

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1872) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1872 r. rsr. 98 (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1872 rsr. 1. Przedpłata na Kal. Lek. na r. 1873 rsr. 1

TREŚĆ: Rozprawy naukowe. Przyczynek do nauki o zaraźliwych zapaleniach oczu. Przez Dra Wolfringa. (Dokończenie). Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie lekarskie z Instytutu Oftalmicznego imienia księcia Edwarda Lubomirskiego. Przez Dra med. Narkiewicza-Jodko. (Ciąg dalszy.) Kronika zagraniczna. Zgorzel płuc (*Gangraena pulmonum*). Przez prof. Dra Leydena. Spolszczył Dr A. Fabian. (Dokończenie). Wiadomości bieżące. Ciałka przymiotowe. Ruch chorych w szpitalu Ś-go Stanisława w Szczecynie w r. 1871. Krotonochloral jako nowy środek usypiający. Journal d'Oftalmologie. Fenylat sodu Boboenf'a. Dodatek. Syfilidologii ark. 6 i 7. Patologii ogólnej T. I ark. 2. Anatomii opisowej ark. 28. Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii Heitzman'a dołącza się ark. 19.

Przyczynek do nauki o zaraźliwych zapaleniach oczu.

Przez Dra Wolfringa.

(Dokończenie *).

Błona śluzowa zmieniona w taki sposób pod względem swego odżywiania, podlegając dalszemu wpływowi szkodliwych warunków, może się stać obiektywnie w sposób chorobliwy zmienioną. Ponieważ na stan chorobliwy wpływają zarówno, tak *genius epidemicus* jak i usposobienie indywidualne, zatem rozwój choroby nie bywa we wszystkich wypadkach jednostajnym.

Mając codziennie do czynienia z chorymi, pomiędzy którymi, cierpienia błony łącznej pod najróżnorodniejszymi postaciami, peryodycznie się pojawiają; miałem nadto sposobność obserwować rozwój zapaleń oczu zaraźliwych tak pomiędzy zupełnie zdrową ludnością, w czasie kilkodniowej podróży koleją żelazną w porze zimowej, jak i w szpitalu, podczas peryodycznie powtarzających się zapaleń zaraźliwych, wiktających dawniejsze cierpienia oczu.

*) Patrz Nr 8, 10, 11 i 12 Gaz. Lek.

Porównywając często pomiędzy sobą różne postacie kliniczne chorób błony łącznej, ze stanowiska histologicznego, zwracałem głównie uwagę moja, przy zmianach zależnych od zapaleń zaraźliwych, na charakter anatomiczny cierpienia. Z tych więc powodów uważam za właściwe przedstawić w krótkości: *a)* postacie zapaleń ocznych rozwijających się i rozszerzających w massie ludności (wojskowej) zdrowej, *b)* przekształcanie się chorób ocznych w szpitalu pod wpływem zapalenia zaraźliwego, i *c)* mój sposób zapatrywania się na charakter anatomiczny wspomnianych chorób.

Przypuszczając zaś, że czytelnikowi nie są obcymi najświeższe prace, dotyczące histologii i anatomii patologicznej błony łącznej ¹⁾, i zostające w związku z temi pracami lekye prof. Graefe'go, o których wyżej wspominałem, mam, że pogląd treściwy będzie wystarczającym.

Cierpienia oczu rozwijające się epidemicznie lub endemicznie, między zdrową ludnością, występują podług moich spostrzeżeń, w postaciach następujących:

1) W początkach choroby, błona łączna ulega mniej lub więcej rozwiniętemu katarowi, który bywa lub nie, powikłanym formami elementarnymi granulacyi. Albo też wspomniane granulacye rozwijają się w łącznicy na pozór zdrowej, nieżyt zaś może występować w dalszym już rozwoju granulacyi. Skutkiem takiego współczesnego istnienia granulacyi i zwykłego nieżytu łącznicy, rozwija się właśnie ta forma chorób ocznych, tak często spotykana w wojsku składającym Garnizon Warszawski, w której obok rozwiniętych granulacyi istnieją tak zwane vegetacye ciałek brodawkowatych. Ta forma jest stosunkowo najmniej zaraźliwą.

2) W innych razach choroba oczu rozwija się pod postacią zapalenia fałdy przechodniej (gruczołków Krause'go), w skutku czego jak wiadomo tkanka otaczająca gruczołki obrzmiewa, tak ze strony błony śluzowej, jak i z przeciwnej, od strony powiek, przeważnie zaś w około gruczołków. Ostremu peryodowi cierpienia tego towarzyszy: nastryknięcie naczyń episkleralnych i rozwinięcie w fałdzie przechodniej granulacyi w mniejszej lub większej ilości. Stan taki odpowiada zarówno nieżytowi zaraźliwemu jak i ostrym granulacyom; cierpieniem głównie różniącym się między sobą stopniem obrzmienia fałdy przechodniej i stosunkiem ilościowym granulacyi.

3) Czerwoność i obrzmienie powiek, w skutku zapalenia fałdy przechodniej (gruczołków Krause'go) powstające, mogą powikłać zwykły nieżyt błony śluzowej, i przyczynić się do powiększenia nateżenia processu nieżytego; albo obecnością swoją sprzyjać następczemu powstawaniu cierpienia kataralnego tejże błony śluzowej. Tak w jednym jak i w drugim wypadku, infiltracya zapalna będzie mocniejszą w miejscach leżących bliżej gruczołków Krause'go, czyli wzdłuż górnego brzegu *tarsus*, i przyczepu mięśnia podnoszącego powiekę górną (*muscul. levator palpebr. super.*). Wtedy obrzmienie powieki bywa większe aniżeli w cierpieniach tylko co wspomnianych, i sprawia, że powieka może wystawać po nad brzeg oczodołu.

1) Archiv für Ophthalmologie, Bd XIV. Wolfring.
Archiv „ „ „ „ Bd XV. Blumberg.

Jednocześnie skutkiem obrzmienia tkanki otaczającej gruczołki K r a u s e'go, spoczywające w sąsiedztwie przyczepu *m. levatoris palpebr. super.*, działalność tego mięśnia do tyła słabnie, że nie jest w stanie zrównoważyć przewagi biernej m. obrączkowego (*m. orbicularis palpebr.*). Ztąd też powieka górna obrzmiała, nietylko że pod wpływem woli podniesioną być nie może, lecz nadto opuszczać się może poniżej wolnego brzegu powieki dolnej, którą w takim razie w części przykrywać będzie. W ten sposób przedstawiają się nam powieki dotknięte *ophthalmia blennorrhoeica*.

Obrzmienie powieki przy *conj. blennorrhoeica*, przypisują dotychczas szybkiemu wzmożeniu się processu zapalnego w błonie łącznej, która poprzednio w stanie zwykłego kataru znajdowała się. Ścisłego rozgraniczenia między zwykłym katarzem a śluzotokiem dotychczas nie ma, a jednak jest ono ważnym ze względu na leczenie, zejście, stopień zaraźliwości i charakter anatomiczny. Jeżeli różnica między zwykłym nieżytem błony łącznej a jej *blennorrhoea*, w postaciach typowych tych chorób widzieć się dająca, odpowiadać miała jedynie różnicy zachodzącej w terminologii (*catarrhus et blennorrhoea*), to jest polegać miała na stopniu natężenia sprawy chorobnej; to w takim razie, przy zwyczajnych nieżytach chronicznych, w których bezwątpienia błona śluzowa jest głębiej zajęta, a zmiany jej histologiczne są też same, jakie i przy śluzotoku znajdujemy, powieki powinnyby się nam przedstawiać tak samo jak przy śluzotoku (*blennorrhoea*) zmienionymi. Tymczasem w zwyczajnych nieżytach, jakkolwiek zmiany błony łącznej niczem się nie różnią od zmian histologicznych przy *conj. blennorrhoeica* miejsce mających, jednakże podobieństwo między temi dwoma sprawami polega wyłącznie na zmianach w błonie śluzowej następujących. Przy zwyczajnym nieżycie, nie widzimy ani czerwoności skóry powiek, ani obrzmienia tychże, ani też powiększenia długości powieki górnej, napotykanym przy *conj. blennorrhoeica*.

Wszystkie te objawy mogą się przyłączyć do zwyczajnego kataru, ale dopiero z chwilą zajęcia fałdy przechodniej, w skutku czego ma się rozumieć, i obraz choroby zmianie ulegnie. Nie ulega wątpliwości, że przy stanie zapalnym tkanek powieki i sprawa zapalna wyściełającej ją błony śluzowej przedstawiać będzie większe natężenie. Lecz mając na uwadze że podobne zmiany powieki towarzyszące *conj. blennorrhoeica*. stanowią początkowo właściwość zapalenia fałdy przechodniej, które zawsze przy *blennorrhoea* ma miejsce; również bacząc na to, że przy zwykłym katarze zapalenie fałdy przechodniej nigdy miejsca nie ma, zdaje się byłoby właściwiej uważać, udział fałdy przechodniej w sprawie zapalnej, za objaw wyróżniający od siebie te dwa cierpienia, aniżeli natężenie zapalenia, którego ocenienie zależy od indywidualności zapatrującego się.

4) Oprócz wymienionych powyżej postaci chorób ocznych odznaczających się zaraźliwością i zdolnością do szybkiego rozszerzania się, do tejże kategorii zapaleń zaraźliwych należy jeszcze, jedna z najstraszniejszych chorób zapalnych oczu — *conj. diphtherica*, o której już poprzednio mówiliśmy. Należy się dziwić, że przy badaniach histologicznych powiek, dotkniętych zapaleniem dylteryecznym

łącznicy, dotychczas, o ile mi wiadomo, nie zwrócono uwagi na zachowanie się gruczołków K r a u s e'go; a jednak ze względu na sprawę chorobną której łącznica fałdy przechodniej i tkanki pod nią leżące ulegają, gruczołki K r a u s e'go niewątpliwie sprawie chorobnej podlegać muszą.

Z powyżej wyrzeczonego wynika, że zajęcie fałdy przechodniej (gr. K r a u s e'go) jest objawem wspólnym wszystkim zapaleniom odznaczającym się szczególną zaraźliwością; jakoto: nieżyłowi zaraźliwemu (*contagiöser Catarrh vel Schwellungscatarrh*), ostrym granulacyom, śluzotokowi (*conj.-blennorrhöica*) i zapaleniu dyfterycznemu ¹⁾. Zgodziwszy się na taką podstawę anatomiczną zapaleń zaraźliwych, ważną jest rzeczą byśmy ją mieli zawsze na uwadze, przy rozmieszczaniu chorych ocznych podczas panującej w wojsku epidemii. Należy oddzielać od innych, tych wszystkich chorych, u których stwierdzimy zajęcie fałdy przechodniej; rozróżniając pomiędzy niemi chorych z zapaleniem fałdy ostrym od zapalenia chronicznego, których razem umieszczać nie należy. Dla wszystkich podobnych chorych w ogóle, szczególnie starać się wypada o wyjątkowo dobrą wentylację i dostarczanie jak największej ilości czystego powietrza; co najpewniej uskutecznimy pomieszczając ich w barakach.

W przypadkach rozwinięcia się zapaleń zaraźliwych w szpitalu, między chorymi ocznymi, dotychczasowe ich cierpienia przekształcają się w sposób najrozmaitszy, zawsze jednak na wiadomej, tylokrotnie wspomianej podstawie anatomicznej.

Tego rodzaju powikłanie dotykać może zarówno tak chorą, jak i zdrową łącznicę; z pomiędzy oczu ze zdrową łącznicą, najwięcej usposobionemi do zarażenia są te, których rogówki czas dłuższy już były chore. U takich najeczęściej rozwija się, pod wpływem zarazki, nieżyt zaraźliwy. Katar łącznicy chroniczny, powikłany zapaleniem fałdy przechodniej, niejednokrotnie już w ciągu doby, przekształca się w ostre zapalenie śluzotokowe (*conj. blennorrhöica*). Granulacye, które przez całe miesiące znajdowały się w stanie torpidnym, przechodzą w granulacye ostre, pod wpływem następczego zapalenia fałdy przechodniej. W wypadkach podobnych, mówiąc ściśle, zanim granulacye chroniczne zmianie ulegną, przyłączają się do nich granulacye ostre, powstające na zajętej sprawie zapalną fałdzie przechodniej.

Przy warunkach tak niekorzystnych, śluzotok nabiera szczególnego usposobienia do przejścia w zapalenie dyfteryczne. W zwykłych warunkach, prze-

¹⁾ Ciekawym byłoby zbadanie zachowania się gruczołków L i t t r e'go, przy *urethritis*, które jak wiadomo, są także gruczołkami gronkowatemi. Przez zarażenie łącznicy oka wydzieliną rzerzączkową, powstają w naszym klimacie przeważnie, zapalenia z charakterem dyfterycznym. Przypuszczać należy, że nie każda wydzielina rzerzączkowa posiada w jednostajnym stopniu, szczególną własność zarażenia łącznicy; w przeciwnym bowiem wypadku, zapalenie następcze po zarażeniu wspomnianą wydzieliną, nosiłoby charakter jednostajny, a ilość wypadków zarażenia przez nieostrożność chorych, byłoby daleko większą niż jest w istocie. Ważną więc byłoby rzeczą wiedzieć, czy na stopień zaraźliwości wydzieliny rzerzączkowej, nie wpływa większy lub mniejszy udział gruczołków L i t t r e'go, w zapaleniu błony śluzowej cewki.

ważną ilość chorych ocznych w szpitalach wojskowych, stanowią chorzy na katar chroniczny i także granulacye. Każdy więc obeznany z nauką i obowiązkami lekarza szpitalnego, łatwo przedstawić sobie potrafi, jak straszliwy obraz rozwinać się może, w razie powikłania chorobami zaraźliwemi istniejących już cierpień ocznych, pomiędzy chorymi leczonymi w szpitalu, a więc pomieszczonymi razem. Potrafi także pojąć, jak trudnem jest w podobnych wypadkach zadanie lekarza, zmuszonego walczyć z ciągle wzmagającą się ilością nporczywych chorób i z niekorzystnymi często warunkami higienicznymi, których pokonać nieraz nie jest w stanie;—że już pominiemy osobiste niebezpieczeństwo na jakie jest narażonym. Nakoniec potrafi także wyobrazić sobie, na ile energicznym musi być lekarz, nietylko w zalecaniu, ale i w osobistém wykonaniu tego, co za potrzebne dla chorych uznał. Wszystko to czyni, w celu zadowolenia moralnego lekarza, usiłujący działalnością swoją przewyciężyć i pokonać zło. Ale także i rezultaty podobnych usiłowań lekarza, ocenić mogą jedynie ludzie z obecnym stanem nauki obeznani ¹⁾.

Tak więc, możemy na zasadzie wyżej przytoczonych faktów, stwierdzić znany już zresztą pewnik genetycznej jednostajności, wszelkich zaraźliwych zapaleń oczu, po szczególe poprzednio wymienionych.

