

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W Redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1875 do 1 stycznia 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1876 r. rsr. 168 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

**TREŚĆ:** Rozprawy naukowe. O uszkodzeniach oka, z szczególném uwzględnieniem orzeczeń sądowo-lekarskich. Przez Dra *Ferdynanda Arlt'a*, prof. okulistyki w Uniw. Wiedeńsk. Podał Dr *Jan Buszek* (dalszy ciąg). — Sprawozdanie (2-gie) z działalności lekarskiej szpitala S-go Antoniego za rok 1874. Podał *Mieczysław Gruell*, lekarz tegoż szpitala (dalszy ciąg). — Kronika zagraniczna. Rozbiór przypadłości zagrażających życiu chorego. Przez Dra *Bock'a* (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Wspomnienie pośmiertne ś. p. *Puternickiego*. Termometrya. Choroby zaraźliwe ostre — Dodatek. *Historya medycyny ark. 17. Medycyny sądowej T. II, ark. 56 i 57. Choroby zaraźliwe ostre T. II. ark. 37, 38, 39 i 40, Tytuł i spis rzeczy. (Dzieło skończone).*

## O uszkodzeniach oka, z szczególném uwzględnieniem orzeczeń sądowo-lekarskich.

Przez Dra *Ferdynanda Arlt'a*, profesora okulistyki w Uniwersytecie Wiedeńskim.

Podał Dr *Jan Buszek*.

(Dalszy ciąg).

Rokowanie i leczenie. Nadwichnięcie soczewki pociąga za sobą zawsze trwałe upośledzenie wzroku, połączone w najlepszym razie z niezdolnością do dokładnego widzenia, mianowicie do czytania, pisania, szycia i t. p. Według doświadczenia, daje nadwichnięcie wcześniej lub później (po wielu latach) powód do zaćmienia soczewki, a to samo od siebie albo w skutku równoczesnych zmian w naczyniówce lub ciałku szklaném, albo też zamienia się z wolna samo od siebie lub po nieszkodliwych zresztą wstrząśnieniach w zwichnięcie zupełne. (Porównaj § 16 i 17).

Nie ma podobieństwa do prawdy, aby pęknięcie obwódki Zinna, które spowodowało skrócenie się lub usunięcie soczewki, mogło się znów tak zbliżyć, iżby soczewka odzyskała prawidłowe położenie i utwierdzenie. Nie jest też do prawdy podobném, aby następstwom zapobiegnać można na pewne odpowie-



dniem zachowaniem się. Przekroczyłbym granicę niniejszej pracy, gdybym chciał rozwodzić się nad tém, pod jakimi warunkami można później stan uszkodzonego zrobić znośnym i mniej niebezpiecznym wycinając kawałek tęczówki (*iridectomy*),<sup>2</sup> podwiązując takową (*iridesis*) lub wydobywając soczewkę. Bądź co bądź oko takie będzie już na zawsze kaleką.

§ 15. Zwichnięcie soczewki. Soczewka wyrwana zupełnie ze swojego połączenia może się przez niejaki czas tak zachowywać, jak gdyby za pomocą obwódki Zinna była jeszcze częściowo przyczepioną do wyrostków rzęskowych, po prostu skręconą albo zarazem mniej więcej usuniętą; wcześniej lub później zwykła ona jednak zmieniać znacznie swoje położenie, jeżeli się to już w chwili uszkodzenia nie stało. Zdarzają się także przypadki, w których zwichnięcie soczewki zrazu niezupełne, zamienia się na zupełne samo od siebie, albo po nowém wstrząśnieniu oka.

Soczewka zwichnięta zupełnie może zostać przezroczystą przez tygodnie, miesiące, a nawet lata. Jeżeli doznała znacznej zmiany położenia, znajdujemy ją na dnie ciała szklanego, które w takim razie jest zawsze rozwodnione, albo w komórcie przodkowej, albo zagłobioną w otworze źrenicznym.

W jednym przypadku widziałem po uderzeniu oka lewego soczewkę przesuniętą ku górze wewnątrz i do tęczówki przypartą, a przy tém źrenicę mocno jak po atropinie rozszerzoną, tak iż przez część źrenicy mającą postać sierpa, a położoną ku dołowi zewnątrz, widzieć można było dno oka lubo niedokładnie. Wyjątkowo była soczewka zwichnięta nieruchomą; oko było twardsze. Chory liczył palce tylko na 5 stóp; przez mały otworek w ciemnej płytce rozpoznawał tylko N. 10 Jaegera. Innych zmian nie znaleziono.

Soczewka może także przejść z jednego z wymienionych położeń w inne, może naprzemian układać się przed tęczówką lub za nią \*). Przypadki, które to wznieca, mogą być pomijając zboczenie dioptryczne przez długie nawet lata nieznaczne, ale mogą też spowodzić ślepotę (*amaurosis*), uporczywe zapalenie jagodówki, a nawet zropienie gałki ocznej.

Przytoczyłem już w § 4, że przez rozpęklinę twardówkową wypada soczewka (zazwyczaj bez torebki) pod spojówkę, tudzież że mimo takiej rozpękliny pozostać może w całości albo częściowo w oku (w pobliżu rozpękliny ciała rzęskowego).

§ 16. Obecność soczewki przezroczystej; w komórcie przodkowej łatwo poznać po barwie jasno żółtej i połysku jęj brzegu. Nie wypełnia ona nigdy komórki przodkowej zupełnie chociaż wypiera tęczówkę ku tyłowi. (Porówn. § 11 i 12). Jeżeli soczewka zaćmiła się i później,

---

\*) Przez dłuższy czas spostrzegalem pewnego stolarza z soczewką pogrążoną w ciało szklane, który choć czytać trzymał książkę blisko piersi, a to w tym celu, aby soczewka przez zwrócenie osi widzenia ku dołowi układała się za tęczówką (Arlt. Krankh. des Auges. Prag. 1856. III, p. 5).



często dopiero po wielu latach od czasu uszkodzenia dostała się do komórki, wtedy znachodzimy ją w skutku stłuszczenia i złogów wapiennych na wewnętrznej powierzchni torebki najczęściej znacznie zmałała, białą jak kręda, nierówną, to bardziej kulistą, to znów podobną do łożyska. Może ona być wolną i ruchomą, ale bywa także uwięzłą i przyczepioną do rogówki lub tęczęwki.

Jeżeli soczewka w czasie opadnięcia do komórki było już zaćmioną, to chory spostrzegł już przed tém nie tylko upośledzenie wzroku, ale także (wyraźne, najczęściej białe) zaćmienie w źrenicy. R o z p o z n a n i e nie jest za tém nigdy trudne.

R o k o w a n i e. Soczewka leżąca w komórce przodkowej może z czasem zaćmić się i zmaleć, ale nigdy wessać. Jeżeli długo leży na dnie komórki, a więc przylega do rogówki, to zaćmiewa się odpowiednia część rogówki, a zaćmienie to nie wyjaśnia się nigdy, nawet po wydobyciu soczewki. Zauważano także, że ta część rogówki rozmięka z czasem galaretowato i niszczy skutkiem wrzodzenia. Chociaż takie soczewki bywają często przez lata znoszone bez szczególniejszych dolegliwości, to znów w wielu przypadkach, wznecają one przewłoczne zapalenie tęczęwki i ciała rzęskowego z mniej lub więcej gwałtownymi napadami bólów. Naprzód wytwarza się wypocina surowicza w miejscu zajmowaném dawniej przez soczewkę, pas twardówki odpowiadający ciałku rzęskowemu ulega rozmięczeniu zapalnemu, a gałka oczna przybiera postać gruszki, albowiem ścięczała i wydęta część twardówki dozwala podstawie rogówki połową, albo całym swoim obwodem wysunąć się ku przodowi. Następnie może i w ciałku szklaném pojawić się wypocina surowicza, ucisk śródoczny może się zwiększyć i zprowadzić ślepotę jaskrową (wydrażenie uciskowe nerwu wzrokowego), mimo to może przyjść do zwapnienia soczewki w wysokim stopniu, a przecież obejść się bez znaczniejszych zmian w tylnym odcinku gałki ocznej. W pierwszych latach mojej praktyki wydobyłem wędrownemu muzykantowi za pomocą cięcia płatowego soczewkę niemal zupełnie zwapniałą, leżącą od wielu lat w komórce, tak iż mógł znów chodzić bez przewodnika (drugie oko było w stanie zaniku); okulary zaćmowe mało mu pomagały, zapewne z powodu zaćmienia rogówki poniżej środka, w miejscu do którego zaćma przylegała.

