostnienia *sclerosis* części środkowej kości, lub utworzenie się leukonekrotycznych mass kostnych. Zejścia te rzadko są pierwotnymi, częściej mają miejsce następczo już po wydaleniu sekwestru, w którym to razie mają znaczenie lecznicze. Wreszcie w każdym okresie tego procesu może nastąpić posokowaty rozpad produktów zapalnych i septicemia, lub przez przeniesienie ich do odleglejszych naczyń włosowatych embolia i pyemia.

Forma ta zapalenia rozlanego komplikuje się jeszcze z kilką ważnemi zmianami, jak zapaleniem okostnej, zajęciem sąsiedniego stawu, oddzieleniem epiphysium i phlegmone diffusum części miękkich otaczających kość chorą. Zapalenie okostnej może być:

a. Ropne (*periostitis suppurativa*) które rozciąga się zwykle tak daleko jak zapalenie szpiku kostnego. Zapalenie to bywa albo zewnętrzne, albo mięsaszowe, albo wewnętrzne. W pierwszym razie ropa nagromadza się między okostną a otaczającymi ją częściami miękkimi, czemu zwykle towarzyszy phlegmone diffusum infrafasciale, intermusculare lub subcutaneum; tylko peryferyczne warstwy okostnej są zwiotczone; głębokie, z których się kość odżywia, pozostają niezmiennione. Są to szczęśliwe wypadki, przy których warstwa korowa kości nie ulega chorobie, a po oddaleniu ropy na zewnątrz, okostna wytwarza nowe warstwy kostne, skutkiem czego stara kość znacznie grubieje. W formie mięsaszowej ropa znajduje się w postaci małych ognisk, lub nasięku pomiędzy zwiotczonymi włóknkami okostnej. Wyсіk występuje zewnątrz, lub pomiędzy okostną a kością; często okostna na znacznej przestrzeni przechodzi w gangrenę, i pływa w ropie w postaci płatków szarawych, albo też ulega processowi wrzodzenia. Z pomiędzy jej włókienek bujają wtedy granulacye, które wciskając się w kość i wzrastając ciągle łączą się z granulacyami wewnętrznymi wychodzącymi od szpiku, przezco szybko przychodzi do przedziurawienia kości. W formie wewnętrznej ropa zbiera się między okostną a kością, od której okostna się oddziela, co prowadzi do zgorzeli kości.

b. Włókniste, gdy na wewnętrznej powierzchni okostnej powstaje galaretowata warstwa blado-różowa, przechodząca w okostną, która tym sposobem ciągle grubieje i twardnieje.

c. Krwotokowe, raz tylko obserwowane w klinice Chassaigna c'a, gdy między kością a okostną występuje wylew krwisty z oddzieleniem okostnej od kości i zgorzelą tej ostatniej.

d. Wreszcie zapalenie okostnej osteoplastyczne, gdy granulacye wewnętrznej powierzchni okostnej przechodzą w tkankę kostną, i prowadzą do hyperplazji kostnej przez przywarstwianie, lub do utworzenia torebki sekwestralnej, albo wreszcie do połączenia napowrót oddzielonych epiphysów z kością.

Zajęcie stawu jest bardzo częstą komplikacją zapalenia szpiku kostnego. Autor odróżnia tu cierpienie pierwotne i następne. Do pierwszych zalicza zapalenie reumatyczne stawu, które poczyna się razem z zapaleniem szpiku kostnego lub przed nim; do drugich zdaniem jego należą:

a. ostra puchlina stawu, jako następstwo powiększonego ciśnienia w naczyniach włosowatych i żylnych błony synowialnej, w skutek zakrzepów w żyłach okostnej lub kości. Przyczem następuje zgrubienie błony synowialnej, rozpadanie nabłonka, bujanie strzępków, później jednak może nastąpić resorbcya płynu i restytucya stawu, lub przejście w którą z form następnych.

b. Empyema stawu, powstająca w skutek ropienia błony synowialnej. Stan ten może się zakończyć pomyślnie i bez wypuszczenia ropy.

c. Głębokie destrukcyjne zapalenie w skutek utworzenia się zatorów w naczyniach stawu. Ropienie ma wtedy charakter posokowaty, tworzą się głębokie owrzodzenia błony synowialnej i chrząstek, granulacya strzępków, owrzodzenie kości (*caries*) i zgorzel.

d. Zapalenie stawu przez bezpośrednie przeniesienie procesu z jamy szpikowej na epiphysy i ich chrząstki, które zostają sitowato, przedziurawione, produkta ropne posokowate wlewają się do stawu i wywołują jego zapalenie.

Trzecia i czwarta forma w szczęśliwych wypadkach kończą się zrośnięciem stawu (*ankylosis*); pierwsza i druga mogą niepozostawić po sobie śladu.