Ponieważ łącznica na całej swój przestrzeni, posiada budowę histologiczną jednostajną; ponieważ zajęcie sprawą zapalną fałdy przechodniej, występuje jedynie przy tych zapaleniach łącznicy, które charakter zaraźliwości przeważnie, jeżeli nie wyłącznie posiadają; przyczyny zaraźliwości ich nie w błonie łącznej, lecz w głębszych warstwach szukać należy. W badaniach moich histologicznych, przy zapaleniu fałdy przechodniej zawsze znajdowałem zajęcie gruczołków K r a u s e'go. Jeżeli więc zapalenie tych gruczołków gronkowatych, przyjmiemy za podstawę zapaleń zaraźliwych oczu, mieć będziemy obok jednostajności genetycznej dotąd niezaprzeczaną, jednostajność daleko ważniejszą c h a r a k t e r u a n a t o m i e z n e g o.

Taka konkluzya na podstawie anatomicznej wsparta objaśni nam, kwestycę na pozór zagadkową, dlaczego każda z tylokrotnie wspomnianych postaci zapaleń zaraźliwych, może skutkiem zarażenia dać początek: u jednego indywiduum zapaleniu pod tą samą formą, u innych zaś wywołać rozwój innych postaci zapaleń do kategorii zaraźliwych należących. Słowem, wyjaśni nam, dlaczego naprzykład ostre granulacye, przez zarażenie wydzieliną łącznicy na której powstały,

1) Zdarzało mi się słyszeć zdanie lekarzy, biorących udział w leczeniu dawniejszych zapaleń epidemicznych oczu, że: „o gwałtowności zapalenia oczu podczas t. zw. *ophthalmia militaris*, nie z formy choroby każdego pojedynczego wypadku i jej natężenia sądzić należy, ale po prostu z jej zejścia” (!). Tego rodzaju pogląd powstać miał na drodze doświadczenia, w następstwie leczenia chorób ocznych epidemicznych różnorodnemi środkami a w ich leźbie i kilkakrotnie powtarzanym upustem krwi ogólnym. Pomimo zastosowania srodków najróżnorodniejszych, rezultaty leczenia miały być zawsze jednostajne, albowiem leczenie zdaniem tych panów nie zapobiega złemu zejściu choroby. Byłoby do życzenia, by w naszych czasach podobne poglądy nie mogły już więcej mieć miejsca.

mogą wywołać obok innych i zapalenie dyfteryczne, i dlatego to ostatnie może, między innymi, dać z swojej strony początek granulacyom ostrym; pomimo, że między zapaleniem dyfterycznem a ostrymi granulacyami, wspólność, pod względem sprawy patologicznej, jak wiadomo miejsca nie ma.

SPRAWOZDANIE LEKARSKIE

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

Przez Dra med. Narkiewicza-Jodko.

(Ciąg dalszy *).

Na uwagę też zasługuje zastosowanie nowego przez W e k k e r'a, jeżeli się nie mylę, zaleconego po raz pierwszy sposobu robienia niewidzialnymi plam niewyleczalnych rogówki, jakimi są wszystkie blizny po głębszych owrzodzeniach i pęknięciach rogówki powstałe. Sposób ten ma zadanie poprawienia pod względem estetycznym niedostatków chorobą spowodowanego w wypadkach gdzie pod względem polepszenia wzroku wszelka nadzieja straconą została: jest to tak zwane t a t u o w a n i e p l a m y i wykonywa się przy pomocy nakłóć plamy igłą (dawniej do usunięcia zaciemka używanej) zmoczoną w gęstym roztworze tuszu. Sposób wykonywania najlepiej poznamy z historyi choroby jedynego wprawdzie, ale przekonywającego bo udatnego przykładu jaki w roku ubiegłym w Instytucie mieliśmy.

Panna W. S., lat 22 wieku, przybyła w początku maja roku przeszłego z częściowym garbceem rogówki lewej, którego początki tworzenia się dostrzegła przed miesiącem po długotrwałem zapaleniu oka. Tworzeniu się garbca towarzyszyły bardzo silny peryodyczny ból oka i okolic tegoż, oraz zaczerwienienie i łzawienie. Gałka była bardzo twardą, naczynia nadtwardówkowe (episkleralne) średnio nastrzyknięte; garbice zajmował $\frac{2}{3}$ zewnętrzne części rogówki, której pozostała $\frac{1}{3}$ część była przezroczystą i pozwalała widzieć tążę częściowo wrośniętą w bliznę, którąśmy wyżej dla jej wypuklejszej niż pozostała część rogówki powierzchni, garbceem nazwali; po zakropieniu atropiny przekonaliśmy się, iż część źrenicy nie jest w bliznę wrośniętą, ale wziernikiem przez małe otworki bardzo otworok nie z wnętrza oka dojrzyć nie byliśmy w stanie; uczucie światła tylko jakościowe i słabe, projekeya (oznaczenie kierunku światła) niepewna. Stan który chora w tém oku przedstawiała uznaliśmy za jaskrę zapa'ną następczą (*glaucoma secundare*), powstałą po zabliźnieniu się przedziurawiającego wrzodu rogówki i prowadząca z jednej strony podanie się nie dość jeszcze skonsolidowanej blizny ku przodowi, z drugiej zaś osłabienie nadzwyczajne siły widzenia i peryodyczne (przy zapalnych pogorszenia), rzęskowe nerwobóle. Pierwszém zadaniem naszym było usu-

*) Patrz Nr 9 i 11 Gaz. Lek.

nięcie jaskry i zadaniu temu staraliśmy się zadość uczynić przez wykonanie częściowego wycięcia tęczy; po wykonaniu tej operacyi oczywiście na części tęczy widzialnej przez pozostałą przezroczystą rogówkę, garbiec zmniejszył się natychmiastowo a z czasem rogówka cała prawidłowej zupełnie krzywizny nabrała, śródoczne ciśnienie też do prawidłowych rozmiarów wróciło, a wzrok o tyle się poprawił, że chora we 2 tygodnie po operacyi dobrze rachowała palce w odległości 6'. Teraz prof. Szokalski zachęcony prośbami przystojnej dziewczyny, postanowił spróbować tatuowania dla uniewidocznienia szkaradnej plamy. Pierwsza próba okazała z jednej strony że nakłówania dosyć nawet liczne były prawie niebolesne, z drugiej zaś że skutki operacyi przy zupełnym braku odczynu zapalnego były bardzo zadawalniające, bo kilkanaście nakłóć pozostawiło w 6-u miejscach bardzo wyraźne, czarne, małe plamki; w 5 dni powtórzone było nakłówanie, po którym przekonawszy się ponownie o zupełnym braku chociażby najmniejszego podrażnienia nastąpiło kilka jeszcze posiedzeń w odstępach czasu trzydniowych i chora po dwóch miesiącach pobytu w Instytucie opuściła takowy z wzrokiem nieco polepszonym i plamą, której śladów na 5 kroków dojrzyć niepodobna było, bliżej wprawdzie widoczną była pewna marmurkowatość i niejednostajność czarnego zabarwienia, ale przy dosyć jasnych konserwach niebieskich nawet okulista nieobeznany z tajemnicą, nie rozpoznałby podczas towarzyskiego obcowania rzeczywistego stanu rzeczy. Pomysł ten w każdym razie dorównywa co najmniej wynalazkowi sztucznych oczu.

W sprawozdaniu ogólnem znajdujemy dwa wypadki chorób twardówki, ponieważ jednak tylko z powodu objawów zewnętrznych do chorób tych one zaliczonemi były, więc pomieszczenie znajdują później pomiędzy chorobami błony naczyniowej, do których rzeczywiście jak się o tém przekonamy z istoty swój należały.

Z chorób tęczy zwyczajne tylko formy obserwowanemi były, pod względem też leczenia ich nie ciekawego powiedzieć nie możemy: w wypadkach ostrego zapalenia, atropina, kataplazmy, pijawki w razie bolesności gałki przy dotykaniu i wstrzykiwania podskórne morfiny, zwykle doprowadzały do celu, w groźniejszych i bardziej upartych wypadkach przetwory rtęciowe zawsze sprowadzały polepszenie; oczywiście następstw zapalenia np. przyczepów tęczy tylnych (*synchia post.*) i t. p. przy najsumienniejszym traktowaniu choroby nie zawsze uniknąć było można.

Wspomnę tu tylko o jedynym ciekawym wypadku przewlekłego zapalenia tęczy i wyrostka rzeskowego (*iridocuklitis chronica*).

Panna M. S. z Siedleckiego przybyła do Instytutu w sierpniu roku zeszłego w stanie następującym. Oko prawe: przyrost brzegu tęczy do soczewki zupełny, tęcza cała wypukłona ku przodowi tak, że pomiędzy brzegiem rzeskowym tejże a rogówką, malutka tylko warstwa cieczy wodnej jest widzialna, źrenica przykryta zapaleniem zorganizowanemi złożami, które przechodzą niepostrzeżenie w brzegi przyrosłej do soczewki tęczy, tylko sam środek źrenicy jest nieco przezroczystszy, przestrzeń ta jednak tak jest nie wielką, że przez nią wzornikiem nie z wnętrza oka rozpoznać a nawet dojrzyć niepodobna. Gałka nieco twardsza niż zwykle i trochę bolesna u góry i na wewnątrz w okolicy wyrostków rzeskowych; widzenie zredukowane do możności decyfrowania liter z Nr. 20 J 5 g r a i liczenia palców w odległości 20 stóp. Oko lewe w podobnym, lecz daleko gorszym stanie:

wypuklenie tęczy jeszcze znaczniejsze tak, że komórka przednia istnieje tylko w przestrzeni pomiędzy środkiem rogówki z przodu, zagłębieniem utworzonem przez przyrosniętą do soczewki tęczy z tyłu i brzeg źreniczny wypukłej tęczy z boków, zresztą wszędzie tęczą zwyrodnioną i zanikniętą w swojej tkance przylega bezpośrednio do tylnej części rogówki. Źrenica cała zakryta tak zwanym zaciemkiem torebkowym przednim, oko twarde, bolesne, Izawiące i peryodycznie podległe zwiększającemu się śródocznemu ciśnieniu, któremu towarzyszy silny rzęskowy nerwoból (*neuralgia ciliaris*). Uczucie światła tylko jakościowe (odróżnia noc od dnia), wskazywanie kierunku położenia widzianego światła wadliwe. Nie tracąc czasu na bezowocne próby, postanowiliśmy zrobić natychmiast w oku prawem wycięcie tęczy częściowe szerokie, przy pomocy nożyka przez G r ä f e'go do wydobywania zaciemka zalecanego (który dla skrócenia w przyszłości nożykiem G r ä f e'go nazywać będziemy), w lewym zaś gdzie nie przypuszczaliśmy możliwości przeprowadzenia przez brzeg komórki przedniej nawet nożyka G r ä f e'go, mieliśmy zamiar zrobić cięcie górne jak do wydobywania zaciemka (przez rogówkę; z konieczności i przez tęczę) wydalić soczewkę a następnie wyciągnąć tęczę o ile się to da i wyciąć kawałek wyciągnięty. Operacja w oku prawem pomimo nader ciasnej komórki przedniej udała się zupełnie tak jak pragnęliśmy—ogromny kawałek tęczy został wyciągnięty i odcięty, a duża czarna źrenica sztuczna postawiła nas w możności zapewnienia chorej, iż w tym oku wzrok operacją uzyskany na zawsze, a przynajmniej na bardzo długo takimże pozostanie. W oku lewym rzeczy nie tak poszły jak pierwotnie zamierzaliśmy: w chwili wkłuwania nożyka G r ä f e'go przyszła mi myśl popróbowania azali nożyk, pomimo zupełnego braku komórki przedniej nie prześlizgnie się pomiędzy rogówką a tęczą, myśl tę w czyn zamieniłem i rzeczywiście udało mi się ją wykonać, pomimo pozornego niepodobieństwa, na uznanie którego wszyscy widzący przed operacją chorą koleżdy zgadzali się. Oczwicie i dalszy plan operacji po zmianie aktu wstępnego zmienić musiałem, wyciągnąłem tęczę kawałek tak wielki jak mi się uchwycić czawkami udało wyciąłem i źrenica sztuczna została zrobiona; źrenica ta jednak jakkolwiek była dosyć szeroką (około 3^{mm}) nie dochodziła do brzegu źrenicy rzeczywistej, bo kawałek tęczy sąsiedniej ze zwieraczem przyrosłym do soczewki został przy tej ostatniej, a nadto źrenica ta nowa nie była użyteczną bo po za nią widzieliśmy rzeczywistość, którą uprzednio przypuszczać tylko mogliśmy, zaciemek soczewki, opalowego jeszcze koloru; w takim stanie rzeczy widząc że nie mam do stracenia a obawiając się próbować wydalenia w dalszym ciągu tejże operacji, częściowo tylko pociemniałej soczewki, postanowiłem przynajmniej oddalić z oka jeszcze tę część tęczy, która z soczewką w połączeniu została; w tym celu wprowadziłem haczyk B e r a pomiędzy soczewką a przylepioną do tejże tęczą i wyprowadziwszy go przez naturalną źrenicę, ująłem brzeg przylepiony i starałem się go wyciągnąć na zewnątrz, manewr ten jednak nie udał mi się, brzeg przyrosniętego nie oderwałem od soczewki tyłkom go przerwał, a haczykiem pomimo to że wprowadzając go i wyprowadzając, dotykałem tylko do soczewki tylną (nie ostrą) jego stroną, skaleczyłem jednak torebkę; już po wydobyciu haczyka spostrzegłem znaczek, zapowiadający skaleczenie, ale nie byłem jeszcze tego pewny, dopiero w kilka dni rzeczywisty stan rzeczy ujawnił się, gdy znaczek ten wyraźniej (jako bielszy) na tle opalowej jeszcze barwy soczewki uwydatnił się. Po operacji tej odczynu zapalnego nie było wcale, w tydzień już się chora cieszyła wcale niezłym wzrokiem w oku prawem, a w lewym widzieliśmy postęp w pociemnianiu się zaciemka; śródoczne ciśnienie w obu oczach zmniejszyło się, nerwalgie rzęskowe ustały zupełnie i galki nie były wcale przy dotykaniu bolesne. Najważniejszym jednak i najbardziej przekonującym objawem o korzyściach bezpośrednich operacji, było zjawienie się komórki przedniej w obu oczach. We trzy tygodnie po pierwszej operacji przystąpiłem do wydobywania zaciemka z oka lewego i uskuteczniłem to z łatwością, bo zaciemek był miękki a torebka już przy poprzedniej operacji rozdarła, gdy jednak przed wydobyciem zaciemka starałem się uchwycić sąsiedni ze sztuczną źrenicą kawałek tęczy i wyciągnąć go, nie udało mi się to, bo tęczą tak była zanikła, że się rwała przy każdym ujęciu czawkami; i po tej operacji odczynu zapalnego wcale nie dostrzegliśmy a w tydzień po operacji badane oko wykazało, pomimo pozostałego i znacznego bardzo zaciemka następczego (torebki bowiem wyciągnąć pomimo chęci nie mogliśmy), znacznie lepsze uczucie światła i dokładną nie tylko środkową ale i odśrodkową możność rozpoznawania kierunku, z którego światło na oko padało; komórka przednia także jeszcze się bardziej pogłębiła. W ciągu następnych kilku tygodni stan wzroku nie zmienił się, oko ciągle było niebolesne, normalnego napięcia, tylko źrenica sztuką zrobiona z każdym się dniem zmniejszała, prawdopodobnie w następstwie powolnego przetwarzania

się pozostałych przy niewydobytej torbecie pierwiastków komórkowych w tkankę łączną; nakoniec źrenica ta istnieć przestała a komórkę przednią od reszty oka oddzielały tylko tęczka i resztki zaciemka torbkowego, zrosniętego z blizną na granicy rogówki i błony twardej po pierwszych operacjach pozostała.