L e c z e n i e. Opadnięcie soczewki razem z torebką nienaruszoną wymaga bezwarunkowo wydobycia za pomocą cięcia łukowego ku dołowi. Nie należy czekać dłużej nad czas potrzebny do ustąpienia obrzmienia (*chemosis*) wywołanego przez uszkodzenie. Chory powinien na pół siedzieć, aby soczewka nie wpadła przez źrenicę ku tyłowi. Czy nóż przeprowadzić przed, albo po za soczewką, albo może przez nią samą, może operujący rozstrzygnąć najczęściej dopiero podczas cięcia. Najlepszym narzędziem jest wążki nożyk Beera, bo sprawia najmniejsze względnie naprężenie. Rana powinna być dostatecznie dużą, aby soczewka łatwo wystąpić mogła; a jeżeli nie występuje sama zaraz po ukończeniu cięcia, należy ją wydobyć łyżeczką Daviela, haczykiem albo szczypcykami. Ucisk wywierany na takie oko mógłby łatwo sprowadzić znaczną



utrata ciała szklanego. Wydobywanie soczewki za pomocą cięcia liniowego byłoby z tego powodu niebezpiecznym.

§ 17. Pograżenie soczewki w ciałku szklanym może być niekiedy łatwym do rozpoznania, ale też niekiedy z powodu równoczesnego krwotoku wewnętrznego bardzo trudnym, a nawet do czasu zgoła niepodobnym. Jeżeli niema ani krwotoku, ani przerwania, ani porażenia, oko takie zachowuje się jak oko pozbawione tylko soczewki, tęczęwka leży głębiej i cała w tej samej płaszczyźnie (co zresztą wydarza się w przybliżeniu tylko u krótkowidzów), a drga mocno za każdym nagłym ruchem gałki ocznej: źrenica jest wązka i uderzająco czarna, jeżeli tylko soczewka leżąca w ciałku szklanym, ale blisko za tęczęwką, nie zakrywa mimo prawidłowej przezroczystości jakiejś części otworu źrenicznego. Soczewka gatunkowo cięższa od ciała szklanego leży na obwodzie gałki ocznej, najczęściej mianowicie przed jej równikiem blisko dolnej ścian, i zmienia swoje położenie za każdym nagłym ruchem oka, jeżeli np. oko zwróci się szybko ku górze, soczewka wzbija się w górę i naprzód, a opada zaraz potem w tył i na dół. Jeżeli nie ma przeszkód ze strony siatkówki albo środków przepuszczających światło, widzi chory leżąc w znak soczewkę jako cień, który ona rzuca na siatkówkę, a trzymając głowę dłuższy czas pochyloną ku przodowi może sprowadzić soczewkę prosto po za źrenicę. (Porównaj § 13 i 14). Jeżeli wreszcie źrenica nie jest zbyt wązka, a środki łamiące czyste, poznać można łatwo soczewkę przezroczystą po zjawiskach odbijania się światła przytoczonych w §§ 13 i 14, zaćmioną zaś po jej wielkości, postaci i barwie za pomocą zwierniaka.

W dodatku możnaby jeszcze brak obrazów Purkiniego uważać za dowód nieobecności soczewki tuż za tęczęwką.

Rokowanie i leczenie. Jeżeli oko nie doznało zresztą żadnego innego uszkodzenia, może ono bez soczewki odbywać swoją czynność długie nawet lata. Ale może też prawdopodobnie z powodu drażnienia tęczęwki i ciała rzęskowego popaść w przewlekłe zapalenie z wypociną surowiczą i oślepnąć wskutku jaskry. Chcąc się dostać do komórki przodkowej może soczewka uwięznięć po drodze w źrenicy, a wtedy wydalić ją ztamtąd potrzeba koniecznie, jeżeli oko nie ma zniszczyć zupełnie wskutku gwałtownego zapalenia. Jeżeli soczewka ma być wydobyta, najbardziej jest pożądanym, żeby opadła do komórki przodkowej. Mocne rozszerzenie źrenicy i kilkakrotne lekkie stukanie w oko podczas przechylenia głowy ku przodowi, mogą sprowadzić takie opadnięcie, poczem należy się postarać o mocne zwięzienie źrenicy za pomocą kalabaru. Wtedy przystępuje się do wydobycia soczewki (według opisu w § 16), lecz trzeba się przygotować w każdym razie na mniejszą lub większą utratę ciała szklanego. Rozcięcie torebki (*discissio*) w ciałku szklanym jeżeli nie jest prostym niepodobieniem, to jest rzeczą bardzo trudną, a naraża oko na równe niebezpieczeństwa, jak wydobywanie soczewki połączone z utratą ciała szklanego.



§ 18. Udział siatkówki w stłuczeniu albo wstrząśnieniu gałki ocznej. Gdy w przypadkach upośledzenia wzroku po takich uszkodzeniach, nie zdołano ani gołym okiem, ani za pomocą wziernika wykryć zmian odpowiednich, a nadto nie było oznak pozwalających odnieść się do zmian w jamie czaszkowej, mówiono nie tylko przed, ale i po zaprowadzeniu badania wziernikowego aż do najnowszych czasów o wstrząśnieniu siatkówki (*commotio retinae*) chcąc wytłumaczyć upośledzenie wzroku bądź przemijające, bądź trwałe, i przypuszczano przy tém albo lekkie wzruszenie pierwocin siatkówki (warstwy czopków i pręcików) albo też wpływ nerwów naczyńioruchowych porażonych skutkiem wstrząśnienia. Dr Berlin ma tę zasługę, iż wykazał bezzasadność tego przypuszczenia i utorował drogę ścisłemu badaniu tej zagadkowej sprawy. Dla tych, którym nie są przystępne *Klin. Monatsbl. Zehendera*, podaję tutaj krótki wyciąg rozprawy Dra Berlina: „Zastanawiając się nad rozmaitemi postaciami tak zwanego wstrząśnienia siatkówki, musimy pod względem przyczyn odróżnić dwa działy, to jest takie przypadki, w których jedynie albo głównie brzeg oczodołu i takie, w których jedynie gałka oczna ugodzoną została. Pomijam tymczasem przypadki, w których nie można nic pewnego wysledzić, mianowicie przypadki wstrząśnienia od pioruna albo mimo strzału, ponieważ zbyt mała ilość takich jest znaną, aby z niej sądzić można o sposobie powstawania takich uszkodzeń.