Oddzielenie epiphysów może być niezupełne, to jest: zgięcie, skrzywienie,—i zupełne które może nastąpić w kości pierwotnie zajętej lub w przyległej. Przyczyną oddzielenia epiphysów kości pierwotnie zajętej, jest najczęściej rozszerzenie ropienia, wrzodzenia lub granulacyj ze szpiku kostnego na błonę odgraniczającą (*Membrana limitans pulposa*) epiphysy. Co zaś do wystąpienia tego procesu na przyległej kości, główną przyczyną jest zwykle przeniesienie ropnego zapalenia okostnej na kość tę, oraz zakrzepy i zatory naczyń z następczemi zapaleniami. Zdaje się że to oddzielenie miewa miejsce tylko tam, gdzie jeszcze nie nastąpiło kostne połączenie między kością a epiphysami, co dla kości udowej często dopiero w 26 roku życia

następuje. Jeśli oddzielenie epiphysów jest tylko częściowe i pośrednia warstwa odżywiająca nie jest całkiem zniszczona, to zupełne połączenie się ich napowrót z kością jest możebne, i następuje albo przez fizyologiczną synostozę, lub wytworzenie się kostniny (callus), przy czem ma miejsce znaczne zgrubienie na granicy epiphysów oraz przedłużenie kończyny. Przy oddzieleniu zupełnem, połączenie długo utrudnione być może przez rozwiniętą na końcach obu otlanków zgorzel. Inną razą tworzy się tylko włókniste połączenie otlanków i pozostaje staw fałszywy. Wreszcie oba otlanki mogą się zbliżyć, wygładzić, zaokrąglić, pokryć wyrostami kostnymi, i wtedy połączenie nie jest już możebnem.

Zapalenie tkanki łącznej (phlegmone) części miękkich otaczających kość chorą daje powód tworzeniu się wielkich ropni między mięśniami, najczęściej na dolnej części wewnętrznej powierzchni uda; mięśnie wśród ropy leżą jakby odpreparowane. Czasem ogniska ropne w częściach miękkich komunikują z takimiż ogniskami pod okostną położonemi. Przy czystej formie zapalenia szpiku, ropa jest rzadka, dużo tłuszczu zawierająca, ale niekoniecznie posokowata, jak to utrzymują Kloss i Chassaignac; taka ropa bywa zwykle przy zakrzepowém zapaleniu z powodu przymieszki rozpadającej się krwi. Przy znacznych zebraniach ropy między mięśniami, gdy odprowadzenie jej na zewnątrz przez odpowiednie cięcia będzie zbyt opóźnione, to mięśnie oblane naokoło przez ropę mogą ulec zanikowi lub degeneracyi, a wtedy stapiają się z sobą, i na przecięciu przedstawiają masę twardą połyskującą jak ściegno, z ciemno brązowemi ściśniętymi wiązkami pierwotnemi, — usianą prążkami żółtymi, stłuszczone. Co wszakże nie jest ani stalém ani bardzo częstém.

Druga forma rozlanego zapalenia szpiku kostnego osteophlebothrombosis może być albo pierwotna, albo następuje gdy występuje jako zejście pierwszój. Pierwotna bywa zwykle po naruszeniach ciągłości kości, jak przy złamaniach zmiążdżonych, amputacyach. Zakrzep w żyłach szpiku kostnego czy to pochodzi z pierwotnego przekrwienia, czy też z zatkania zatorowego, lub krwotokowego infarktu, prędko rozszerza się na znacznej przestrzeni zajmując gęstą siatkę żylną szpiku i substancji gąbczastój, i dochodzi nawet do żył okostnej i drobnej siatki naczyń tkanki łącznej mięśniowój i międzymięśniowój. W tym okresie choroby na przecięciu kości spostrzegamy nasięk (infiltratio) tkanki łącznej ze znaczną ilością wolnego tłuszczu oswobodzonego ze swych histologicznych związków, obfite krwotokowe infarkta i większe wylewy krwi w różnych stopniach przeobrażenia, w których dają się wysledzić robakowate skrzepy wychodzące z otwartych gałązek żylnych i rozszerzające się aż do kanalików Haversa. Ciemna sino czerwona napęczniała i tłuszczem nasiąknięta masa szpikowa, oddziela się łatwo od ścian kanału kostnego. Rozłożony barwnik krwi nasiąkający kość barwi ją brunatno-zielonawo i czarniawo. Tkanka ścian żylnych rozmięczona i łatwo dająca się rozdrzeć, lubo w budowie swój niezmiennona. Ani w ścianach naczyń, ani w leżącej między nimi tkance łącznej niema wcale nowych produktów komórkowych, lubo wiele ciałek tkanki łącznej przedstawia się bardzo napęczniałemi.