W tym stanie rzeczy postanowiłem próbować zrobienia z zewnętrznej strony nowej sztucznej źrenicy i we 4 tygodnie po drugiej operacji przystąpiłem do trzeciej; komórka przednia dostatecznie głęboka dozwoliła użycia lancy, którą zrobiłem cięcie bardzo szerokie tak, że źrenica nowo utworzona powinna byłaby być dosyć duża, ale po wprowadzeniu cążek znalazłem tęczę tak zanikłą i rychłą, że jej weale wyciągnąć nie mogłem, rwała mi się tylko co ujęta tak, że tylko kilka malutkich, niewidzialnych prawie po wyciągnięciu kawałeczków wyrwać mogłem, a pokazujące się w ranie ciało szkliste nakazało operację przerwać i odebrało ochotę do ponawiania prób tegoż rodzaju w przyszłości. I po tej operacji odczynu zapalenia weale nie było, a w ciągu pierwszych trzech tygodni uczucie światła o tyle się poprawiło, że chorea ruchy ręki rozpoznawać już mogła; mieliśmy już zamiar chorą wypisać z Instytutu, zadowoloną ze znacznej poprawy wzroku w oku prawym, które ponimo zaciemka biegunowego tylnego (który przy dokładnem późniejszym badaniu wykryliśmy) czytało jeszcze z + S N. 5 J ä g r a a gołym okiem dobrze N. 12 w 6'', gdy nagle oko lewe dotychczas ciągle się jednoustajnie i względnie dobrze zachowujące, po jednej nocy zmiękło do niepoznania bez żadnych dotkliwych lub wyraźniejszych widzialnych, zapalnych objawów. Zmięknienie to było wyraźne przy dotykaniu a nawet widzialne, gdyż w miejscach gdzie mięśnie proste po gałce przebiegają, ta ostatnia była nieco spłaszczoną. Zatrzymaliśmy z tego powodu chorą nie tyle dla leczenia, bo środków mogących stan ten polepszyć nie znamy dotychczas, ile dla obserwacji; po 5 dniach wyczekującego obserwowania dostrzegliśmy wzmaganie się napięcia gałki i współcześnie uczucie światła, które po tém raptownem zmięknieniu także zredukowało się znowu do jakościowego, zaczęło się polepszać i doszło do stanu poprzedniego w ciągu 2ch dni, podczas których i gałka ponownie do prawidłowego stanu wypełnienia powróciła; stan taki trwał przeszło tydzień, poczem znowu gałka na czas dwóch dni zmiękła a następnie znowu się wypełniła i w takim stanie pozostała przez trzy tygodnie, po których przebiegu chorą z Instytutu wypisaliśmy z tém przekonaniem, iż mieliśmy do czynienia z wypadkiem rzadko dającej się obserwować choroby, którą ś. p. G r a i f e na krótko przed swym zgonem, jako peryodyczny, samodzielny zanik oka (*essentielle periodisches phtisis bulbi*) ze zwykłym sobie spostrzegawczym talentem wykrył i opisał.

(Dalszy ciąg nastąpi).

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

Zgorzel płuc (*Gangraena pulmonum*).

Przez prof. Dr. L e y d e n a.

Spolszczył Dr. A. P a b i a n.

(Dokończenie *).

Do pierwszego rodzaju podaje sposobność wszelkie zranienia płuc przez ukłucie lub strzały. Rany postrzałowe płuc słusznie zaliczają się do ciężkich. Zawsze zagrażają one życiu, zwykle trwają bardzo długo, a często bardzo śmiertelnemi się stają. Bezpośredni następstwem strzału przez płuca jest przedewszystkiem utworzenie dłuższego lub krótszego kanału postrzałowego ze współczesnem zranieniem ścian klatki piersiowej. Zarówno z tego otworu, jakoteż z rany płucnej wylewa się krew, często nieobficie, często w tak znacznej ilości, że następuje krwiopłucie, lub też krwi wylew do worka opłucnej (*Hemothorax*). W wielu razach współcześnie powietrze do klatki piersiowej się dostaje i tworzy się odma piersiowa (*Pneumothorax*), zwykle z następnem ropniem zapaleniem opłucnej. Tego następstwa naturalnie nie bywa, jeżeli istnieją przyrosty płucne.

*) Patrz Nr. 2 i 12 Gaz. Lek.

Co się tyczy kanału postrzałowego w samem płucu, to może się on zbliżnić wśród małoznacznych zjawisk zapalnych, albo też, zupełnie, jak przy strzale przez grube części miękkie, w około występuje silny odczyn zapalny, rozległe nacieczenie, które w niekorzystnych warunkach prowadzi do sposoczenia, ropienia i zgorzeli. Albo cały kanał postrzałowy przechodzi także w zgorzelowe owrzodzenie, albo też tylko część, gdy tymczasem część druga oczyszcza się i gładkimi ścianami wyściela. Takie wypadki są zawsze bardzo ciężkie i zwykle śmiercią się kończą. W skutek braku ładu, niedostatecznego spoczynku i dozoru w pierwszych dniach po bitwach około Metz dość znaczna część przenikających zranień płuca taki zły przebieg przybrała. Chorzy szerzyli niecznośną, zgorzelinowo-gnilną woń i zakazali powietrze sal szpitalnych, z wielką krzywdą dla higieny całych lazaretów. Większa część umarła po upływie czasu nie wiele dłuższego od dni 14. Przy oględzinach posmiertnych kanał postrzałowy (obok wylewu w oplucną lub bez takowego) znajdował się na większej lub mniejszej przestrzeni zmienionym w zgorzelową jamę otoczoną zbitym nacieczonym mięszem płucnym. I w znaczniejszej odległości znajdowały się ogniska i gruzły nacieczone, które na rozkroju miały wygląd podobny do serowatej *peribronchitis*. Przecięcia poprzeczne oskrzeli okazują zbite, żółto-ropiaste nacieczenie i ugrupowanie podobne do tak zwanych gniazd gruźliczych; między nimi miąższ płuca zwątrobiały. Dalej te nacieczenia ulegają rozpadowi, ściana oskrzeli mięknie, powstają rozszerzenia lub ropnie, albo też nakoniec nowe ogniska zgorzelinowe.

Drugi rodzaj traumatycznej zgorzeli płuc powstaje przez ugniecenie, przez stłuczenie. Jest to sposób powstawania, na który dotąd mało zwrócono uwagi, a który właśnie na naszej klinice kilkakrotnie widzieliśmy. Zgorzel płucna, chociaż w ogólności do rzadkich cierpień płucnych należąca, jest u nas stosunkowo dość częstą i prawie w każdym półroczu akademickim mamy sposobność widzenia jednego lub kilku takich wypadków. Chorzy należą prawie zawsze do klasy wyrobniczej, ściśle i dokładne opowiadania wielu z nich, pozwoliły nam do zukać się przyczyny w stłuczeniu piersi. Jeden z chorych bardzo silny tragarz, opowiadał, że przy bijatyce został rzucony prawym barkiem o drewnianą ławę tak silnie, że przez 2 godziny był nieprzytomny. Po tem stłuczeniu rozwinęła się zgorzel płucna w prawym wierzchołku. Drugi chory uderzył się dyszlem w lewy bok, w tem samem miejscu rozwinęło się ognisko zgorzelowe z obfitem krwiopłuciem.

W ubiegłym półroczu leżał u nas chory, bardzo ciężko cierpiący na zgorzel płucną, która powstała po dzwiganiu na grzbiecie nader wielkich ciężarów. W bieżącym półroczu u jednego chorego rozwinęła się zgorzel w wierzchołku płuca lewego, po dzwiganiu worka z żelazem ważącego $1\frac{1}{2}$ cetnara na barku tejże strony. Zapewne przytoczone spostrzeżenia są dość liczne i dokładne dla wykazania możliwości powstawania zgorzeli płuc po stłuczeniu piersi. Ognisko odpowiada miejscu stłuczenia i w naszych wypadkach wywiązywało się cierpienie w wierzchołku płuca po ugnieceniu barku. Przy podajności ścian klatki piersiowej, a szczególnie też barku, nie trudno pojąć, że stłuczenia aż na płuca się przenoszą i w nich podobnie jak przy stłuczeniach skóry, mogą wytworzyć krwawe podbiegnięcia i zgorzelowe strupy.

Co do przebiegu i zejść zgorzeli płucnej, to ciężkość wypadków jest bardzo różna. Wszakże prędki przebieg w ciągu 2—3 tygodni należy do rzadkości i to zarówno przy pomyślnem, ja' otóż przy śmiertelnem zejściu. Zwykle sprawa przeciąga się długo; nawet we względnie lekkich wypadkach 5—6 tygodni, w cięższych całe miesiące. Ciężki wypadek, który w ubiegłym półroczu u nas był leczonym i zupełnie uleczonym, trwał w szpitalu 3 miesiące, a już zewnątrz szpitala od kilku istniał tygodni. Zagojenie obszerniejszej zgorzeli płuca, bardzo długiego wymaga czasu. Zejście śmiertelne częściej występuje dość szybko, wszakże zwykle dopiero po kilku tygodniach przez wycieńczenie ze zjawiskami gorączki gnilnej. Pomiedzy temi dwoma zejściami stoi trzecie—wyzdrowienie niezupełne. Zgorzelinowe owrzodzenie zmniejsza się zwolna, ale nie następuje zupełne zagojenie, lecz powstaje jama wydzielająca ze ścian swoich ropiastą, rzadko płynącą wydzielinę i warunkuje przez to ciągle mniej lub więcej silne ropadowe zniszczenie. To jest nierzadką przyczyną przewlekłych spraw ropadowych, które także do gnilnych zapaleń oskrzeli zaliczonymi być mogą, chociaż się odbywają właściwie nie w rozszerzonych oskrzelach, a w nienormalnie powstałych jamach wśród miąższu płucnego. To zejście bynajmniej nie jest pożądane, jacz prawnie nigdy nie udaje się więcej usunąć gnilnej sprawy; przychodzi łatwo do nasilenia, nawet z powtarzaniem się na nowo zgorzelinowem owrzodzeniem. Niektórzy chorzy znajdują się przytem długie lata we względnie znośnym stanie, zwykle jednak są osłabieni, wycieńczeni i w końcu ulegają zupełnej sił utracie z charakterem hektycznym.

Co się tyczy prognozy, to niewątpliwie zgorzel płucna należy do ciężkich cierpień, tak, że nawet w pozornie najłżejszych wypadkach nie pozwala na bezwarunkowo pomyślną prognozę i w częstych razach do śmierci prowadzi. W każdym jednak razie jest przesadzonem, gdy kto z Niemeyerem twierdzi, że tylko wyjątkowo bywa wyleczalną. Już Laennec powiada: Jakkolwiek ciężką chorobą jest częściowa zgorzel płuc, to jednakże nie prowadzi bezwarunkowo do śmierci. Laennec widział kilka uleczonych wypadków, w których już większe zgorzelowe jamy się były wytworzyły. Pomyślniejszemi wypadkami chwali się Skoda przy swoim leczeniu wzięwaniami terpentyny. Traube chwali skutki leczenia *Plumbo acetico*. Co do statystyki wypadków obserwowanych na naszej klinice, to takowa w ostatnich latach bardzo pomyślnie wypadła. Od blisko 2 lat mieliśmy w leczeniu 8 wypadków zgorzeli płucnej, z których żaden się nie zakończył śmiercią. Sześć wyszło ze szpitala z zupełnem uleczeniem, jeden niewyleczony z rozpadową kawerną; ósmy jest jeszcze w leczeniu ¹⁾. O ile tu wypadek rządził w tyłu pomyślnych zejściach, nie chcemy rozstrzygać. W każdym razie w większej części były to wypadki ciężkie z rozległą zgorzelą i przebiegiem bardzo przewlekłym.

Punktami oparcia dla prognozy w pojedynczych wypadkach są następujące momenta:

a) Wiek i konstytucya. Młode i silne osoby przenoszą chorobę łatwiej, starsze słabowite, a mianowicie wycieńczeni nałogowi pijacy bardzo ciężko. Przy następnych przerzutowych ogniskach, charakter pierwotnego cierpienia jest naturalnie nader ważnym dla prognozy.

b) Gorączka. Pomyślnym jest mały stopień gorączki lub stan bezgorączkowy z względnie małą częstością tętna. Niekorzystną jest silna gorączka, szczególnie gdy trwa czas dłuższy. Prawie równie niekorzystne są małe przepuszczające podniesienia ciepłoty z silnemi potami i znaczną częstością tętna.

c) Stan ogólny. Dobry stan sił, zdrowe zabarwienie warg wróży pomyślnie; przeciwnie—upadek sił i wycieńczenie. Bardzo ważnym, jak przy wszystkich dłuższych chorobach, jest stan narzędzi trawienia.

d) Płwocina. Mocno cuchnąca, padlinowa woń jest złowrogą, osłabienie tej woni pomyślnie; dalej pomyślnem jest gdy kawałki wypłute zniszczonego płuca zmniejszają się w swęj wielkości i liczbie.

e) Znaki fizyczne. Obszernie rozprzestrzenione nacieczenie, znaki rozległej jamy są zgubne.

f) Powikłania. Do niepomyślnych należą: silne krwioplucie, zapalenie opłucnej, odma piersiowa. Przykrém powikłaniem jest brak apetytu i rozwolnienie.

L e c z e n i e.