„Nie mogę także wdawać się tutaj w sąd o domniemanym związku między obrażeniem nerwu nadoczodołowego a ślepotą.“

„Co do I-go działu, to większej części tych przypadków towarzyszą takie objawy mózgowe, że mamy wszelkie prawo przypuścić obrażenie nerwu wzrokowego pośrednie albo bezpośrednie, najczęściej poza otworem wzrokowym, albo też jego środków. Brak atoli objawów mózgowych nie wyklucza jeszcze wcale uszkodzenia nerwu wzrokowego. Dotąd nie widziałem jeszcze ani jednego przypadku należącego do tego działu, w którymby po upływie dłuższego czasu nie były wystąpiły wziernikowe oznaki zaniku nerwu wzrokowego“

„Z większem podobieństwem do prawdy przypuścićby można wstrząśnienie siatkówki w tych przypadkach, w których narzędzie tępe ugodziło wprost samo tylko oko. Gromada tych przypadków dzieli się na takie, w których upośledzenie wzroku jest bardzo wysokiego stopnia, stałe albo przynajmniej długotrwałe, a najczęściej połączone z upośledzeniem widzenia obocznego i na takie, w których znajdujemy nieznaczne i najczęściej już po kilku dniach zupełnie ustępujące upośledzenie tylko samego widzenia naosnego.“ „Opierając się na licznych spostrzeżeniach zgadzam się ze zdaniem Geisslera i Knappa, według którego nadzwyczaj rzadkie są przypadki ślepoty, albo mocnego upośledzenia wzroku zrządzone przez wstrząśnienie samego oka, w którychby nie było żadnych zmian wziernikowych.“

Co do wytłumaczenia lżejszych przypadków przypuszczeniem wzruszenia pierwocin tkaniny, to takowego nie udowodniono ani co do siatkówki, ani co



do mózgu, a co się tyczy przypuszczenia, że nerwy naczynioruchowe ulegają porażeniu, to Berlin nie mógł nigdy przekonać się o rozszerzeniu ani tętnic, ani żył, a to mimo najstaranniejszego porównywania z okiem zdrowym (tak u ludzi, jak u królików). Na podstawie spostrzeżeń i doświadczeń, które zaraz przytoczę, przypuszcza Berlin, że we wszystkich przypadkach, w których po wstrząśnieniu gałki ocznej powstaje szybko przemijające nieznaczne upośledzenie widzenia naocznego bez niestosunkowego przytępienia widzenia obocznego mamy do czynienia z przemijającą nieregularną niezbollahnością (*astigmatismus*). Przypuszczenie to opiera się częścią na spostrzeżeniu, że w tych przypadkach tęczęwka opiera się zawsze działaniu atropiny, częścią zaś na zmianach dostrzeżonych w przodkowym odcinku oczu królików użytych do doświadczeń. Jeżeli mniej więcej twardy i tępy przedmiot ugodzi gałkę oczną, a nie uszkodzi wyraźnie ściany albo wewnętrznych części oka, znajdujemy przedewszystkiem zaraz po zadziałaniu urazu mierne przytępienie widzenia naocznego bez niestosunkowego upośledzenia widzenia obocznego; w ósmiu przypadkach tego rodzaju, w których nie było ani starcia przybłonka rogówkowego, ani małych wynaczynionek w komórce przodkowej, równała się bystrość wzroku  $\frac{15}{100}$  do  $\frac{15}{40}$ . Równocześnie zauważyłem bez wyjątku mocne nastrzykiwanie dokoła rogówki i wysokiego stopnia obojętność zdziergacza źrenicy na działanie atropiny. Około godziny później spostrzegałem w pewnym miejscu dna oka szare obłoczki i zaćmienie, które się skutkiem zlewania mniejszych plam szybko powiększało i wzmagalo, tak iż przybierało śnieżno-białą barwę; w dwóch przypadkach znalazłem w pobliżu tego zaćmienia małe wynaczyniówki. Zaćmienie to było w 4 przypadkach w okolicy tarczy i plamki żółtej, w 2 przypadkach w polowie zewnętrznej dna oka, a w 2 innych znalazłem po dwa odosobnione odcinki siatkówki zaćmione; w tych dwóch przypadkach zajmowało jedno zaćmienie przodkową, drugie zaś tylną część siatkówki. Zaćmienie dochodziło zwykle w 24 do 36 godzinach do swojego szczytu, a znikało bez śladu po dwóch albo trzech dobach.

Umieszczenie się zaćmienia w okolicy plamki żółtej, albo w obwodzie siatkówki, nie miało wpływu na stopień upośledzenia wzroku, a to ostatnie zmniejszało się już zawsze w czasie, w którym zaćmienie siatkówki jeszcze się wzmagalo, albo na szczycie swojego rozwoju stało. Wzmaganie się bystrości wzroku postępujące szybko w pierwszej dobie odbywa się później zwolna, tak iż po ustąpieniu zupełnym zmian wziernikowych bystrość wzroku równa się zwykle jeszcze przez kilka dni tylko  $\frac{1}{2}$  albo  $\frac{1}{3}$ .

W pierwszych godzinach po zadziałaniu urazu nie widziałem nigdy, nawet po 6—8 razowym zapuszczeniu atropiny, zupełnego rozszerzenia źrenicy. To zadrażnienie zdziergacza źrenicy zmniejsza się wprawdzie szybko, ale utrzymuje się tak, jak i upośledzenie wzroku, chociaż w średnim stopniu dłużej, aniżeli zmiany wziernikowe w siatkówce, a w miarę jak ono ustępuje, zdaje się



powracaś siła wzroku. Zmian w napięciu gałki ocznej nie mogłem nigdy stwierdzić.“

(Dalszy ciąg nastąpi.)

## Sprawozdanie (2-gie) z działalności lekarskiej szpitala Ś-go Antoniego w Włocławku, za rok 1874.

Podał Mieczysław Gruell, lekarz tegoż szpitala.

(Dalszy ciąg).

Ś m i e r t e l n o ś ć. Na 619 chorych, leczonych roku zeszłego, wyzdrowiało zupełnie 460, a polepszenia doznało 64, czyli razem cel leczenia osiągnięty został w 84,8% wypadków, bez polepszenia wyszło 22 (3,6%); umarło 73 (11,6%).

Rozpatrzmy teraz stosunki śmiertelności odpowiednio do zatrudnienia, wieku i płci.

Z 282 żołnierzy umarło 11, czyli 3,9%.

Z 337 cywilnych umarło 62, zatem 18,4%.

Ta uderzająca przewaga śmiertelności ludności cywilnej nad śmiertelnością wojskowych, tłumaczy się tém, iż żołnierze są bez wyjątku ludźmi młodymi, i że skoro tylko zachorują natychmiast bywają do szpitala odsyłani; gdy tymczasem ludność cywilna składa się z indywiduów różnego wieku, i do tego przeważnie z zaniedbanemi chorobami do szpitala się udaje.

Co się tyczy śmiertelności samej ludności cywilnej w różnych okresach wieku, to takowa w r. 1874 w szpitalu naszym była następująca:

Od 1 do 9 lat	śmiertelność wynosiła	11,1%
„ 10 „ 19	„	14,0
„ 20 „ 29	„	10,3
„ 30 „ 39	„	10,3
„ 40 „ 49	„	30,8
„ 50 „ 59	„	26,5
„ 60 „ 69	„	35,0
„ 70 do najpóźniejszego wieku		50,0

Wreszcie co do płci, śmiertelność mężczyzn wynosiła 22,8%, kobiet zaś tylko 13,4%.

Stosunki śmiertelności odnośnie do wieku, wykazują stanowczo to tylko, iż od 40-go roku życia śmiertelność ze wszystkich chorób znacznie się powiększa; czy się jednak powiększa w takim stosunku, jak powyższa tablica pokazuje z jednorocznych spostrzeżeń wnioskować niepodobna. To samo i znacznie mniejsza śmiertelność kobiet aniżeli mężczyzn może być zależną jedynie od okoliczności czasowych, które w innych latach inaczej wypadną.



Wyszczególnione powyżej rodzaje chorób grupują się w taki sposób:

	Było.	Wyzdrowiało zupełnie.	Wyszło z polepsz.	Wyszło bez polepsz.	Umarło.
Dotkniętych chorobami wewnętrznymi	291	173	51	12	55=18 8%
„ „ zewnętrznymi	210	174	11	7	18= 8,5%
„ „ wenerycznymi	90	90	—	—	—
„ „ umysłowemi	7	2	2	3	—
Na obserwacji i rekonwalescentów .	21	21	—	—	—

Zatem na 100 chorych, którzy w r. 1874 w szpitalu przebywali, dotkniętych było: chorobami wewnętrznymi 47, chorobami zewnętrznymi—34, chorobami wenerycznymi—14,5, chorobami umysłowemi—1,1, wreszcie na obserwacji pozostawało 3,4. Śmiertelność z chorób wewnętrznych (18,8%) była znacznie większa aniżeli z chorób zewnętrznych (8,5%).