Z początku krążenie oboczne (circulatio collateralis) odbywa się przez naczynia przyległej partyi zdrowego szpiku i okostnej oraz przez powierzchowne żyły, lecz przy znacznem rozszerzeniu processu, rzadko drogi te są dostateczne, zwłaszcza gdy przy postępie zatorów i zakrzepów i większe oboczne żyły zamknięte zostaną. Wtedy występuje nasięk okostnej, surowicze wylewy do stawów, części miękkie obrzmiewają, skóra staje się brudno biała, ciastowata, dotknięcie sprawia silny ból. Nieraz je lnak nim przyjdzie do puchliny powierzchownych części występują objawy zapalenia żył, pyemii lub septycemii i śmierć. Z drugiej zaś strony nawet i w tym peryodzie puchliny powierzchownej może nastąpić cofnięcie się processu; płyn nasiękujący tkanki może się zresorbować, wylewy krwiste częścią przechodzą w stłuszczenie i wsiakają, częścią otorbiają się w postaci ciemno zabarwionych ognisk. Część żył pozostaje zatkana, inne odzyskują swoje światło i łączą się z siatką naczyń obocznych. Często pozostają przez jakiś czas jeszcze zakażenia cyrkulacyjne zwłaszcza chroniczna puchlina, prowadząca do przerostu tkanki łącznej, która w okolicy kości może przejść w skostnienie.

(D. c. n).

Wiadomości bieżące.

— *Leczenie chorób gorączkowych zimną wodą* należy wprowadzić do dawniejszych metod terapeutycznych, pomimo to wszakże nie zdołało pozyskać sobie tak rozpowszechnionego użycia, na jakie w rzeczy samej zasługuje.— Przyczyną tego bywa uprzedzenie, albo przesąd i niewytlumaczona obawa, albo nierozsądny wzgląd na bojaźliwą publiczność, albo niedowierzenie zbyt niemi pochwałami hydropatów wywołane, albo wreszcie niewiadomość właściwego działania tego środka prawdziwie heroicznego.— Nowoczesne badania nad gorączką, dały powód do troskliwego dociekania skutków zimna na sprawę gorączkową, co w niedalekiej przyszłości bardzo zbawienne niewątpliwie wyda owoce.

Nader udatną próbkę tego rodzaju doświadczeń podaje Dr. T. Jürgensen w wydanej świeżo broszurze, „*Klinische Studien über die Behandlung des abdominaltifus mittels des kalten Wassers. Leip. 1866.*” — W dziełku tém odznaczającym się gruntowną wiadomością obecnego stanu nauki i rzetelnością obserwacji, przedstawia autor rezultat leczenia tyfusu za pomocą zimnej wody w oddziale akademickim szpitala w Kiel, zostającego pod kierunkiem prof. Bartels, którego autor jest asystentem. Z liczby 160 chorych tym sposobem leczonych, umarło 5 (t. j. 3⁰/₁₀₀) z których 3, w późnym dopiero okresie choroby, kuracyj poddani zostali.— Sama ta cyfra śmiertelności, w tyfusie dotąd niepraktykowana, jest najmowniejszym dowodem skuteczności środka, zważywszy, że rozpoznaniem choroby kierował tak dobrze znany w literaturze professor. Stosunek ten przedstawia się tém widoczniej, kiedy statystyka innych metod leczenia tyfusu w tymże samym oddziale, obejmująca 330 chorych wykazała 51 umarłych (95, 4⁰/₁₀₀). Sposób użycia zimnej wody polegał na zastosowaniu zimnego natrysku kroplistego (Regendouche) przez 2—3—15 minut, a w ostatnich czasach zimnej wanny. Nierównie łatwiej, a może i skuteczniej zastosować można zimno, wedle pomysłu Ziemssen'a (Centralblatt N. 41, 1866) użyciem kąpeli ciepłych do 28⁰ R, do których dolewa się stopniowo zimna woda, dopóki temperatura kąpeli nie ochłodzi się do 18—19⁰ R. Chłodzenie chorego odbywało się kilka razy dziennie (8—10—11), a troskliwe mierzenie temperatury wykazywało zawsze wyraźne opadanie gorączki. Liebermeister (Archiv f. Klin. Medizin II Bd. IV. V. H.), robi słuszną uwagę, że przy pomocy innych środków przeciwgorączkowych, liczba owych natrysków może być pomniejszoną, jakkolwiek doświadczenie nauczyło, że chorzy nawet te częste natryski bardzo dobrze znosili. Skuteczność metody objawiała się obok małej śmiertelności jeszcze w tém, że choroba przebiegała śród bardzo łagodnych objawów nerwowych, rzadkich komplikacyj i stosunkowo szybkiej rekonwalescencyi.

— Dr. A. B. Steele w Brit. med. Journ. N. 306, z roku 1866 ogłasza, że u pewnego czteroletniego chłopczyka mającego przepuklinę pachwinową zaciśniętą, gdy zwykle usiłowania odprowadzenia nie odniosły skutku, puścił na miejsce guza strumień sproszkowanego eteru za pomocą przyrządu Richardsona, i gdy część ta znieczuloną została, redukcya z łatwością uskutecznić się dała. Fakt ten odkrywa nowe ważne pole zastosowania anestezyi miejscowej w wypadkach, które z powodu wstępu chorych do operacyi krwawych i spóźnionej skutkiem tego pomocy, tak często śmiercią się kończą.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedycya i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