Leczenie u Laenneca polegało na stawieniu pijawek, zimnych okładach na głowę, gorzycznikach i jęczmionach, wewnątrz mieszanki z wymiotnicy, makowca, piżma i t. d. Wprowadzenie przez Skodę leczenia zgorzeli płuc za pomocą wzięwań terpentynowych stanowi epokę. One to otworzyły drogę działania wprost na chorobne ognisko płucne leczniczym środkiem wprowadzonym razem z powietrzem wdychanem, środkiem ściągającym a razem przeciwnym. Podany w tym celu przez Skodę pomysły i prosty przyrząd znajdował się na każdej klinice; było to wszakże przed czasem terapii inhalacyjnej. Wynalezione po tym czasie przyrządy proskujące (inhalatory) wyrugowały z użycia stare przyrządy Skody. Od czasów Skody, a szczególnie też w ostatnich czasach zaczęto używać do wzięwań rozmaitych substancyj. Zdawało się, że wzięwania terpentynowe nie sprawiały tego, czego się po nich spodziewano. W istocie bowiem terpentyna w małym tylko stopniu posiada przeciwnym własności. Z różnych stron zatem zalecano inne substancje przeciwnym. Przeciw większej części z nich można podnieść pewne zarzuty i wątpliwości, tak mianowicie przeciw wodzie chlorowej, ponieważ chlor należy do gazów nieoddechalnych, to jest natychmiast po dostaniu się do oskrzeli wywołuje kaszel. Dlatego pewno nie z niej nie dosięga samego ogniska zgorzelowego. ¹⁾ *Kali hypermanganicum* nie bardzo zalecać można. Bo jakkolwiek jest to silnie przeciw-

¹⁾ Ten wypadek zakończył się śmiercią jak to autor w przypisku wspomina.

(Przyp. tłumacz.).

gnilny środek, niewątpliwiej skuteczności przy owrzodzeniach rozpadowych na zewnętrznych częściach ciała, to jednak jest tak łatwo rozkładalnym, iż śmiało twierdzić można, że przy wzięwaniu bardzo mało, albo nie wcale nie dostaje się do dróg powietrznych, a coź dopiero do samego chorobnego ogniska. Już około 2 lat wprowadziłem w użycie wzięwania kwasu karbolowego w 2—4 procent. roztworach (już dawniej w tym celu używano *aqua creosoti*) i jak mi się zdaje z dobrym bardzo skutkiem. Skuteczność tego środka przeciw sprawom gnilnym nie podlega zapewne wątpliwości, jakkolwiek nie odpowiada on wszystkim oczekiwaniom, jakie do jego użytków w chirurgii przywiązywano. Do wzięwań bardzo dobrze użyć się daje; przykry smak dla wrażliwych chorych za pomocą wody miętowej zamaskować można. Takie wzięwania robią się 1—2—3 razy dziennie, przyczem zalecamy choremu oddechać głównie chorą stroną piersi. Oprócz tych wzięwań podaję ten sam środek do wewnątrz w roztworze jednej czwartej części do 1 proc. po łyżce stołowej. Dla wielu chorych wprawdzie smak jest bardzo nieprzyjemnym, ale też nie przykrzejszym od używanego tak często kreozotu; niektórym psuje apetyt, co naturalnie zmusza do zaniechania go.

Dalej wiadomo, że kwas karbolowy po dłuższem używaniu wywołuje zjawiska zatrucia, które wprawdzie bywają poprzedzone brunatnawem zabarwieniem moczu, tak, że w ten sposób posiadamy pewny znak, kiedy środek usunąć należy. O skuteczności tego środka podawanego do wewnątrz, a nawet głównie tego sposobu użycia, zdaje mi się, że w wielu razach niewątpliwie się przekonałem. To dałoby się wytłumaczyć rozmaitym sposobem. Naprzód, że w ustach pozostające cząstki mieszają się z wdychanem powietrzem i ograniczają rozkłady tak w samej jamie ustnej, jakoteż w płucach, a więc w sposób do wzięwań zbliżony. Powtóre działa przez ograniczenie rozkładów w żołądku i kiszki, dokąd część płocin przy połknięciu się dostaje. Potrzebna przez wejście do krwi, jak to p. Salkowski wykazał, u zwierząt bezpośrednio, u ludzi pośrednio przez znalezienie go w moczu; przez krew działa dalej na pochłaniane cząstki rozpalowe i na ognisko płucne samo. Która z tych możliwości ma za sobą najwięcej prawdopodobieństwa, rozstrzygnąć nie mogę. Ze względu na nie przekładam raczej w miejsce roztworu z wodą miętową lub *Eleosacchar. menthae*, postać pigulek.

Używam jeszcze innego środka, który do przeciwnilnych zaliczać możemy, to jest w y s k o k u. Większość naszych chorych chętnie się zgadza na zalecenie wódki i dajemy im niekiedy obfite ilości. Niektórzy chorzy opierają się używaniu wódki; podajemy wtedy mocne wina, szczególnie węgierskie.

Z pomiędzy środków lekarskich wewnętrznych wspominam tu przede wszystkim zalecany przez Traube'go octan ołowiu, który używa po pół do 1 gr., co 2 godziny i po którym, skoro gorączka znacznie się zmniejszyła, podaję *Acid. tannicum* (1—2 gr. co 2 godz.). Ichininę należy używać od czasu do czasu, gdyż działa ona wedle Binza raz przeciwgorączkowo, a dalej przeciwnilnie na sprawy rozpadowe. W tej myśli podajemy wielkie dawki pół gramma co godzina, i to 2—3—4 razy.

Ogólniejszym wskazaniem odpowiada leczenie wzmacniające za pomocą środków z grupy *amara, tonica* (*Gentiana, Quassia, Trifol fibr.* China i żelazo), w połączeniu z posiłną dietą.

W usuwaniu objawów dokuczliwych najważniejsze zapewne zajmuje miejsce leczenie k a s z l u. Jego naturalność stanowi, jak już wspominaliśmy, wielką dla chorego mekę, wycieńcza jego sily, z drugiej wszakże strony sprzeciwia się nagromadzeniu posokowatych wydzielin. Usunięcie więc zupełne kaszlu nie jest bynajmniej bezwzględnie wskazanem. Wprawdzie w wypadkach, gdy spoczynek nocny kaszlem zakłócany bywa często i silnie, nie wahać się podawać przetwory makuwca (*opium. pulv. Doveri, Morphinum* wewnątrz lub podskórnie, albo też *chloral*), przyczem nie mogę dać ogólnie pierwszeństwa któremukolwiek z tych środków przed drugimi. We dnie pozostawiam chorych zwykle bez tych uspakajających środków, daję raczej chętnie środki wykrztusne.

W leczeniu powikłań, a szczególnie krwiopluc wchodzi tu nie będy. Odbywa się ono wedle zwykłych zasad, okładów lodowych, wzięwań *liq. ferri, Plumb. acet.* *Tannini* do wewnątrz, *ergotyny* wewnątrz lub podskórnie. Kilka wszakże słów jeszcze pozwolę sobie powiedzieć o ogólnem zachowaniu jakie tym chorym zalecać należy.

Przewlekłe gorączkującym z miernem nasileniem gorączki każemy chętnie zostawać kilka godzin w ciągu dnia na świeżem powietrzu, czynność mięśniowa zdaje się pomyślnie działać na krążenie i pobudzenie apetytu. Przymem wiele znaczy sam

wpływ moralny, cierpliwość chorych nie wyczerpuje się tak, jak przy ciągłym leżeniu i nabierają nadziei w wyzdrowienie. I przy zgorzeli płuc dawniej tego postępowania się trzymałem, gdy sprawa z niezbyt silnymi zjawiskami znacznie się przedłużała. Szczególniej przez użycie świeżego powietrza w ciągu dnia przez kilka godzin, w przeciwieństwie do zepsutego powietrza w pokoju, sądziłem, że korzystnie wpłynę na samą sprawę. Porzuciłem to postępowanie zupełnie—póki cierpliwość chorego się nie zerwie. Przekonałem się, że po każdym wstaniu na dłuższy czas, stan zawsze się pogarszał, gorączka wstrzymana na nowo występowała, płwocina stawała się obfitszą i złowonną. Objaśnienie tego faktu zdaje się leżeć w tem, że przy chodzeniu wydzielina chorzej części do niezajętych dotąd części płuca przenika i wywołuje w nich odczyn zapalny z gorączką. Gdy chory leży w łóżku, to przyjmuje zwykle takie położenie, że rozpadowa wydzielina nie rozlewa się daleko. A w samym miejscu choroby miąższ otaczający już się tak znacznie zmienił, że już nie mamy ani wyraźnego odczynu, ani znacznego pochlania. Wymaganie ciągłego leżenia w sprawach tak bardzo przewlekłych, jest ciężkiem zadaniem dla chorych, którzy się w tym czasie czują się dość dobrze, zwłaszcza że postępy w poprawie nigdy nie są szybkie. Póki wszakże tylko można na zgojenie wyliczać, szczególniej też gdy spostrzeżemy zmniejszenie się ilości płwocin, dopóty leżenie ciągle w łóżku uważam za niezbędne.

Wiadomości bieżące.

— Ciałka przymiotowe (*corpuscula syphilitica*) wykryte przez Dra *Lo st o r f e r'a* we krwi chorych na *syphilis*.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego wiedeńskiego z d. 12 stycznia 1872 r. Dr *Lo st o r f e r* przedstawił rozprawę, w której podaje wyniki mikroskopowych swych badań nad krwią osób cierpiących na przymiot. Oddawna już usiłowano zbadać ośrodek, w którym zarazek przymiotu pozostaje. *H a l l i e r* badał krew chorych na zakaźne choroby i wynikiem tego było wykrycie grzybka *Micrococcus*. Wielu zaprzeczyło prawdziwości tego odkrycia, głównie zaś *D e b a r y*, którego krytyka odmawia zasługi temu odkryciu. Jest to dowodem, że dotychczasowe wyniki badań krwi nie są rozstrzygające. Zdaniem autora przyczyną tego ma być to, że do badań nie używano potrzebnego powiększenia, a także, że po większej części używano do badania tylko świeżej krwi, która zdaniem ogólnem miała być odpowiedniejszą do poszukiwań. Autor obudwóch tych błędów unikał. Rozpoczął pracę swoją w sierpniu roku zeszłego, materiału zaś do niej użył mu prof. *Z e i s s l* ze swego oddziału. Krew brał z chorych na przymiot i po upływie pewnego czasu, od trzech do czterech dni, znajdował stale małe błyszczące ciała, które czasami opatrzone były wypustkami i przekonał się że ciała te powiększają się przez pączkowanie. Tworzyły się nowe ciała, które również opatrzone były wtórnymi pączkami. Za dodaniem rozmaitych płynów, mianowicie zaś wody oskoczonyj lub płynu *P a s t e u r'a* ciała te skurczyły się. Później otoczone były wakuolami.

Fakt ten okazał się tak stałym, że autor li tylko przez hodowanie tych ciałek mógł z wszelką pewnością i dokładnością rozpoznać przymiot. Podał się on 8—10 próbom, przygotowanym mu częścią przez prof. *S t r i c k e r'a*, częścią przez prof. *H e b r e*, i zawsze z szeregu przedstawionych sobie preparatów właściwie rozpoznał, która krew wzięta była z chorego na przymiot, a która ze zdrowego człowieka.

Znalazszy tym sposobem odkrycie swoje wypróbowanem i sprawdzonem, nazwałem ciała te, za pomocą których stanowczo mógł przymiot rozpoznać, ciałkami przymiotowymi. Co się tyczy ich rozwoju, to pod względem liczby bywa on rozmaity. W niektórych razach znajdował więcej jak 50 na jednym polu badania, w innych mniej. Także odnośnie do czasu zauważył pewną różnicę; niekiedy rozwijały się one 3 niekiedy 4 dnia, a w niektórych razach już po 24 godzinach. Co się tyczy wpływu temperatury to przekonał się, że zbyt niska temperatura wstrzymuje rozwój, temperatura wszakże 10—18 st. C. nie wpływała źle na rozwój tych ciałek; również zauważył różnice w tworzeniu się pączków. Czy jednakże ciała te przymiotowe powstają świeżo dopiero po zakażeniu organizmu przymiotem, lub też czy zarodki ich znajdują się już we krwi i tylko zakażenie przymiotem pobudza je do rozwoju, pozostawia jeszcze nie rozwiązanem. Spodziewa się że dalszemi po-

szukiwaniami, przy których prof. Stricker pomocy mu swoją obiecał, ważne to pytanie będzie mógł rozwiązać.

W końcu autor przytoczył szereg przypadków, w których on badania swoje przeprowadzał i jak to już wyżej wspomniano byli to chorzy z oddziału syfilitycznych prof. Zeissl którzy cierpieli na najgroźniejsze formy przymiotu wtórnego i trzeciorzędowego. Godnym uwagi było to, że w miarę jak w skutek rozmaitego leczenia przeciwprzymiotowego następowało polepszenie, ilość ciałek przymiotowych również się zmniejszała i w końcu zupełnie znikaly.

Prof. Stricker potwierdził fakta podane przez autora i opowiedział szczegóły w jaki sposób próby krwi były przyrządzane i zaświadczył że Dr Lostorfer rozpoznał z nich te, które z chorych na przymiot były wzięte. Używał on również do tych preparatów i własnej krwi, aby przekonać się czy nie jest ona syfilityczną. Prof. Hebra potwierdził to również a także i Kaposi (Kohn), który we krwi chorych na przymiot widział te same zmiany. Zaslugującym na uwagę było to, że Dr Lostorfer krew Strickera z preparatów poznawał. Muszą zatem być pewne, właściwe, charakterystyczne znaki, które właściwe są i dla krwi osób nie syfilitycznych i że tym sposobem i inne skażenia krwi możnaby rozpoznać. Powziął zatem myśl badać według tej samej metody krew ospowych, czy czasem dla krwi takich chorych nie znajdzie jakiego diagnostycznego, swoistego znaku.

W tej samej gazecie donoszą że na klinice prof. Hebr'y, mają być obecnie przedsięwzięte mikroskopowe badania nad krwią chorych na ospę. Dotychczasowe badania krwi u ospowych nie doprowadziły, jak wiadomo, do pożądaných rezultatów. Tylko Dr Nekonun z Zurichu odkrył we krwi właściwe duże kryształki, których jednak natury nie mógł ściśle oznaczyć.

— Ruch chorych w szpitalu S-go Stanisława w Szezuczynie w roku 1871.

Z końcem 1871 roku pozostało mężczyzn 25, kobiet 11; razem 36.

Przybyło w r. 1871 mężczyzn 254, kobiet 92; razem 346.

Leczono w ogóle mężczyzn 279, kobiet 103; razem 382.

Z tych: wyzdrowiało mężczyzn 232, kobiet 81; razem 313.

„ zmarło „ 18, „ 15; razem 33.

Pozostało na rok 1872 mężczyzn 29, kobiet 7; razem 36.

Dni szpitalnych chorzy przepędzili 11,464.

Czas średni pobytu chorego w szpitalu dni 30.

Dzienna ludność w średnim przecięciu osob 31,4.

Koszt dzienny utrzymania jednej osoby kop. 34,4.

Koszt utrzymania jednej osoby przez rok cały. rsr. 125 k. 56.