Zastanowimy się teraz nad każdą z wyżej podanych grup po szczególe, przytaczając ważniejsze wypadki z kazuistyki szpitalnej o ile możności przedmiotowo i treściwie, aby nie powiększać zbytecznie rozmiarów niniejszego sprawozdania.

### I. Choroby wewnętrzne.

Stosownie do narządów chorobą dotkniętych, choroby te rozkładają się w sposób następujący:

	Było.	Wyzdrowiało zupełnie.	Wyszło z polepsz.	Wyszło bez polepsz.	Umarło.
Z chorobami układu nerwowego . . . . .	11	3	5	1	2
„ narządu oddechania . . . . .	111	56	26	8	21
„ „ krążenia . . . . .	4	—	1	—	3
„ „ trawienia (wątr. i otrzew.)	53	39	7	1	6
„ „ moczowego . . . . .	25	8	2	2	13
„ zakaźnymi . . . . .	26	21	—	—	5
„ malaryjnymi . . . . .	21	21	—	—	—
„ organów ruchu . . . . .	26	22	4	—	—
„ krwi i odżywiania . . . . .	12	3	6	—	3
„ położowemi : . . . . .	2	—	—	—	2

1. Choroby układu nerwowego stanowiły blisko 1,8% wszystkich chorób spostrzeganych w roku ubiegłym w szpitalu. Bezwzględnie wystąpiły również w szczupłej liczbie wypadków i to różnorodnej formy, tak, że o ich przebiegu ani sposobie leczenia nie ogólniejszego powiedzieć się nie da. Śmiertelność z tych chorób wynosiła 2,8 śmiertelności ogólnej.



2. C h o r o b y n a r z ą d u o d d e c h a n i a reprezentowane były najliczniej; stanowiły bowiem 18% wszystkich chorób, a śmiertelność z nich wynosiła aż 28,7% ogólnej śmiertelności. Najwięcej ofiar zabrały sprawy suchotnicze, któremi dotknięci chorzy przybywają zazwyczaj do szpitala w bardzo późnym takowych okresie, przedstawiając materiał nader niewdzięczny dla terapii. Stosunkowo nie mały także kontyngens śmiertelności dostarczyły ostre zapalenia płuc, których w ubiegłym roku spostrzegaliśmy aż 30 wypadków, a z tych 7 zakończyło się śmiercią. Najwięcej chorych na zapalenie płuc (13) przybyło do szpitala w kwartale wiosennym (marzec, kwiecień, maj); najmniej (5)—w letnim. Co do płci, było: mężczyzn 21, kobiet 9. Wreszcie co do wieku: do lat 20—chorych 4-ch; od lat 20—50 chorych 22-ch; wyżej lat 50—4-ch. U chorych młodszych nad lat 50 choroba przebiegała najczęściej typowo, kończąc się nagłym upadkiem gorączki pomiędzy dniem 7 a 10—13; rzadziej stopniowo (*per lysin*). U starców gorączka zwykle przewlekła się dłużej i choroba najczęściej kończyła się śmiercią, bądź spowodowaną rozpadem płuc, bądź też upadkiem sił. I rzeczywiście, z 4-ga starców zapaleniem płuc dotkniętych jeden tylko, najmłodszy (50 letni) wyzdrowiał po długiej rekonwalescencji; trzech zaś inni (lat 60, 71, 80) umarli z obrzęku płuc, w 3 lub 4-m tygodniu choroby. Pozostałe 4 wypadki śmierci u ludzi młodszych nad lat 50 miały miejsce wśród następujących okoliczności: 1) 25 letni mężczyzna przebywszy szczęśliwie zapalenie płuc, które 9-go dnia zakończyło się krytycznie, umarł na 22 dzień choroby z róży i zgorzeli worka jądrowego, rozwiniętych podczas zdrowienia. 2) Mężczyzna 23 letni, rekonwalescent, po przebyciu silnego tyfusu, uległ ostremu zapaleniu płuc i opłucnej i umarł na 6 dzień choroby z wycieńczenia i porażenia serca. 3) Kobieta 42-letnia przybyła do szpitala na 15 dzień choroby, z obezsilającym zapaleniem płuc, i pomimo środków podniecających zmarła na 26 dzień choroby z upadku sił. 4) Mężczyzna 45-letni, pijak, przyniesiony konającym do szpitala, umarł tu po kilku godzinach a przy sekcji znaleziono zapalenie średniego i dolnego płatu prawego płuca.

Widoczną przeto jest rzeczą, że zapalenie płuc krupowe było groźnym tylko dla starców. Młodzi zaś ludzie, jeżeli nie są osłabieni wycieńczającą jaką chorobą, przebywali je pomyślnie.

Przy leczeniu zapalenia płuc krupowego kieruję się następującymi zasadami: W początkowym okresie u osób młodych i silnych, a w razie potrzeby i u osłabionych usiłuję zmniejszyć przekrwienie za pomocą miejscowego upustu krwi (12—20 baniek ciętych). Ogólny upust krwi wykonywałem w nader rzadkich tylko razach; przy bardzo silnym przekrwieniu płuc i duszności. Następnie zalecam przykładać okład ciepły na miejsce bolące klatki piersiowej; do wewnątrz zaś podaję lekki środek wykrztuśny (*Mixt. nitros. compt.*; *Inf. Ipecacuanhae*). Około 5-go lub 6-go dnia u osób silnych, a od samego początku u osłabionych i przy obezsilającym charakterze zapalenia używałem środków podniecających, z których najlepsze oddaje mi usługi *amonium carbonicum* (Dj do 3j na 3vj klejkiego rozcynu, co 2 godziny łyżkę). W razie wielkiego upadku sił przepisywałem je z wyskokiem, według następującej formuły:



Rp. *Dti Althaeae* ℥vj, *Amonii carbon.* ℥j, *Spir. Vini rfti*, *Syr. simpl.* āā ℥j  
MDS. Co 2 godz. łyżkę. W wypadkach grożącego obrzęku płuc i porażenia  
serca środek ten wybornie podnieca.

Zapalenia opłucnej było w ciągu roku wypadków 7, z któ-  
rych 4 z nieobfitym wysiękiem włóknikowym; 3 zaś z wysiękiem ropiastym. Dwa  
z pomiędzy tych ostatnich zakończyły się śmiercią, jeden zaś chory po wyko-  
naniu mu przekłucia klatki piersiowej (trójgrańcem Reybard'a) i opróżnieniu  
jamy opłucnej z ropy opuścił szpital ze znacznym polepszeniem. Więcej inte-  
resujący jest następujący wypadek, który w krótkości opiszę:

Zapalenie opłucnej z wysiękiem ropiastym u  
kobiety. Wydostanie się ropy pod gruczoł sutko-  
wy, a ztąd na zewnątrz. Śmierć z wyniszczenia.  
K. S., żona wyrobnika, lat 29 licząca, przyjęta do szpitala 18 lipca 1874 r.  
Wynędzniała, blada, kaszląca; przedstawiała na dolnej krawędzi prawej, obwi-  
słej sutki mały otworek w skórze, z którego wyciekała obficie ciecz ropiasta,  
rzadka, mocno cuchnąca. Drugi taki sam otworek znajdował się tuż pod bro-  
dawką sutkową. Skóra sutkę pokrywająca nie naprężona, blada. Klatka pier-  
siowa po tej stronie zapadła, przy oddechaniu mało się poruszała. Oddechu  
nie słyhać. Przy opukiwaniu odgłos stępiony z przodu i z tyłu. Po stronie  
lewiej oddech, pęcherzykowy, cichy. Chora opowiada, iż 8 miesięcy temu do-  
stała kaszlu i kłucia w prawym boku, czemu towarzyszyła silna gorączka. Po  
paru miesiącach choroby, zaczęła powiększać się i boleć prawa sutka, co przed-  
stawiało pozory tworzącego się w niej ropnia. To też fclczcr jakiś otworzył  
ów ropień małym cięciem tuż pod brodawką sutkową, przyczem wylało się du-  
żo ropy, i takowa od 5 miesięcy ustawicznie odpływa, Kaszel od tego czasu  
się zmniejszył. W obec takich danych, rozpoznanie choroby nie trudnym.  
Widocznem było, iż wysięk ropiasty z klatki piersiowej, przedziurawiwszy mię-  
dzyżebrze pod gruczołem sutkowym, wylał się w tkanke łączną tu się znajdu-  
jącą, naśladowując ropień podgruczołowy, co skłoniło fclczera do otworzenia go  
nożem, i to było źródłem pierwszego otworu w skórze sutki. Drugi powstał  
sam przez się później. Zgłębnik przez te otworki wprowadzony wykrywał ja-  
mę pod gruczołem sutkowym, lecz do jamy opłucnej nie wchodził. Dopiero  
po dokładnem odsłonięciu dla wzroku jamy podgruczołowej za pomocą noża,  
wyszledzono tuż przy mostku między 4 a 5 chrząstką żebrową otworek grubo-  
ści pióra gęsiego prowadzący do jamy opłucnej. Przez otworek ten podczas  
wdechu jama opłucna ssala zewnętrzne powietrze, a podczas wydechu wycie-  
kała z niej rzadka, cuchnąca ropa. Dla dezynfekcyi i przepłukiwania wpro-  
wadziłem jeden koniec cienkiej kauczukowej rurki do otworu w klatce pier-  
siowej, drugi zaś koniec zanurzyłem w szklance napełnionej 1-procentowym roz-  
tworem wodnym kwasu karbolowego. Tym sposobem przy wdechu do jamy  
ropnia opłucnego dostawał się roztwór kwasu karbolowego, a przy wydechu,  
tenże zmieszany z ropą wlewał się do szklanki. W miarę zanieczyszczenia  
płynu, zastępowano go świeżym. Już na drugi dzień ropa przestała cuchnąć,  
odchodziła jednak obficie, zwłaszcza w położeniu siedzącym. Dyetę przepisano



posilną: wino, chininę. Pomimo to wszystko, wodnistość krwi stawała się coraz większą, chora zaczęła puchnąć i po 32 dniowym pobycie w szpitalu zmarła z porażenia serca. Przy sekcji znaleziono prawe płuco atelektatyczne, do klatki piersiowej przyrosłe. Z tyłu jama wypełniona posokowatą cieczą. Otworek komunikujący z jamą krótkim, lecz ukośnym przewodem, znajdował się w najniższym i najbardziej ku przodowi położonym punkcie. Drugie płuco z rozдутymi brzegami. Wątroba stłuszczone. Ogólna bezkrwistość. Znaczna ilość prześięku surowiczego w jamie brzusznej.

Wypadek ten przedstawia szczególny sposób otworzenia się ropnia opłucnej (*empyema*) na zewnątrz. Na pierwszy rzut oka wydawało się, jakoby chora była dotknięta ropnem zapaleniem gruczołu mlecznego i tkanki łącznej go otaczającej; dopiero ściślejsze badanie fizyczne z uwzględnieniem anamnezy naprowadziło na właściwe rozpoznanie.

3. Choroby narządu krążenia krwi napotykanne były zaledwie w 0,6% wszystkich chorób. Śmiertelność z nich wynosiła 4,1% ogólnej śmiertelności.

W jednym wypadku mieliśmy do czynienia z ostrym zapaleniem wsierdza i świeżymi owrzodzeniami zastawek aorty; w trzech innych z chronicznymi wadami zastawek sercowych i daleko posuniętymi zaburzeniami cyrkulacyjnymi.

4. Choroby narządu trawienia, łącznie z chorobami wątroby i otrzewnej stanowiły 8,9% wszystkich chorób, a śmiertelność z nich 8,2% śmiertelności ogólnej. Najliczniej reprezentowane były ostre niezżyty żołądka i kiszek, oddzielnie lub w połączeniu, które najczęściej ustępowały przy samém tylko dyetetycznym zachowywaniu się pacjentów i łagodnych środków wypróżniających (*Ol. ricini* i t. p.).

Z organicznych chorób przyrzędu trawienia na szczegółowy opis zasługuje następujący wypadek:

Rak żołądka. Zapalenie otrzewnej ściennéj krwotoczne, a trzewiowéj gruzelkowe. Śmierć. A. B. wyrobnik, 43 lat liczący, który oddawna cierpiał na niestrawność, od 3 miesięcy zaczął doznawać silnych boleści w brzuchu, stracił apetyt, miewał częste wymioty czarniawéj masy i podobne stolce, co go skłoniło do wstąpienia do szpitala d. 10 maja 1874 r. Stan obecny: Chory dobrej budowy, lecz w wysokim stopniu wycieńczony; oczy zapadłe; kości licowe wystające. Stan bezgorączkowy. Tętno małe, drobne, niezbyt częste, regularne; temperatura 36,8. Brzuch nadzwyczaj wzdęty i napięty; za naciskiem cały bardzo bolesny, najwięcej jednak w prawem podżebrzu i w dołku żołądkowym. Z powodu wzdęcia ani wątroby, ani żołądka obmacać niepodobna. Odgłos opukowy po bokach tępy; w okolicy żołądka bębniasty. Odgłos klatki piersiowéj prawidłowy. Górna granica wątroby w miejscu. Ciągłe samoistne bóle w całym brzuchu; przytem nudności i po każdém jedzeniu a nawet i bez jedzenia wymioty mass płynnych fusowato czarnych. Stolce podobne jak wymioty. (*Dalszy ciąg nastąpi*).



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

### Rozbiór przypadłości zagrażających życiu chorego.

Przez Dra Block'a

(Dalszy ciąg).

Dla rozpoznania wstrząśnienia mózgu ważną jest ta okoliczność, że wszystkie przypadłości chorobne występują bezpośrednio po obrażeniu u zdrowych przedtém osobników; są one z początku najsilniejsze, następnie zaś w pomyślnie przebiegających wypadkach, stopniowo słabną. Chory leży, jakby pogrążony w głębokim śnie, lub jak pozornie umarły; tętno i oddychanie niezmiernie słabe, jednakże zawsze regularne; nie ma częściowych porażeń, ani porażenia połowicznego. Te cechy wystarczają do odróżnienia wstrząśnienia od innych chorób, połączonych również z utratą świadomości. Trudniej nieco odróżnić tę chorobę od ucisku mózgu, o czem obszerniej pomówimy przy opisie tego ostatniego.

Leczenie jest z początku pobudzającym, które przerywamy dopiero wtedy, jeżeli chory odzyskał wygląd żywego człowieka, jeżeli się wzmożło tętno i siła oddechów i podwyższy się ciepłota ciała. W tym celu nacieramy skórę, dajemy do wąchania środki eteryczne i zalecamy drażniące lewatywy, staramy się wzmożnić ruchy oddechowe za pomocą elektryzowania n. phrenici na szyi, dajemy wewnątrz za pomocą sondy przełykowej środki pobudzające, jak kawę, wino, eter (10—20 kropel pro dosi w herbacie lub wodzie ocukrzonéj) i t. p. Choć w cięższych wypadkach chory pozostaje jeszcze nieprzytomnym, trzeba jednak zaprzestać wszelkich środków drażniących, ponieważ dalsze ich użycie mogłoby wzmożnić przekrwienie mózgu, które zawsze następuje po wstrząśnieniu i łatwo dochodzi do zapalenia mózgu. W tym czasie daleko odpowiedniejszém odciągnięcie krwi a nawet upust krwi z żyły, który okazuje się zwłaszcza wtedy skutecznym, kiedy podczas puszczenia krwi puls staje się pełniejszym i spokojniejszym; upust można nawet później powtórzyć, jeżeli wystąpią oznaki napływu krwi do głowy. Jeżeli zaś podczas upustu puls staje się mniejszym i częstym, w takim razie większa utrata krwi byłaby niewątpliwie szkodliwą, trzeba więc natychmiast zaprzestać. W lżejszych wypadkach można później robić miejscowe upusty krwi, okłady lodowe na głowę, odciągnięcia na kiszki i skórę, mianowicie suche bańki i wezykatorye na kark. Jeżeli chory przy tém leczeniu wyzdrowiał, powinien się przez czas długi wystrzeżać błędów w dyecie, jako też wszelkich wysiłków i podrażnień.