Podług pojedynczych miesięcy ruch chorych był następujący:

	Pozostało z r. 1870.	Zachoro- walo.	Wyzdro- wiało.	Zmarło.	Pozostaje.
Styczeń	36	31	31	1	35
Luty	—	19	21	4	29
Marzec	—	15	15	5	24
Kwiecien	—	39	26	2	35
Maj	—	32	35	1	31
Czerwiec	—	27	27	1	30
Lipiec	—	28	28	5	25
Sierpień	—	30	32	1	22
Wrzesień	—	43	30	4	31
Październik	—	24	23	2	30
Listopad	—	29	28	1	30
Grudzień	—	30	18	6	36
Razem.		346	313	33	36

Powodem cierpienia były następujące choroby:

Rodzaje chorób.	Zachorowało.	Wyzdrowiało.	Zmarło.	Pozostało.
Gorączki kataralne	46	42	„	4
Zimnica	7	6	„	1
Tyfus i tyfoidalne gorączki	14	10	4	„
Cholera.	4	1	3	„
Dysenterya.	9	8	1	„
Zapalenie mózgu, błon mózgowych i rdzenia	5	4	1	„
Choroby oczów	10	9	„	1
Zausznica (<i>parotitis</i>).	4	4	„	„
Zapalenie gardła	8	8	„	„
Zapalenie płuc-opłucnej	4	1	„	3
„ organów moczowych i pleiowych	5	3	2	„
„ brzusznych organów	5	4	1	„
Organiczne choroby brzusznych organów	11	8	1	2
Marazm starców	4	2	2	„
Skrofuly i krzywica.	8	6	2	„
Suchoty płucne	20	13	6	1
Katary piersiowe	4	2	1	1
Choroby nerek	6	3	2	1
Reumatyzm i artrytyzm	13	10	„	3
Puchliny	8	1	6	1
Wrzody atoniczne	15	13	„	2
Wysypki	5	5	„	„
Choroba weneryczna.	65	61	„	4
Newralgia	3	1	„	2
Choroby stawów	4	3	„	1
Stłuczenia, rany, złamania, wywichnięcia	75	69	„	6
Oparzenie, ropnie, odmrożenia	16	13	„	3
Rak	4	3	1	„
Razem	382	313	33	36

W ambulatoryum szpitala otrzymało rad lekarskich i bezpłatnych lekarstw osób 171, z tych wyzdrowiało 168, zmarło 3.

Z ważniejszych operacyj chirurgicznych wykonano w ciągu roku trzy amputacje, wszystkie z pomyslnym rezultatem, mianowicie uda, goleni i ramienia.

Huzarski, lekarz powiatu Szczecińskiego.

— *Krotonochloral* jako nowy środek usypiający. Na jednem z zeszłorocznych posiedzeń kongresu naukowego lekarzy i naturalistów w Rostocku (6 października 1871 r.), Dr Oskar *Liebreich* zakomunikował wiadomość o nowym środku narkotycznym, nazwanym *krotonochloral*, który swem działaniem usypiającem przewyższa wszystkie inne znane dotąd w nauce.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały:

1) Że ten nowy środek lekarski spowodowywał zupełną nieczulość głowy na wpływ bodźców zewnętrznych, nie naruszając bynajmniej uczucia w pozostałych częściach ciała.

2) Jako dalsze jego działanie zauważono wpływ na rdzeń kręgowy w ten sposób, iż jego działalność odruchowa (refleksów), zmniejszała się.

3) Po zażyciu większych dawek, zwierzę umierało w skutek paraliżu rdzenia przedłużonego. Przy pomocy sztucznego oddychania udawało się niekiedy tego rodzaju zwierzętom powrócić życie, a to tem łatwiej, że czynność serca odbywała się u nich jeszcze prawidłowo przez czas długi. Ostatniem działaniem różni się od wodanu chloralu, który zażyty w większych dawkach sprowadza zawsze śmierć w skutek paraliżu serca.

Jako dowód że przy zatruciu *krotonochloralem*, śmierć następuje w skutek paraliżu rdzenia przedłużonego, przekonywa następujące doświadczenie: Drażniąc za pomocą elektryczności nerw błędny (*n. vagus*), po wyjściu z ośrodków (pęczka powrózkowatego rdzenia przedłużonego), to pomimo podtrzymywania sztucznego oddechu, nie wywoływa się skurczów przepony, jak to ma miejsce, gdy temże samem natężeniem elektryczności drażnić będziemy nerw przeponowy (*n. phrenicus*) w miejscu jego zgrubienia, uformowanego z połączenia się 3, 4 i 5 pary nerwów szyjowych rdzenia kręgowego. Nadto u zwierząt,

które pomimo zatrucia krotonochloralem, udawalo się za pomocą sztucznego oddechania powrócić do życia, to jest gdy one same oddychać poczęły, drażnienie nerwu błędnego w témże samém miejscu już wywoływało skurcze przepony.

Wyprobowawszy działanie krotonochloralu na zwierzętach, następnie Dr Liebreich zastosował go na ludziach w klinice berlińskiej. Tak więc zdołał on przy pomocy tego nowego środka wywołać u dziecka zupełną nieczułość w okolicy rozgałęzień nerwu trójdzielnego (*n. trigeminus*), kiedy tymczasem w pozostałych częściach ciała, ruchy zwrotne odbywały się najprawidłowiej. W czasie snu środkiem tym spowodowanego nie zauważano u tegoż dziecka żadnej zmiany w oddychaniu i częstotści pulsu.

Następne próby robione na chorych obłąkanych, dawały też same wyniki (rezultaty). Według więc twierdzeń Dra Liebreich'a, krotonochloral działając wyłącznie na mózg, sprowadza sen głęboki, nie naruszając w niczem czynności organów pozostałych. Po zażyciu zaś wodoru chloralu, uspienie podobne zawsze jest złączone z ogólną nieczułością i nieraz niebezpiecznym osłabieniem czynności serca.

Krotonochloral po raz pierwszy otrzymany został przez Kremer'a i Pinner'a przy przepuszczeniu chloru przez alil.

Alkalia rozkładają krotonochloral na dichloralil i kwas mrówkowy, przyczem wydziela się kwas solny.

Z powyższego więc wnosić należy, że środek ten działa na organizm wyłącznie za pomocą dichloralilu, wytworzonego już w samym organizmie.

— *Journal d'Ophthalmologie*. Otrzymaliśmy w tych dniach prospekt na nowe czasopismo okulistyczne: będzie ono wychodziło w Paryżu raz na miesiąc w formacie podobnym do *Annales d'oculistique* wydawanych w Brukselli, pod zagłówkiem *Journal d'ophthalmologie: recueil pratique de médecine et de chirurgie oculaires*. Kierunek pisma objeli Dr Ksawery Gałęzowski, professor oftalmologii i Adolf Piechaud, były szef kliniki okulistycznej; współredaktorów wlicza prospekt aż 13, między nimi z bardziej znanych spotykamy nazwiska Riecheta, Gosselina, Gavaretta i Cuseo, wszystko to jednak są ludzie, którzy bardzo mało w życiu swoim dotychczasowem przyczynili się do rozwoju okulistyki a z prawdziwym żalem nieznaliśmy ani w liście współredaktorów, ani pomiędzy nazwiskami osób które obiecały współpracownictwo nazwisk Giraud-Tello na i Javala, których w obecnym czasie za rzeczywistych i prawie jedynych przedstawicieli naukowego postępu okulistyki we Francji uważać przywykliśmy. Po otrzymaniu pierwszych numerów czasopisma, które już w styczniu wychodzić zaczęło, może zmienimy niezupełnie korzystne wrażenie, jakie na nas prospekt wywołał, w każdym razie zdaniem naszym w tym względzie z czytelnikami *Gaz. Lek.* podzielić się nieomieszkamy; tembardziej czujemy się w obowiązku do szerszego zajęcia się tą nową publikacją, że na czele jej stoi nasz znakomity rodak, z którego pracami nieraz już czytelników naszego pisma zapoznawaliśmy.

J.

— Fenylat sodu Boboefa. Fenylat sodu otrzymuje się podług Boboefa działaniem stężonego ługu sodowego na stopiony krystaliczny fenol; po ostygnięciu mieszaniny oddzielone od cieczy kryształki czystego fenylatu sodu rozpuszczają się w dziewięciu częściach wody, co stanowi żądany roztwór. Jest to środek odwanający, podtrzymujący gnicie i rozkłady, niszczący miazmata chorób epidemicznych, jak odry, ospy, szkarlatyny, tyfusu i cholery, a więc szczególnie nadający się do czyszczenia powietrza mieszkań prywatnych, szpitali i t. p. W tym celu rozstawiać należy w różnych punktach mieszkania płaskie miseczki, zawierające piasek lub trociny, zwilżone fenylatem sodu. W kieszeniach ubrania nosić można płatki nim zwilżone, w płótno suche obwinięte. Nadto dodawać można do wody przeznaczonej do mycia i kąpieli, używa się też do płukania ust biorąc na szklanke 10 kropli roztworu. W salach szkolnych, szpitalnych, biurach używają do rozprzestrzeniania fenolu w powietrzu zwykłych pulweryzatorów¹⁾.

¹⁾ Fenylat sodu wyrabia apteka Schmidt'a w Warszawie (ulica Mazowiecka).

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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

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

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1872) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1872 r. rsr. 98 (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1872 rsr. 1. Przedpłata na Kal. Lek. na r. 1873 rsr. 1

TREŚĆ: Rozprawy naukowe. Przyczynek do nauki o zaraźliwych zapaleniach oczu. Przez Dra Wolfringa. (Dokończenie). Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie lekarskie z Instytutu Oftalmicznego imienia księcia Edwarda Lubomirskiego. Przez Dra med. Narkiewicza-Jodko. (Ciąg dalszy.) Kronika zagraniczna. Zgorzel płuc (*Gangraena pulmonum*). Przez prof. Dra Leydena. Spolszczył Dr A. Fabian. (Dokończenie). Wiadomości bieżące. Ciałka przymiotowe. Ruch chorych w szpitalu Ś-go Stanisława w Szczecynie w r. 1871. Krotonochloral jako nowy środek usypiający. Journal d'Oftalmologie. Fenylat sodu Boboenf'a. Dodatek. Syfilidologii ark. 6 i 7. Patologii ogólnej T. I ark. 2. Anatomii opisowej ark. 28. Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii Heitzman'a dołącza się ark. 19.

Przyczynek do nauki o zaraźliwych zapaleniach oczu.

Przez Dra Wolfringa.

(Dokończenie *).

Błona śluzowa zmieniona w taki sposób pod względem swego odżywiania, podlegając dalszemu wpływowi szkodliwych warunków, może się stać obiektywnie w sposób chorobliwy zmienioną. Ponieważ na stan chorobliwy wpływają zarówno, tak *genius epidemicus* jak i usposobienie indywidualne, zatem rozwój choroby nie bywa we wszystkich wypadkach jednostajnym.

Mając codziennie do czynienia z chorymi, pomiędzy którymi, cierpienia błony łącznej pod najróżnorodniejszymi postaciami, peryodycznie się pojawiają; miałem nadto sposobność obserwować rozwój zapaleń oczu zaraźliwych tak pomiędzy zupełnie zdrową ludnością, w czasie kilkodniowej podróży koleją żelazną w porze zimowej, jak i w szpitalu, podczas peryodycznie powtarzających się zapaleń zaraźliwych, wikłających dawniejsze cierpienia oczu.

*) Patrz Nr 8, 10, 11 i 12 Gaz. Lek.

Porównywając często pomiędzy sobą różne postacie kliniczne chorób błony łącznej, ze stanowiska histologicznego, zwracałem głównie uwagę moją, przy zmianach zależnych od zapaleń zaraźliwych, na charakter anatomiczny cierpienia. Z tych więc powodów uważam za właściwe przedstawić w krótkości: *a)* postacie zapaleń ocznych rozwijających się i rozszerzających w massie ludności (wojskowej) zdrowej, *b)* przekształcanie się chorób ocznych w szpitalu pod wpływem zapalenia zaraźliwego, i *c)* mój sposób zapatrywania się na charakter anatomiczny wspomnianych chorób.

Przypuszczając zaś, że czytelnikowi nie są obcymi najświeższe prace, dotyczące histologii i anatomii patologicznej błony łącznej ¹⁾, i zostające w związku z temi pracami lekye prof. Graefe'go, o których wyżej wspominałem, mam, że pogląd treściwy będzie wystarczającym.

Cierpienia oczu rozwijające się epidemicznie lub endemicznie, między zdrową ludnością, występują podług moich spostrzeżeń, w postaciach następujących:

1) W początkach choroby, błona łączna ulega mniej lub więcej rozwiniętemu katarowi, który bywa lub nie, powikłanym formami elementarnymi granulacyi. Albo też wspomniane granulacye rozwijają się w łącznicy na pozór zdrowej, nieżyt zaś może występować w dalszym już rozwoju granulacyi. Skutkiem takiego współczesnego istnienia granulacyi i zwykłego nieżytu łącznicy, rozwija się właśnie ta forma chorób ocznych, tak często spotykana w wojsku składającym Garnizon Warszawski, w której obok rozwiniętych granulacyi istnieją tak zwane vegetacye ciałek brodawkowatych. Ta forma jest stosunkowo najmniej zaraźliwą.

2) W innych razach choroba oczu rozwija się pod postacią zapalenia fałdy przechodniej (gruczołków Krause'go), w skutku czego jak wiadomo tkanka otaczająca gruczołki obrzmiewa, tak ze strony błony śluzowej, jak i z przeciwniej, od strony powiek, przeważnie zaś w około gruczołków. Ostremu peryodowi cierpienia tego towarzyszy: nastrzyknięcie naczyń episkleralnych i rozwinięcie w fałdzie przechodniej granulacyi w mniejszej lub większej ilości. Stan taki odpowiada zarówno nieżytowi zaraźliwemu jak i ostrym granulacyom; cierpieniem głównie różniącym się między sobą stopniem obrzmienia fałdy przechodniej i stosunkiem ilościowym granulacyi.

3) Czerwoność i obrzmienie powiek, w skutku zapalenia fałdy przechodniej (gruczołków Krause'go) powstające, mogą powikłać zwykły nieżyt błony śluzowej, i przyczynić się do powiększenia nateżenia processu nieżytego; albo obecnością swoją sprzyjać następczemu powstawaniu cierpienia kataralnego tejże błony śluzowej. Tak w jednym jak i w drugim wypadku, infiltracya zapalna będzie mocniejszą w miejscach leżących bliżej gruczołków Krause'go, czyli wzdłuż górnego brzegu *tarsus*, i przyczepu mięśnia podnoszącego powiekę górną (*muscul. levator palpebr. super.*). Wtedy obrzmienie powieki bywa większe aniżeli w cierpieniach tylko co wspomnianych, i sprawia, że powieka może wystawać po nad brzeg oczodołu.

1) Archiv für Ophthalmologie, Bd XIV. Wolfring.
Archiv „ „ Bd XV. Blumberg.