Ucisk mózgu (*Compressio cerebri*). Przyczyny ucisku mózgu mogą być rozmaite. Często się zdarza obrażenie, skutkiem którego wgniecione odłamki kostne, ciała obce lub wynaczynienia krwi mózg uciskają. W innych razach przyczyną są pierwotne lub wtórne cierpienia organów, leżących w jamie czaszkowej, mianowicie wysięki surowicze lub ropne albo też nowotwory. Często istnieje kilka tych czynników jednocześnie np. wgniecione kawałki kości, krew wynaczyniona i wysięk zapalny, ten ostatni może być na powierzchni zewnętrznej lub wewnętrznej opony twardej albo też w samej substancji mózgowej. Czas wystąpienia objawów ucisku mózgu, po podziałaniu na takowy wymienionych szkodliwości, bywa rozmaity; objawy te występują w téj chwili, jeżeli jama czaszkowa nagle została zwężoną przez wgniecenie odłamków kostnych, lub też przez wniknięcie ciał obcych; występują zaś w czasie późniejszym, jeżeli jama czaszkowa została zmniejszoną przez wysięki, powstałe po zranieniu. Głównym objawem jest większe lub mniejsze porażenie. Przy szybkim wystąpieniu objawów, obraz choroby może być bardzo podobny do napadu apoplektycznego. Raniony jest zupełnie nieprzytomny, oddech utrudniony, chrapliwy, puls raz nieregularny i wolny, drugi raz znów szybszy, niż w stanie normalnym. Porażenie zwykle bywa połowiczném (*hemiplegia*) lub też ogranicza się do mniejszych części ciała, niekiedy bywają również drgawki. W innych razach nieprzytomność jest niezupełna, chory jest tylko odurzony, ruchy są niezmiernie ociężałe i powolne, podobnież i czynności zmysłów są słabsze. Tutaj, podobnież jak i przy wstrząśnieniu mózgu, chory może się obudzić z odurzenia, jednakże polepszenie nie postępuje naprzód, często chory znowu wpada w coraz silniejszy letarg, pojawia się obłęd, a niekiedy drgawki i porażenia, których obszerność i umiej-



scowienie zależy od miejsca ucisku mózgu. Widzimy więc, że tutaj natężenie objawów się wzmacnia, tymczasem przy wstrząśnieniu mózgu stopniowo słabnie.

**Rozpoznanie.** Przedewszystkiem trzeba umieć odróżnić to cierpienie od wstrząśnienia mózgu. Oba te stany występują po obrażeniach i w objawach przedstawiają wiele podobieństwa. Rozpoznanie utrudnia czasami i ta okoliczność, że niekiedy mamy współcześnie ucisk i wstrząśnienia mózgu. W takim razie, wedle *Petit'a* odurzenie występujące natychmiast po obrażeniu należy odnieść do wstrząśnienia mózgu, tymczasem przypadłości występujące później, po zniknięciu objawów wstrząśnienia, należy uważać za następstwo ucisku mózgu. Jeżeli zaś jedna z tych chorób występuje pojedynczo, w takim razie przy rozpoznaniu różniczkowem należy uwzględnić następujące czynniki, który *Bardeleben* w swoim wykładzie chirurgii w następujący sposób zestawia:

#### Wstrząśnienie mózgu.

Skutek jest obszerny i występuje szybko; nagły upadek wszystkich czynności nerwów w wyższym lub niższym stopniu.

Ponieważ przyczyna wstrząśnienia działa szybko i krótko, zatem jej skutki są najsilniejsze z początku, następnie stopniowo słabną.

Po wstrząśnieniu chory wpada w głęboki sen, który stopniowo zanika, chory nie przypomina sobie, co się z nim działo. Przy wstrząśnieniu chory sam się przebudza ze snu, ponieważ przyczyna takowego usuniętą została, powieki otwierają się dobrowolnie.

Oddechanie jest łatwe, tętno małe i regularne. Często bywają wymioty.

Daliej ważnym jest bardzo oznaczenie miejsca, w którym mózg doznaje ucisku. Przy obecności na czasce obrażenia, miejsce uciśnięte znajduje się prawdopodobnie pod takowym; przypuszczenie to jest tém pewniejszym jeżeli w miejscu obrażonym mamy pewne zmiany wtórne, np. odbarwienie lub suchość rany, obrzmienie jej brzegów, niestosunkowo obfitą posokową wydzielinę z rany, jako też oddzielenie okostnej czaszki. Wszystkie te czynniki pozwalają nam przypuszczać obecność wysięku na powierzchni wewnętrznej lub zewnętrznej opony twardej. Obecność porażenia pomaga nam w rozpoznaniu o tyle, że np. przy połowicznym porażeniu należy szukać ucisku na przeciwnej stronie czaszki. Jeżeli nerwy mózgowe uciśnięte zostały po wyjściu z mózgu, w takim razie porażenie mamy z tejże strony, gdzie istnieje ucisk. Jeżeli zaś ucisk ma miejsce wewnątrz mózgu, wtedy porażone zostają nerwy strony przeciwnej. Nakoniec w każdym wypadku powinniśmy określić przyczynę ucisku mózgu, co jest łatwą rzeczą, jeżeli mamy obrażenie czaszki, szczególnie złamanie jej kości z wgnieceniem odłamków kostnych. Złamanie może uciskać mózg samo przez się, albo przez wywołanie wtórnego zapalenia opon mózgowych lub samego mózgu. W pierwszym razie przypadłości ucisku występują natychmiast po obrażeniu, w ostatnim zaś, pojawiają się dopiero później stopniowo, przy wyraźnych objawach zapalnych. Stopniowo występują szczególnie te wypadki, których przyczyną jest wynacznienie lub wysięk; te ostatnie jeszcze się tém odznaczają, że przed wystąpieniem porażenia widoczne są objawy porażenia.

**Leczenie** winno być przedewszystkiem skierowane przeciwko przyczynie, t. j. powinniśmy się starać o ile można usunąć te czynniki, które wywołują ucisk mózgu. Trzeba te m wyjąć odłamki kostne i inne ciała obce zagłębione w jamie czaszkowej; to wyjęcie nie jest niebezpieczniejszem, aniżeli pozostawienie tych ciał. Przy złamaniu

#### Ucisk mózgu.

Skutki ucisku występują stopniowo i dopiero w pewien czas po obrażeniu. Porażenie występuje w części ciała, zależnej od uciśniętego miejsca mózgu; zwykle bywa porażonym jakiś członek lub połowa ciała.

Przyczyna ucisku trwa dłużej, stopniowo się wzmacnia, lub też pozostaje stale na pewnym punkcie. Zatem i skutki z początku są nieznaczne i stopniowo się wzmacniają.

Przy obszernym ucisku z początku bywa lekkie odurzenie, przemijający sen, który się staje stopniowo coraz głębszym, podobnie jak początkowy sen przy wstrząśnieniu. Nie jest on tutaj eichy i ciągły, przeciwnie, bywa ciągle przerywany pobudzeniami; chory robi napróżno usiłowania ocknięcia się.