Jednocześnie skutkiem obrzmienia tkanki otaczającej gruczołki K r a u s e'go, spoczywające w sąsiedztwie przyczepu *m. levatoris palpebr. super.*, działalność tego mięśnia do tyła słabnie, że nie jest w stanie zrównoważyć przewagi biernej m. obrączkowego (*m. orbicularis palpebr.*). Ztąd też powieka górna obrzmiała, nie tylko że pod wpływem woli podniesioną być nie może, lecz nadto opuszczać się może poniżej wolnego brzegu powieki dolnej, którą w takim razie w części przykrywać będzie. W ten sposób przedstawiają się nam powieki dotknięte *ophthalmia blennorrhoeica*.

Obrzmienie powieki przy *conj. blennorrhoeica*, przypisują dotychczas szybkiemu wzmożeniu się processu zapalnego w błonie łącznej, która poprzednio w stanie zwykłego kataru znajdowała się. Ścisłego rozgraniczenia między zwykłym katarzem a śluzotokiem dotychczas nie ma, a jednak jest ono ważnym ze względu na leczenie, zejście, stopień zaraźliwości i charakter anatomiczny. Jeżeli różnica między zwykłym nieżytem błony łącznej a jej *blennorrhoea*, w postaciach typowych tych chorób widzieć się dająca, odpowiadać miała jedynie różnicy zachodzącej w terminologii (*catarrhus et blennorrhoea*), to jest polegać miała na stopniu natężenia sprawy chorobnej; to w takim razie, przy zwyczajnych nieżytach chronicznych, w których bezwątpienia błona śluzowa jest głębiej zajęta, a zmiany jej histologiczne są też same, jakie i przy śluzotoku znajdujemy, powieki powinnyby się nam przedstawiać tak samo jak przy śluzotoku (*blennorrhoea*) zmienionymi. Tymczasem w zwyczajnych nieżytach, jakkolwiek zmiany błony łącznej niczym się nie różnią od zmian histologicznych przy *conj. blennorrhoeica* miejsce mających, jednakże podobieństwo między temi dwoma sprawami polega wyłącznie na zmianach w błonie śluzowej następujących. Przy zwyczajnym nieżycie, nie widzimy ani czerwoności skóry powiek, ani obrzmienia tychże, ani też powiększenia długości powieki górnej, napotykanych przy *conj. blennorrhoeica*.

Wszystkie te objawy mogą się przyłączyć do zwyczajnego kataru, ale dopiero z chwilą zajęcia fałdy przechodniej, w skutku czego ma się rozumieć, i obraz choroby zmianie ulegnie. Nie ulega wątpliwości, że przy stanie zapalnym tkanek powieki i sprawa zapalna wyściełającej ją błony śluzowej przedstawiać będzie większe natężenie. Lecz mając na uwadze że podobne zmiany powieki towarzyszące *conj. blennorrhoeica*. stanowią początkowo właściwość zapalenia fałdy przechodniej, które zawsze przy *blennorrhoea* ma miejsce; również bacząc na to, że przy zwykłym katarze zapalenie fałdy przechodniej nigdy miejsca nie ma, zdaje się byłoby właściwiej uważać, udział fałdy przechodniej w sprawie zapalnej, za objaw wyróżniający od siebie te dwa cierpienia, aniżeli natężenie zapalenia, którego ocenienie zależy od indywidualności zapatrującego się.

4) Oprócz wymienionych powyżej postaci chorób ocznych odznaczających się zaraźliwością i zdolnością do szybkiego rozszerzania się, do tejże kategorii zapaleń zaraźliwych należy jeszcze, jedna z najstraszniejszych chorób zapalnych oczu — *conj. diphtherica*, o której już poprzednio mówiliśmy. Należy się dziwić, że przy badaniach histologicznych powiek, dotkniętych zapaleniem dylteryecznym

łącznicy, dotychczas, o ile mi wiadomo, nie zwrócono uwagi na zachowanie się gruczołków K r a u s e'go; a jednak ze względu na sprawę chorobną której łącznica fałdy przechodniej i tkanki pod nią leżące ulegają, gruczołki K r a u s e'go niewątpliwie sprawie chorobnej podlegać muszą.

Z powyżej wyrzeczonego wynika, że zajęcie fałdy przechodniej (gr. K r a u s e'go) jest objawem wspólnym wszystkim zapaleniom odznaczającym się szczególną zaraźliwością; jakoto: nieżyłowi zaraźliwemu (*contagiöser Catarrh vel Schwellungscatarrh*), ostrym granulacyom, śluzotokowi (*conj.-blennorrhöica*) i zapaleniu dyfterycznemu ¹⁾. Zgodziwszy się na taką podstawę anatomiczną zapaleń zaraźliwych, ważną jest rzeczą byśmy ją mieli zawsze na uwadze, przy rozmieszczaniu chorych ocznych podczas panującej w wojsku epidemii. Należy oddzielać od innych, tych wszystkich chorych, u których stwierdzimy zajęcie fałdy przechodniej; rozróżniając pomiędzy niemi chorych z zapaleniem fałdy ostrym od zapalenia chronicznego, których razem umieszczać nie należy. Dla wszystkich podobnych chorych w ogóle, szczególnie starać się wypada o wyjątkowo dobrą wentylację i dostarczanie jak największej ilości czystego powietrza; co najpewniej uskuteczniwszy pomieszczając ich w barakach.

W przypadkach rozwinięcia się zapaleń zaraźliwych w szpitalu, między chorymi ocznymi, dotychczasowe ich cierpienia przekształcają się w sposób najrozmaitszy, zawsze jednak na wiadomej, tylokrotnie wspominianej podstawie anatomicznej.

Tego rodzaju powikłanie dotykać może zarówno tak chorą, jak i zdrową łącznicę; z pomiędzy oczu ze zdrową łącznicą, najwięcej usposobionemi do zarażenia są te, których rogówki czas dłuższy już były chore. U takich najeczęściej rozwija się, pod wpływem zarazki, nieżyt zaraźliwy. Katar łącznicy chroniczny, powikłany zapaleniem fałdy przechodniej, niejednokrotnie już w ciągu doby, przekształca się w ostre zapalenie śluzotokowe (*conj. blennorrhöica*). Granulacye, które przez całe miesiące znajdowały się w stanie torpidnym, przechodzą w granulacye ostre, pod wpływem następczego zapalenia fałdy przechodniej. W wypadkach podobnych, mówiąc ściśle, zanim granulacye chroniczne zmianie ulegną, przyłączają się do nich granulacye ostre, powstające na zajętej sprawie zapalną fałdzie przechodniej.

Przy warunkach tak niekorzystnych, śluzotok nabiera szczególnego usposobienia do przejścia w zapalenie dyfteryczne. W zwykłych warunkach, prze-

¹⁾ Ciekawym byłoby zbadanie zachowania się gruczołków L i t t r e'go, przy *urethritis*, które jak wiadomo, są także gruczołkami gronkowatemi. Przez zarażenie łącznicy oka wydzieliną rzerzączkową, powstają w naszym klimacie przeważnie, zapalenia z charakterem dyfterycznym. Przypuszczać należy, że nie każda wydzielina rzerzączkowa posiada w jednostajnym stopniu, szczególną własność zarażenia łącznicy; w przeciwnym bowiem wypadku, zapalenie następcze po zarażeniu wspomnianą wydzieliną, nosiłoby charakter jednostajny, a ilość wypadków zarażenia przez nieostrożność chorych, byłoby daleko większą niż jest w istocie. Ważną więc byłoby rzeczą wiedzieć, czy na stopień zaraźliwości wydzieliny rzerzączkowej, nie wpływa większy lub mniejszy udział gruczołków L i t t r e'go, w zapaleniu błony śluzowej cewki.

ważną ilość chorych ocznych w szpitalach wojskowych, stanowią chorzy na katar chroniczny i także granulacye. Każdy więc obeznany z nauką i obowiązkami lekarza szpitalnego, łatwo przedstawić sobie potrafi, jak straszliwy obraz rozwinać się może, w razie powikłania chorobami zaraźliwemi istniejących już cierpień ocznych, pomiędzy chorymi leczonymi w szpitalu, a więc pomieszczonymi razem. Potrafi także pojąć, jak trudnym jest w podobnych wypadkach zadanie lekarza, zmuszonego walczyć z ciągle wzmagającą się ilością nporczywych chorób i z niekorzystnymi często warunkami higienicznymi, których pokonać nieraz nie jest w stanie;—że już pominiemy osobiste niebezpieczeństwo na jakie jest narażonym. Nakoniec potrafi także wyobrazić sobie, na ile energicznym musi być lekarz, nietylko w zalecaniu, ale i w osobistym wykonaniu tego, co za potrzebne dla chorych uznał. Wszystko to czyni, w celu zadowolenia moralnego lekarza, usiłujący działalnością swoją przewyciężyć i pokonać zło. Ale także i rezultaty podobnych usiłowań lekarza, ocenić mogą jedynie ludzie z obecnym stanem nauki obeznani ¹⁾.

Tak więc, możemy na zasadzie wyżej przytoczonych faktów, stwierdzić znany już zresztą pewnik genetycznej jednostajności, wszelkich zaraźliwych zapaleń oczu, po szczególe poprzednio wymienionych.

Ponieważ łącznica na całej swój przestrzeni, posiada budowę histologiczną jednostajną; ponieważ zajęcie sprawą zapalną fałdy przechodniej, występuje jedynie przy tych zapaleniach łącznicy, które charakter zaraźliwości przeważnie, jeżeli nie wyłącznie posiadają; przyczyny zaraźliwości ich nie w błonie łącznej, lecz w głębszych warstwach szukać należy. W badaniach moich histologicznych, przy zapaleniu fałdy przechodniej zawsze znajdowałem zajęcie gruczołków K r a u s e'go. Jeżeli więc zapalenie tych gruczołków gronkowatych, przyjmujemy za podstawę zapaleń zaraźliwych oczu, mieć będziemy obok jednostajności genetycznej dotąd niezaprzeczaną, jednostajność daleko ważniejszą c h a r a k t e r u a n a t o m i e z n e g o.

Taka konkluzya na podstawie anatomicznej wsparta objaśni nam, kwestycę na pozór zagadkową, dlaczego każda z tylokrotnie wspomnianych postaci zapaleń zaraźliwych, może skutkiem zarażenia dać początek: u jednego indywiduum zapaleniu pod tą samą formą, u innych zaś wywołać rozwój innych postaci zapaleń do kategorii zaraźliwych należących. Słowem, wyjaśni nam, dlaczego naprzykład ostre granulacye, przez zarażenie wydzieliną łącznicy na której powstały,

¹⁾ Zdarzało mi się słyszeć zdanie lekarzy, biorących udział w leczeniu dawniejszych zapaleń epidemicznych oczu, że: „o gwałtowności zapalenia oczu podczas t. zw. *ophthalmia militaris*, nie z formy choroby każdego pojedynczego wypadku i jej natężenia sądzić należy, ale po prostu z jej zejścia” (!). Tego rodzaju pogląd powstać miał na drodze doświadczenia, w następstwie leczenia chorób ocznych epidemicznych różnorodnemi środkami a w ich leźbie i kilkakrotnie powtarzanym upustem krwi ogólnym. Pomimo zastosowania środków najróżnorodniejszych, rezultaty leczenia miały być zawsze jednostajne, albowiem leczenie zdaniem tych panów nie zapobiega złemu zejściu choroby. Byłoby do życzenia, by w naszych czasach podobne poglądy nie mogły już więcej mieć miejsca.

mogą wywołać obok innych i zapalenie dyfteryczne, i dlatego to ostatnie może, między innymi, dać z swojej strony początek granulacyom ostrym; pomimo, że między zapaleniem dyfterycznym a ostrymi granulacyami, wspólność, pod względem sprawy patologicznej, jak wiadomo miejsca nie ma.

SPRAWOZDANIE LEKARSKIE

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

Przez Dra med. Narkiewicza-Jodko.

(Ciąg dalszy *).

Na uwagę też zasługuje zastosowanie nowego przez W e k k e r'a, jeżeli się nie mylę, zaleconego po raz pierwszy sposobu robienia niewidzialnymi plam niewyleczalnych rogówki, jakimi są wszystkie blizny po głębszych owrzodzeniach i pęknięciach rogówki powstałe. Sposób ten ma zadanie poprawienia pod względem estetycznym niedostatków chorobą spowodowanego w wypadkach gdzie pod względem polepszenia wzroku wszelka nadzieja straconą została: jest to tak zwane t a t u o w a n i e p l a m y i wykonywa się przy pomocy nakłóć plamy igłą (dawniej do usunięcia zaciemka używanej) zmoczoną w gęstym roztworze tuszu. Sposób wykonywania najlepiej poznamy z historyi choroby jedynego wprawdzie, ale przekonywającego bo udatnego przykładu jaki w roku ubiegłym w Instytucie mieliśmy.

Panna W. S., lat 22 wieku, przybyła w początku maja roku przeszłego z częściowym garbceem rogówki lewej, którego początki tworzenia się dostrzegła przed miesiącem po długotrwałem zapaleniu oka. Tworzeniu się garbca towarzyszyły bardzo silny peryodyczny ból oka i okolic tegoż, oraz zaczerwienienie i łzawienie. Gałka była bardzo twardą, naczynia nadtwardówkowe (episkleralne) średnio nastrzyknięte; garbice zajmował $\frac{2}{3}$ zewnętrzne części rogówki, której pozostała $\frac{1}{3}$ część była przezroczystą i pozwalała widzieć tążę częściowo wrośniętą w bliznę, którąśmy wyżej dla jej wypuklejszej niż pozostała część rogówki powierzchni, garbceem nazwali; po zakropieniu atropiny przekonaliśmy się, iż część źrenicy nie jest w bliznę wrośniętą, ale wziernikiem przez małe otworki bardzo otworok nie z wnętrza oka dojrzyć nie byliśmy w stanie; uczucie światła tylko jakościowe i słabe, projekeya (oznaczenie kierunku światła) niepewna. Stan który chora w tém oku przedstawiała uznaliśmy za jaskrę zapa'ną następczą (*glaucoma secundare*), powstałą po zabliźnieniu się przedziurawiającego wrzodu rogówki i prowadząca z jednej strony podanie się nie dość jeszcze skonsolidowanej blizny ku przodowi, z drugiej zaś osłabienie nadzwyczajne siły widzenia i peryodyczne (przy zapalnych pogorszenia), rzęskowe nerwobóle. Pierwszem zadaniem naszym było usu-

*) Patrz Nr 9 i 11 Gaz. Lek.

nięcie jaskry i zadaniu temu staraliśmy się zadość uczynić przez wykonanie częściowego wycięcia tęczy; po wykonaniu tej operacyi oczywiście na części tęczy widzialnej przez pozostałą przezroczystą rogówkę, garbiec zmniejszył się natychmiastowo a z czasem rogówka cała prawidłowej zupełnie krzywizny nabrała, śródoczne ciśnienie też do prawidłowych rozmiarów wróciło, a wzrok o tyle się poprawił, że chora we 2 tygodnie po operacyi dobrze rachowała palce w odległości 6'. Teraz prof. Szokalski zachęcony prośbami przystojnej dziewczyny, postanowił spróbować tatuowania dla uniewidocznienia szkaradnej plamy. Pierwsza próba okazała z jednej strony że nakłowania dosyć nawet liczne były prawie niebolesne, z drugiej zaś że skutki operacyi przy zupełnym braku odczynu zapalnego były bardzo zadawalniające, bo kilkanaście nakłóć pozostawiło w 6-u miejscach bardzo wyraźne, czarne, małe plamki; w 5 dni powtórzone było nakłonywanie, po którym przekonawszy się ponownie o zupełnym braku chociażby najmniejszego podrażnienia nastąpiło kilka jeszcze posiedzeń w odstępach czasu trzydniowych i chora po dwóch miesiącach pobytu w Instytucie opuściła takowy z wzrokiem nieco polepszonym i plamą, której śladów na 5 kroków dojrzyć niepodobna było, bliżej wprawdzie widoczną była pewna marmurkowatość i niejednostajność czarnego zabarwienia, ale przy dosyć jasnych konserwach niebieskich nawet okulista nieobeznany z tajemnicą, nie rozpoznałby podczas towarzyskiego obcowania rzeczywistego stanu rzeczy. Pomysł ten w każdym razie dorównywa co najmniej wynalazkowi sztucznych oczu.