Oddechanie utrudnione; tętno twarde, pełne, nieregularne. Niema wymiotów.



czaszki wykonywamy zapobiegawczą trepanację; jednakże wstrzymujemy się z jej wykonaniem jeżeli złamane kości są wgniecione mniej niż na 3 linie i jeżeli niema odkrytej rany w miejscu obrażenia kości. Jeżeli zjawiska ucisku mózgu występują później, zanim się zabierzemy do trepanacji, stosujemy energiczne leczenie przeciwzapalne, które często w zupełności usuwa groźne objawy i uwalnia nas od wykonywania tej niebezpiecznej operacji. Szczególniej się to stosuje do dzieci, których mózg może wytrzymać większe ciśnienie niż dorosłych. Robimy więc ogólne, a u dzieci miejscowe upusty krwi, kładziemy pęcherz z lodem na głowę, zalecamy środki odciągające na skórę i kiszki, wewnątrz dajemy naparstnicę (*Infusum foliorum digitalis* 2,0 na 120,0) i jodek potasu (*Kalium jodatum* 6,0:200,0 wody). Jeżeli pomimo tego wzmagają się coraz bardziej objawy ucisku mózgu, i zagrażają życiu chorego, w takim razie robimy trepanację dla usunięcia wgniecionych kawałków kości lub wysięku, uciskającego mózgowie. Jednakże nie robimy tej operacji, jeżeli nie jesteśmy pewni co do miejsca wysięku, również niechętnie się do niej zabieramy, jeżeli pokrywy czaszkowe jeszcze nie są uszkodzone, lub też jeżeli oboko ucisku istnieje i wstrząśnienie, zranienie lub zapalenie mózgu.

Powiemy tu jeszcze słów parę o wspomnianej tylokrotnie *t r e p a n a c y i*. Kładziemy chorego tak, żeby światło miało dostęp do okolicy czaszki, w której mamy robić operację. Przed operacją należy to miejsce ogolić. Jeżeli pokrywy czaszkowe są nienaruszone, odsłaniamy kość przez proste nacięcie; jeżeli zaś już jest rana, w takim razie osiągamy ten cel przez rozszerzenie takowej. W odpowiednim miejscu oddzielamy przedewszystkiem pericranium w następujący sposób: przykładamy do tego miejsca koronę trepana, naokoło której wycinamy pericranium skalpelem, a następnie wycięty kawałek oddzielamy skrobaczką w kierunku od obwodu ku środkowi. Następnie wysuwamy piramidę trepana, tak żeby wystawała na 1½ linii ponad koronę, dla zapobieżenia obsunięcia się. Przyłożywszy trepan tak, aby piramida stanęła w pośrodku mającej się wyjąć kości, obracamy łuk ze strony prawej na lewą. Te ruchy z początku powinniśmy odbywać powolnie, później nieco prędziej, a w końcu operacji znowu zwalniamy. Skoro korona zagłębiła się na 2 linie, wyjmujemy trepan, usuwamy z takowego piramidę, ażeby w otwór pozostały po niej w kości wkręcić w właściwym czasie grajcarek dla wyjęcia kawałka kości. Tymczasem przykładamy powtórnie koronę do kości i zagłęwiamy coraz bardziej za pomocą ruchów obrotowych. Od czasu do czasu wyjmujemy ją dla oczyszczenia zębów i zbadania głębokości szpary kostnej. Skoro korona dojdzie do blaszki szklistej, słyszymy charakterystyczne trzeszczenie. Wtedy wyjmujemy trepan, w którego koronie pozostaje okrągły kawałek kości. Jeżeli zaś ten kawałek kości pozostaje w czaszce, wyjmujemy wspomnianym wyżej grajcarem. Na tém się kończy operacja, jeżeli była wskazana z powodu złamania kości z wgnieceniem odłamków, albo też z powodu wysięku między czaszką i oponą twardą. Jeżeli zaś jest złamanie z rozdrobnieniem kości, staramy się wyjąć wszystkie wolne odłamki, przyczem należy pamiętać, że rozdrobnienie blaszki szklistej jest na większej przestrzeni niż na zewnętrznej powierzchni czaszki. Niekiedy wysięk, z powodu którego robimy trepanację, leży pod oponą twardą co poznajemy z zabarwienia i mniejszego lub większego wzniesienia opony. W tych razach robimy jeszcze nacięcie opony twardej; szukanie wysięku jeszcze głębiej, w samym mózgu, jest rzeczą nader niebezpieczną. Po operacji na ranę kładziemy skubankę okienkową, na to kładziemy zwyczajną szarpię, którą umacniamy za pomocą bandaża lub czepka nocnego. Łączenie części miękkich za pomocą szwa lub plastra lepkiego w większości wypadków jest szkodliwem. Zalecamy choremu najściślejszą dyetę. Skoro tylko pojawią się pierwsze objawy zapalenia mózgu, staramy się natychmiast przeciw nim energicznie wystąpić. Przyłączenie się zapalenia opon i mózgu jest bardzo niebezpiecznem dla chorego; nakoniec będzie tem gorsze, że w tych razach pojawienie się ropnicy nie należy do rzadkości. Jeżeli nastąpi wyzdrowienie, w miejscu operowanem wytwarza się blizna włóknista, dla tego też to słabe miejsce czaszki powinno być zabezpieczone przez odpowiednie pokrycie.

*Ś p i ą c z k a m o c z n i o w a* (*Coma uraemicum*). Nieprzytomność, jako częściowa przypadłość t. z. mocznicy, może występować bez innych wpadających w oczy objawów, albo po przejściu zwykłego napadu, albo też może być jedynem wyrażeniem takowego. Zwykle paroxyzm uremiczny polega na nieprzytomności i drgawkach. Po przejściu napadu, chorzy wpadają w głęboką śpiączkę, przyczem oddech bywa nieregu-



larny, chlapliwy, źrenice rozszerzone, na światło nie oddziałują wcale, albo w bardzo małym stopniu. Ciężota podobnie jak i podczas napadu; jest podniesiona, tętno zawsze twarde, Niekiedy podczas téj śpiączki następuje śmierć; częściej jednak chorzy odzyskują świadomość i przez pewien czas stan ich jest względnie dobry, w innych razach po napadzie pozostaje przez kilka dni ogłupienie, napady maniakalne, utrata mowy, a niekiedy nawet nieuleczalna ślepotą. Zwykle napady takie się powtarzają, dopóki podczas jednego z nich nie nastąpi śmierć skutkiem apopleksyi, porażenia mózgu lub obrzęku płuc. W dość rzadkich wypadkach śpiączka występuje nietylko jako okres następczy, ale jako jedyny objaw paroksyzmu uremicznego. Zwykle przytem bywają zwiastuny; trudność oddawania moczu, ból i zawroty głowy, wymioty, lekki obłęd, silniejsze napięcie ścian tętnicznych, zmniejszenie częstości tętna i t. d. Dalszy przebieg odznacza się tém, że niema zupełnie drgawek podczas napadu, który polega na głębokiej śpiączce.

Nakoniec obserwowano kilka wypadków mocznicy, w których wcale nie było właściwych paroksyzmów; przytem wszystkie objawy mocznicy nieznacznie wzmagają się aż do stanu śpiączki, która przy coraz większym osłabieniu oddechania i czynności serca, kończy się śmiercią.

Rozpoznanie śpiączki mocznicowej jest łatwem, jeżeli mamy dokładną anamnezę, zatem jeżeli wiemy, że chory cierpi na rozlane (a nie ropne) zapalenie nerek, dalej, że już kilkakrotnie miał napady mocznicy, że obecna śpiączka nastąpiła już po takim napadzie. Jednakże i przy braku anamnestycznych danych możemy to cierpienie rozpoznać, jeżeli znajdziemy oznaki zapalenia nerek, mianowicie obrzęk, białko i cylindry w moczu, silniejsze napięcie systemu tętniczego, o tém ostatniem wnosimy z nieprawidłowej odporności tętna tętnicy promieniowej, z niezwyklej wysokości fali, jako też z wzmocnienia i dźwięczności drugiego tonu aorty i tętnie szyjowych.

*(Dalszy ciąg nastąpi).*

---

## Wiadomości bieżące.

---

Ś. p. J ó z e f P u t e r n i c k i, magister medycyny i chirurgii zakończył życie dnia 26 sierpnia r. b. we wsi Mokratki pod Nową Alexandryą (Puławy). Urodził się w mieście Płocku 15 marca 1790 r., pobierał nauki w b. uniwersytecie Alexandryjskim w Warszawie, gdzie również był zaszczycony stopniem naukowym medycznym. Zawód swój lekarski rozpoczął na polu praktycznym, gdyż 19 letni młodzieniec wstąpił do służby wojskowej jako urzędnik zdrowia klasy 3-jej b. wojska księstwa warszawskiego w r. 1809 w szpitalu głównym w Warszawie, następnie w Płocku. W r. 1815 uzyskał nominację na lekarza batalionowego 2-go pułku lekkiej piechoty 2-jej pieszej dywizyi z porównaniem do stopnia kapitana. W r. 1818 postąpił na sztab-lekarsza w stopniu majora, pułku piechoty liniowej Jego Cesarskiej Wysokości w Bogu spoczywającego Wielkiego Księcia Michała Pawłowicza. W pełnieniu służby odznaczył się szczególną gorliwością i znajomością naukową, w dowód czego uzyskał pochwałę, zamieszczoną w rozkazie dziennym z d. 3 marca 1822 r. do b. wojska polskiego wydanym „jako znakomicie pełniący swoje obowiązki.” W r. 1828 przeznaczony został do pełnienia obowiązków sztab-lekarsza w lazarecie wojskowym w twierdzy Zamościu. Miejscowość ta podówczas znajdowała się w nader niekorzystnych warunkach; błota otaczające twierdzę czyniły pobyt dla wojska bardzo niezdrowym, a każda epidemia srożyła się w niej z podwójną mocą. To też epidemia cholery w r. 1830 i 1831 nastęczyła obszerne pole działalności dla gorliwego pracownika zdrowia. Umiejętne, roztropne i energiczne środki przedsiębrane przez ś. p. P u t e r n i c k i e g o nie mało przyczyniły się do złagodzenia epidemii i zmniejszenia śmiertelności. W r. 1831 ś. p. P u t e r n i c k i umieszczony został w służbie wojskowej Cesarsko-Rossyjskiej z przeznaczeniem na starszego lekarza szpitalów twierdzy Zamościa; następnie przeniesiony jako sztab-lekarz do komend inwalidnych 10-go okręgu straży wewnętrznej w Królestwie Polskiem. W r. 1837 na własne żądanie uwolnionym został ze służby wojskowo-lekarskiej. Od tego czasu ś. p. P u t e r n i c k i rozpoczął pracę i działalność na inném polu. Będąc ciągłym świadkiem zgubnych następstw nagromadzenia ludzi w koszarach



szpitalach i innych zacieśnionych miejscach przemyślał, w jaki sposób usunąć niedogodności ztąd dla zdrowia wynikające. Po długich badaniach przyszedł do przekonania, że najwłaściwszym sposobem oczyszczania zepsutego powietrza są piece odpowiednio urządzone. Ś. p. Puternicki, jako owoc swój pracy napisał dziełko pod tytułem: „Opis pieców rurowatych do oczyszczania i ogrzewania powietrza służących, Warszawa 1837“. W przedmowie do dziełka utrzymuje, że śledząc przyczyny chorób zastanawiał się nad sposobem ich usunięcia i przekonał się gruntownie, że ludzie bardzo wiele chorób swoich winni przebywaniu w powietrzu nieczystym. Zapobiegając temu wynalazł piece rurowate, które w konstrukcyi proste, mało paliwa potrzebujące, i wielce do czyszczenia powietrza przyczyniają się. W r. 1848 uzyskał akt przyznania wynalazku pieców na lat 10 na Królestwo Polskie. Władze rządowe uznawszy, że działalność ś. p. Puternickiego może być dla ogółu pożyteczną, wezwały go do zajęcia posady przy byłej komisyi rządowej spraw wewnętrznych w charakterze technika do dozoru nad robotami z wynalazku jego wypływającemi. Pomysł budowy pieców uzyskał powszechnie uznanie, albowiem na odbytej w r. 1838 w Warszawie wystawie plodów przemysłu krajowego otrzymał publiczną pochwałę, i z mocy upoważnienia Najwyższego za ustąpienie na rzecz Królestwa Polskiego przywileju na rzeczne piece odebrał wynagrodzenie w ilości rs. 4500, tudzież mianowany został członkiem rady ogólnej budowniczej przy kom. rząd. spraw wewn. Obowiązki te pełnił do czasu zwinięcia posady 1860 r. Prace jego nad urządzeniem przewietrzania nie ograniczyły się wynalazkiem pieców, napisał bowiem rozprawę konkursową o sposobie suszenia i przechowywania zboża, za co udarowany został medalem srebrnym od Cesarsko-Rossyjskiego Wolno-Ekonomicznego Towarzystwa. Wielostronna i mozolna praca ś. p. Puternickiego zyskała uznanie władz rządowych; był on ozdobiony orderami S-tój Anny klasy 3 i 2-ój, znakiem honorowym nieskazitelnej służby oficerskiej za lat XX, medalem brązowym na pamiątkę w latach 1853—1855, tudzież medalem brązowym z popiersiem Cesarza Francuzów Napoleona I-go za służbę jako urzędnik zdrowia. Niezmordowany umysł ś. p. Puternickiego nie odpoczywał ani na chwilę: obarczony wiekiem i wyniszczony na siłach chorobą, stojąc już prawie nad grobem, ubolewał jeszcze nad tém, że nie mógł przyprowadzić do skutku swoich pomysłów nowych i wynalazków, na spełnienie których potrzebował jeszcze kilka lat życia i poparcia ze strony władz rządowych. Ś. p. Puternicki całe życie cieszył się dobrém zdrowiem, utrzymywał go skromnym i umiarkowanym sposobem życia. Przedśmiertna choroba jego trwała kilka miesięcy. Złowieszcza żółtaczka odbierała mu siły stopniowo. Ufając jeszcze dobroczynnym wpływom świeżego powietrza, opuścił Warszawę, udając się do córki mieszkającej pod Puławami. Jednak złośliwy guz wątroby odbierał mu stopniowo apetyt, siły stopniowo opuszczały go i nakoniec przerwane zostało pasmo życia 86 letniego starca. Pokój ceniom Jego.

Dr Pasiutewicz

— Termometrya. W tych dniach opuściło prasę drukarską dzieło Prof. Alvarenga p. t. „Termometrya, Termosemiologia i Termakologia.“ Jeżeli zważymy jak wielką dzisiaj przywiązujemy praktyczną wartość do mierzenia ciepłoty u chorych, to przyznać musimy, że dzieło powyższe wypełnia dotkliwą szczerbę w piśmiennictwie lekarskiem w ogóle, bo dotąd oprócz traktatu Wunderlich'a o zwierzęcym ciepłiku w tej gałęzi nauki nie posiadaliśmy. Dzieło Prof. Alvarenga każdemu praktykującemu lekarzowi śmiało polecić możemy jako dokładny, wierny przewodnik. Cena rs. 3 (z przesyłką).

— Choroby zaraźliwe ostre. Dzisiaj wyszedł z druku tom drugi (ostatni) „Chorób zaraźliwych ostrych“ Prof. Ziemszen'a. W tomie tym są wyłożone: Ospa wietrzna. Odra. Rubeola. Szkarlatyna. Ospa. Róża. Prosówka. Dengue. Grypa. Astma sienna. Zakażenia zimnicze. Epidemiczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Tym sposobem ważny dział medycyny praktycznej, jak nauka o chorobach zaraźliwych, został wyczerpany w zupełności. Cena tomu 2-go rs. 5 (z przesyłką).

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowł.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

---

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka N 9. Дозволено Цензурою, Варшава 12 (24) Ноября 1875.