W sprawozdaniu ogólnem znajdujemy dwa wypadki chorób twardówki, ponieważ jednak tylko z powodu objawów zewnętrznych do chorób tych one zaliczonemi były, więc pomieszczenie znajdują później pomiędzy chorobami błony naczyniowej, do których rzeczywiście jak się o tém przekonamy z istoty swój należały.

Z chorób tęczy zwyczajne tylko formy obserwowanemi były, pod względem też leczenia ich nie ciekawego powiedzieć nie możemy: w wypadkach ostrego zapalenia, atropina, kataplazmy, pijawki w razie bolesności gałki przy dotykaniu i wstrzykiwania podskórne morfiny, zwykle doprowadzały do celu, w groźniejszych i bardziej upartych wypadkach przetwory rtęciowe zawsze sprowadzały polepszenie; oczywiście następstw zapalenia np. przyczepów tęczy tylnych (*synecchia post.*) i t. p. przy najsumienniejszém traktowaniu choroby nie zawsze uniknąć było można.

Wspomnę tu tylko o jedynym ciekawym wypadku przewlekłego zapalenia tęczy i wyrostka rzeskowego (*iridocuklitis chronica*).

Panna M. S. z Siedleckiego przybyła do Instytutu w sierpniu roku zeszłego w stanie następującym. Oko prawe: przyrost brzegu tęczy do soczewki zupełny, tęcza cała wypukłona ku przodowi tak, że pomiędzy brzegiem rzeskowym tejże a rogówką, malutka tylko warstwa cieczy wodnej jest widzialna, źrenica przykryta zapaleniem zorganizowanemi złożami, które przechodzą niepostrzeżenie w brzegi przyrosłej do soczewki tęczy, tylko sam środek źrenicy jest nieco przezroczystszy, przestrzeń ta jednak tak jest nie wielką, że przez nią wzornikiem nie z wnętrza oka rozpoznać a nawet dojrzyć niepodobna. Gałka nieco twardsza niż zwykle i trochę bolesna u góry i na wewnątrz w okolicy wyrostków rzeskowych; widzenie zredukowane do możności decyfrowania liter z Nr. 20 J 5 g r a i liczenia palców w odległości 20 stóp. Oko lewe w podobnym, lecz daleko gorszym stanie:

wypuklenie tęczy jeszcze znaczniejsze tak, że komórka przednia istnieje tylko w przestrzeni pomiędzy środkiem rogówki z przodu, zagłębieniem utworzonem przez przyrosniętą do soczewki tęczy z tyłu i brzeg źreniczny wypukłonej tęczy z boków, zresztą wszędzie tęczą zwyrodnioną i zanikniętą w swojej tkance przylega bezpośrednio do tylnej części rogówki. Źrenica cała zakryta tak zwanym zaciemkiem torebkowym przednim, oko twarde, bolesne, łzawiące i peryodycznie podległe zwiększającemu się śródocznemu ciśnieniu, któremu towarzyszy silny rzęskowy nerwoból (*neuralgia ciliaris*). Uczucie światła tylko jakościowe (odróżnia noc od dnia), wskazywanie kierunku położenia widzianego światła wadliwe. Nie tracąc czasu na bezowocne próby, postanowiliśmy zrobić natychmiast w oku prawem wycięcie tęczy częściowe szerokie, przy pomocy nożyka przez G r ä f e'go do wydobywania zaciemka zalecanego (który dla skrócenia w przyszłości nożykiem G r ä f e'go nazywać będziemy), w lewym zaś gdzie nie przypuszczaliśmy możliwości przeprowadzenia przez brzeg komórki przedniej nawet nożyka G r ä f e'go, mieliśmy zamiar zrobić cięcie górne jak do wydobywania zaciemka (przez rogówkę; z konieczności i przez tęczę) wydalić soczewkę a następnie wyciągnąć tęczę o ile się to da i wyciąć kawałek wyciągnięty. Operacja w oku prawem pomimo nader ciasnej komórki przedniej udała się zupełnie tak jak pragnęliśmy—ogromny kawał tęczy został wyciągniętym i odciętym, a duża czarna źrenica sztuczna postawiła nas w możności zapewnienia chorej, iż w tym oku wzrok operacją uzyskany na zawsze, a przynajmniej na bardzo długo takimże pozostanie. W oku lewym rzeczy nie tak poszły jak pierwotkowo zamierzaliśmy: w chwili wkłuwania nożyka G r ä f e'go przyszła mi myśl popróbowania azali nożyk, pomimo zupełnego braku komórki przedniej nie prześlizgnie się pomiędzy rogówką a tęczą, myśl tę w czyn zamieniłem i rzeczywiście udało mi się ją wykonać, pomimo pozornego niepodobieństwa, na uznanie którego wszyscy widzący przed operacją chorą koleżdy zgadzali się. Oczwiscie i dalszy plan operacji po zmianie aktu wstępnego zmienić musiałem, wyciągnąłem tęczę kawałek tak wielki jak mi się uchwycić czawkami udało wyciąłem i źrenica sztuczna została zrobiona; źrenica ta jednak jakkolwiek była dosyć szeroką (około 3^{'''}) nie dochodziła do brzegu źrenicy rzeczywistej, bo kawał tęczy sąsiedniej ze zwieraczem przyrosłym do soczewki został przy tej ostatniej, a nadto źrenica ta nowa nie była użyteczną bo po za nią widzieliśmy rzeczywistość, którą uprzednio przypuszczać tylko mogliśmy, zaciemek soczewki, opalowego jeszcze koloru; w takim stanie rzeczy widząc że nie mam do stracenia a obawiając się próbować wydalenia w dalszym ciągu tejże operacji, częściowo tylko pociemniałej soczewki, postanowiłem przynajmniej oddalić z oka jeszcze tę część tęczy, która z soczewką w połączeniu została; w tym celu wprowadziłem haczyk B e r a pomiędzy soczewką a przylepioną do tejże tęczą i wyprowadziwszy go przez naturalną źrenicę, ująłem brzeg przylepiony i starałem się go wyciągnąć na zewnątrz, manewr ten jednak nie udał mi się, brzegu przyrosniętego nie oderwałem od soczewki tyłkom go przerwał, a haczykiem pomimo to że wprowadzając go i wyprowadzając, dotykałem tylko do soczewki tylną (nie ostrą) jego stroną, skaleczyłem jednak torebkę; już po wydobyciu haczyka spostrzegłem znaczek, zapowiadający skaleczenie, ale nie byłem jeszcze tego pewny, dopiero w kilka dni rzeczywisty stan rzeczy ujawnił się, gdy znaczek ten wyraźniej (jako bielszy) na tle opalowej jeszcze barwy soczewki uwydatnił się. Po operacji tej odczynu zapalnego nie było wcale, w tydzień już się chora cieszyła wcale niezłym wzrokiem w oku prawem, a w lewym widzieliśmy postęp w pociemnianiu się zaciemka; śródoczne ciśnienie w obu oczach zmniejszyło się, neuralgie rzęskowe ustąpiły zupełnie i galki nie były wcale przy dotykaniu bolesne. Najważniejszym jednak i najbardziej przekonującym objawem o korzyściach bezpośrednich operacji, było zjawienie się komórki przedniej w obu oczach. We trzy tygodnie po pierwszej operacji przystąpiłem do wydobywania zaciemka z oka lewego i uskuteczniłem to z łatwością, bo zaciemek był miękki a torebka już przy poprzedniej operacji rozdarła, gdy jednak przed wydobyciem zaciemka starałem się uchwycić sąsiedni ze sztuczną źrenicą kawałek tęczy i wyciągnąć go, nie udało mi się to, bo tęczą tak była zanikła, że się rwała przy każdym ujęciu czawkami; i po tej operacji odczynu zapalnego wcale nie dostrzegliśmy a w tydzień po operacji bolące oko wykazało, pomimo pozostałego i znacznego bardzo zaciemka następczego (torebki bowiem wyciągnąć pomimo chęci nie mogliśmy), znacznie lepsze uczucie światła i dokładną nie tylko środkową ale i odśrodkową możność rozpoznawania kierunku, z którego światło na oko padało; komórka przednia także jeszcze się bardziej pogłębiła. W ciągu następnych kilku tygodni stan wzroku nie zmienił się, oko ciągle było niebolesne, normalnego napięcia, tylko źrenica sztuką zrobiona z każdym się dniem zmniejszała, prawdopodobnie w następstwie powolnego przetwarzania

się pozostałych przy niewydobytej torebce pierwiastków komórkowych w tkankę łączną; nakoniec źrenica ta istnieć przestała a komórkę przednią od reszty oka oddzielały tylko tęczka i resztki zaciemka torebkowego, zrosniętego z blizną na granicy rogówki i błony twardej po pierwszych operacyach pozostała.

W tym stanie rzeczy postanowiłem próbować zrobienia z zewnętrznej strony nowej sztucznej źrenicy i we 4 tygodnie po drugiej operacyi przystąpiłem do trzeciej; komórka przednia dostatecznie głęboka dozwoliła użycia lancy, którą zrobiłem cięcie bardzo szerokie tak, że źrenica nowo utworzona powinna byłaby być dosyć duża, ale po wprowadzeniu cążek znalazłem tęczę tak zanikłą i rychłą, że jej weale wyciągnąć nie mogłem, rwała mi się tylko co ujęta tak, że tylko kilka małych, niewidzialnych prawie po wyciągnięciu kawałeczków wyrwać mogłem, a pokazujące się w ranie ciało szkliste nakazało operacyę przerwać i odebrało ochotę do ponawiania prób tegoż rodzaju w przyszłości. I po tej operacyi odczynu zapalenia weale nie było, a w ciągu pierwszych trzech tygodni uczucie światła o tyle się poprawiło, że chorea ruchy ręki rozpoznawać już mogła; mieliśmy już zamiar chorę wypisać z Instytutu, zadowoloną ze znacznej poprawy wzroku w oku prawym, które ponimo zaciemka biegunowego tylnego (który przy dokładnem późniejszym badaniu wykryliśmy) czytało jeszcze z + S N. 5 J ä g r a a gołym okiem dobrze N. 12 w 6'', gdy nagle oko lewe dotychczas ciągle się jednoustajnie i względnie dobrze zachowujące, po jednej nocy zmieknęło do niepoznania bez żadnych dotkliwych lub wyraźniejszych widzialnych, zapalnych objawów. Zmieknienie to było wyraźne przy dotykaniu a nawet widzialne, gdyż w miejscach gdzie mięśnie proste po gałce przebiegają, ta ostatnia była nieco spłaszczoną. Zatrzymaliśmy z tego powodu chorę nie tyle dla leczenia, bo środków mogących stan ten polepszyć nie znamy dotychczas, ile dla obserwacyi; po 5 dniach wyczekującego obserwowania dostrzegliśmy wzmaganie się napięcia gałki i współcześnie uczucie światła, które po tém raptownem zmieknieniu także zredukowało się znowu do jakościowego, zaczęło się polepszać i doszło do stanu poprzedniego w ciągu 2ch dni, podczas których i gałka ponownie do prawidłowego stanu wypełnienia powróciła; stan taki trwał przeszło tydzień, poczem znowu gałka na czas dwóch dni zmieknęła a następnie znowu się wypełniła i w takim stanie pozostała przez trzy tygodnie, po których przebiegu chorę z Instytutu wypisaliśmy z tém przekonaniem, iż mieliśmy do czynienia z wypadkiem rzadko dającej się obserwować choroby, którą ś. p. G r a i f e na krótko przed swym zgonem, jako peryodyczny, samodzielny zanik oka (*essentielle periodisches phtisis bulbi*) ze zwykłym sobie spostrzegawczym talentem wykrył i opisał.

(Dalszy ciąg nastąpi).

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

Zgorzel płuc (*Gangraena pulmonum*).

Przez prof. Dr. L e y d e n a.

Spolszczył Dr. A. P a b i a n.

(Dokończenie *).

Do pierwszego rodzaju podaje sposobność wszelkie zranienia płuc przez ukłucie lub strzały. Rany postrzałowe płuc słusznie zaliczają się do ciężkich. Zawsze zagrażają one życiu, zwykle trwają bardzo długo, a często bardzo śmiertelnemi się stają. Bezpośredni następstwem strzału przez płuca jest przedewszystkiem utworzenie dłuższego lub krótszego kanału postrzałowego ze współczesnem zranieniem ścian klatki piersiowej. Zarówno z tego otworu, jakoteż z rany płucnej wylewa się krew, często nieobficie, często w tak znacznej ilości, że następuje krwiopłucie, lub też krwi wylew do worka opłucnej (*Hemothorax*). W wielu razach współcześnie powietrze do klatki piersiowej się dostaje i tworzy się odma piersiowa (*Pneumothorax*), zwykle z następnem ropnem zapaleniem opłucnej. Tego następstwa naturalnie nie bywa, jeżeli istnieją przyrosty płucne.

*) Patrz Nr. 2 i 12 Gaz. Lek.

Co się tyczy kanału postrzałowego w samem płucu, to może się on zbliżnić wśród małoznacznych zjawisk zapalnych, albo też, zupełnie, jak przy strzale przez grube części miękkie, w około występuje silny odczyn zapalny, rozległe nacieczenie, które w niekorzystnych warunkach prowadzi do sposoczenia, ropienia i zgorzeli. Albo cały kanał postrzałowy przechodzi także w zgorzelowe owrzodzenie, albo też tylko część, gdy tymczasem część druga oczyszcza się i gładkimi ścianami wyściela. Takie wypadki są zawsze bardzo ciężkie i zwykle śmiercią się kończą. W skutek braku ładu, niedostatecznego spoczynku i dozoru w pierwszych dniach po bitwach około Metz dość znaczna część przenikających zranień płuca taki zły przebieg przybrała. Chorzy szerzyli niecznośną, zgorzelinowo-gnilną woń i zakazali powietrze sal szpitalnych, z wielką krzywdą dla higieny całych lazaretów. Większa część umarła po upływie czasu nie wiele dłuższego od dni 14. Przy oględzinach posmiertnych kanał postrzałowy (obok wylewu w oplucną lub bez takowego) znajdował się na większej lub mniejszej przestrzeni zmienionym w zgorzelową jamę otoczoną zbitym nacieczonym mięszem płucnym. I w znaczniejszej odległości znajdowały się ogniska i gruzły nacieczone, które na rozkroju miały wygląd podobny do serowatej *peribronchitis*. Przecięcia poprzeczne oskrzeli okazują zbite, żółto-ropiaste nacieczenie i ugrupowanie podobne do tak zwanych gniazd gruźliczych; między nimi mięsz płuca zwątrobiały. Dalej te nacieczenia ulegają rozpadowi, ściana oskrzeli mięknie, powstają rozszerzenia lub ropnie, albo też nakoniec nowe ogniska zgorzelinowe.

Drugi rodzaj traumatycznej zgorzeli płuc powstaje przez ugniecenie, przez stłuczenie. Jest to sposób powstawania, na który dotąd mało zwrócono uwagi, a który właśnie na naszej klinice kilkakrotnie widzieliśmy. Zgorzel płucna, chociaż w ogólności do rzadkich cierpień płucnych należąca, jest u nas stosunkowo dość częstą i prawie w każdym półroczu akademickim mamy sposobność widzenia jednego lub kilku takich wypadków. Chorzy należą prawie zawsze do klasy wyrobniczej, ściśle i dokładne opowiadania wielu z nich, pozwoliły nam do zukać się przyczyny w stłuczeniu piersi. Jeden z chorych bardzo silny tragarz, opowiadał, że przy bijatyce został rzucony prawym barkiem o drewnianą ławę tak silnie, że przez 2 godziny był nieprzytomny. Po tem stłuczeniu rozwinęła się zgorzel płucna w prawym wierzchołku. Drugi chory uderzył się dyszlem w lewy bok, w tem samem miejscu rozwinęło się ognisko zgorzelowe z obfitem krwiopłuciem.

W ubiegłym półroczu leżał u nas chory, bardzo ciężko cierpiący na zgorzel płucną, która powstała po dzwiganii na grzbiecie nader wielkich ciężarów. W bieżącym półroczu u jednego chorego rozwinęła się zgorzel w wierzchołku płuca lewego, po dzwiganii worka z żelazem ważącego 1½ cetnara na barku tejże strony. Zapewne przytoczone spostrzeżenia są dość liczne i dokładne dla wykazania możliwości powstawania zgorzeli płuc po stłuczeniu piersi. Ognisko odpowiada miejscu stłuczenia i w naszych wypadkach wywiązywało się cierpienie w wierzchołku płuca po ugnieceniu barku. Przy podajności ścian klatki piersiowej, a szczególnie też barku, nie trudno pojąć, że stłuczenia aż na płuca się przenoszą i w nich podobnie jak przy stłuczeniach skóry, mogą wytworzyć krwawe podbiegnięcia i zgorzelowe strupy.

Co do przebiegu i zejść zgorzeli płucnej, to ciężkość wypadków jest bardzo różna. Wszakże prędki przebieg w ciągu 2—3 tygodni należy do rzadkości i to zarówno przy pomyślnem, ja' otóż przy śmiertelnem zejściu. Zwykle sprawa przeciąga się długo; nawet we względnie lekkich wypadkach 5—6 tygodni, w cięższych całe miesiące. Ciężki wypadek, który w ubiegłym półroczu u nas był leczonym i zupełnie uleczonym, trwał w szpitalu 3 miesiące, a już zewnątrz szpitala od kilku istniał tygodni. Zagojenie obszerniejszej zgorzeli płuca, bardzo długiego wymaga czasu. Zejście śmiertelne częściej występuje dość szybko, wszakże zwykle dopiero po kilku tygodniach przez wycieńczenie ze zjawiskami gorączki gnilnej. Pomiedzy temi dwoma zejściami stoi trzecie—wyzdrowienie niezupełne. Zgorzelinowe owrzodzenie zmniejsza się zwolna, ale nie następuje zupełne zagojenie, lecz powstaje jama wydzielająca ze ścian swoich ropiastą, rzadko płynącą wydzielinę i warunkuje przez to ciągle mniej lub więcej silne ropadowe zniszczenie. To jest nierzadką przyczyną przewlekłych spraw ropadowych, które także do gnilnych zapaleń oskrzeli zaliczonymi być mogą, chociaż się odbywają właściwie nie w rozszerzonych oskrzelach, a w nienormalnie powstałych jamach wśród miąższu płucnego. To zejście bynajmniej nie jest pożądane, jacz prawnie nigdy nie udaje się więcej usunąć gnilnej sprawy; przychodzi łatwo do nasilen, nawet z powtarzaniem się na nowo zgorzelinowem owrzodzeniem. Niektórzy chorzy znajdują się przytem długie lata we względnie znośnym stanie, zwykle jednak są osłabieni, wycieńczeni i w końcu ulegają zupełnej sił utracie z charakterem hektycznym.

Co się tyczy prognozy, to niewątpliwie zgorzel płucna należy do ciężkich cierpień, tak, że nawet w pozornie najłżejszych wypadkach nie pozwala na bezwarunkowo pomyślną prognozę i w częstych razach do śmierci prowadzi. W każdym jednak razie jest przesadzonem, gdy kto z Niemeyerem twierdzi, że tylko wyjątkowo bywa wyleczalną. Już Laennec powiada: Jakkolwiek ciężką chorobą jest częściowa zgorzel płuc, to jednakże nie prowadzi bezwarunkowo do śmierci. Laennec widział kilka uleczonych wypadków, w których już większe zgorzelowe jamy się były wytworzyły. Pomyślniejszemi wypadkami chwali się Skoda przy swoim leczeniu wzięwaniami terpentyny. Traube chwali skutki leczenia *Plumbo acetico*. Co do statystyki wypadków obserwowanych na naszej klinice, to takowa w ostatnich latach bardzo pomyślnie wypadła. Od blisko 2 lat mieliśmy w leczeniu 8 wypadków zgorzeli płucnej, z których żaden się nie zakończył śmiercią. Sześć wyszło ze szpitala z zupełnem uleczeniem, jeden niewyleczony z rozpadową kawerną; ósmy jest jeszcze w leczeniu ¹⁾. O ile tu wypadek rządził w tyłu pomyślnych zejściach, nie chcemy rozstrzygać. W każdym razie w większej części były to wypadki ciężkie z rozległą zgorzelą i przebiegiem bardzo przewlekłym.

Punktami oparcia dla prognozy w pojedynczych wypadkach są następujące momenta:

a) Wiek i konstytucya. Młode i silne osoby przenoszą chorobę łatwiej, starsze słabowite, a mianowicie wycieńczeni nałogowi pijacy bardzo ciężko. Przy następnych przerzutowych ogniskach, charakter pierwotnego cierpienia jest naturalnie nader ważnym dla prognozy.

b) Gorączka. Pomyślnym jest mały stopień gorączki lub stan bezgorączkowy z względnie małą częstością tętna. Niekorzystną jest silna gorączka, szczególnie gdy trwa czas dłuższy. Prawie równie niekorzystne są małe przepuszczające podniesienia ciepłoty z silnemi potami i znaczną częstością tętna.

c) Stan ogólny. Dobry stan sił, zdrowe zabarwienie warg wróży pomyślnie; przeciwnie—upadek sił i wycieńczenie. Bardzo ważnym, jak przy wszystkich dłuższych chorobach, jest stan narzędzi trawienia.

d) Płwocina. Mocno cuchnąca, padlinowa woń jest złowrogą, osłabienie tej woni pomyślnie; dalej pomyślnem jest gdy kawałki wyplute zniszczonego płuca zmniejszają się w swęj wielkości i liczbie.

e) Znaki fizyczne. Obszernie rozprzestrzenione nacieczenie, znaki rozległej jamy są zgubne.

f) Powikłania. Do niepomyślnych należą: silne krwioplucie, zapalenie opłucnej, odma piersiowa. Przykrém powikłaniem jest brak apetytu i rozwolnienie.

L e c z e n i e.

Leczenie u Laenneca polegało na stawieniu pijawek, zimnych okładach na głowę, gorzycznikach i jęczmionach, wewnątrz mieszanki z wymiotnicy, makowca, piżma i t. d. Wprowadzenie przez Skodę leczenia zgorzeli płuc za pomocą wzięwań terpentynowych stanowi epokę. One to otworzyły drogę działania wprost na chorobne ognisko płucne leczniczym środkiem wprowadzonym razem z powietrzem wdychanem, środkiem ściągającym a razem przeciwnym. Podany w tym celu przez Skodę pomysły i prosty przyrząd znajdował się na każdej klinice; było to wszakże przed czasem terapii inhałacyjnej. Wynaleziono po tym czasie przyrządy proskujące (inhalatory) wyrugowały z użycia stare przyrządy Skody. Od czasów Skody, a szczególnie też w ostatnich czasach zaczęto używać do wzięwań rozmaitych substancyj. Zdawało się, że wzięwania terpentynowe nie sprawiały tego, czego się po nich spodziewano. W istocie bowiem terpentyna w małym tylko stopniu posiada przeciwnym własności. Z różnych stron zatem zalecano inne substancje przeciwnym. Przeciw większej części z nich można podnieść pewne zarzuty i wątpliwości, tak mianowicie przeciw wodzie chlorowej, ponieważ chlor należy do gazów nieoddechalnych, to jest natychmiast po dostaniu się do oskrzeli wywołuje kaszel. Dlatego pewno nie z niej nie dosięga samego ogniska zgorzelowego. ¹⁾ *Kali hypermanganicum* nie bardzo zalecać można. Bo jakkolwiek jest to silnie przeciw-

¹⁾ Ten wypadek zakończył się śmiercią jak to autor w przypisku wspomina.

(Przyp. tłumacz.).

gnilny środek, niewątpliwiej skuteczności przy owrzodzeniach rozpadowych na zewnętrznych częściach ciała, to jednak jest tak łatwo rozkładalnym, iż śmiało twierdzić można, że przy wzięwaniu bardzo mało, albo nie wcale nie dostaje się do dróg powietrznych, a coź dopiero do samego chorobnego ogniska. Już około 2 lat wprowadziłem w użycie wzięwania kwasu karbolowego w 2—4 procent. roztworach (już dawniej w tym celu używano *aqua creosoti*) i jak mi się zdaje z dobrym bardzo skutkiem. Skuteczność tego środka przeciw sprawom gnilnym nie podlega zapewne wątpliwości, jakkolwiek nie odpowiada on wszystkim oczekiwaniom, jakie do jego użytków w chirurgii przywiązywano. Do wzięwań bardzo dobrze użyć się daje; przykry smak dla wrażliwych chorych za pomocą wody miętowej zamaskować można. Takie wzięwania robią się 1—2—3 razy dziennie, przyczem zalecamy choremu oddechać głównie chorą stroną piersi. Oprócz tych wzięwań podaję ten sam środek do wewnątrz w roztworze jednej czwartej części do 1 proc. po łyżce stołowej. Dla wielu chorych wprawdzie smak jest bardzo nieprzyjemnym, ale też nie przykrzejszym od używanego tak często kreozotu; niektórym psuje apetyt, co naturalnie zmusza do zaniechania go.

Dalej wiadomo, że kwas karbolowy po dłuższem używaniu wywołuje zjawiska zatrucia, które wprawdzie bywają poprzedzone brunatnawem zabarwieniem moczu, tak, że w ten sposób posiadamy pewny znak, kiedy środek usunąć należy. O skuteczności tego środka podawanego do wewnątrz, a nawet głównie tego sposobu użycia, zdaje mi się, że w wielu razach niewątpliwie się przekonałem. To dałoby się wytłumaczyć rozmaitym sposobem. Naprzód, że w ustach pozostające cząstki mieszają się z wdychanem powietrzem i ograniczają rozkłady tak w samej jamie ustnej, jakoteż w płucach, a więc w sposób do wzięwań zbliżony. Powtóre działa przez ograniczenie rozkładów w żołądku i kiszki, dokąd część płocin przy połknięciu się dostaje. Potrzebna przez wejście do krwi, jak to p. Salkowski wykazał, u zwierząt bezpośrednio, u ludzi pośrednio przez znalezienie go w moczu; przez krew działa dalej na pochłaniane cząstki rozpalowe i na ognisko płucne samo. Która z tych możliwości ma za sobą najwięcej prawdopodobieństwa, rozstrzygnąć nie mogę. Ze względu na nie przekładam raczej w miejsce roztworu z wodą miętową lub *Eleosacchar. menthae*, postać pigulek.

Używam jeszcze innego środka, który do przeciwgnilnych zaliczać możemy, to jest w y s k o k u. Większość naszych chorych chętnie się zgadza na zalecenie wódki i dajemy im niekiedy obfite ilości. Niektórzy chorzy opierają się używaniu wódki; podajemy wtedy mocne wina, szczególnie węgierskie.

Z pomiędzy środków lekarskich wewnętrznych wspominam tu przede wszystkim zalecamy przez Traube'go octan ołowiu, który używa po pół do 1 gr., co 2 godziny i po którym, skoro gorączka znacznie się zmniejszyła, podaję *Acid. tannicum* (1—2 gr. co 2 godz.). Ichininę należy używać od czasu do czasu, gdyż działa ona wedle Binza raz przeciwgorączkowo, a dalej przeciwgnilnie na sprawy rozpadowe. W tej myśli podajemy wielkie dawki pół gramma co godzina, i to 2—3—4 razy.

Ogólniejszym wskazaniom odpowiada leczenie wzmacniające za pomocą środków z grupy *amara, tonica* (*Gentiana, Quassia, Trifol fibr.* *China* i żelazo), w połączeniu z posiłną dietą.

W usuwaniu objawów dokuczliwych najważniejsze zapewne zajmuje miejsce leczenie k a s z l u. Jego naturczywość stanowi, jak już wspominaliśmy, wielką dla chorego mekę, wycieńcza jego sily, z drugiej wszakże strony sprzeciwia się nagromadzeniu posokowatych wydzielin. Usunięcie więc zupełne kaszlu nie jest bynajmniej bezwzględnie wskazanem. Wprawdzie w wypadkach, gdy spoczynek nocny kaszlem zakłócany bywa często i silnie, nie wahać się podawać przetwory makuwca (*opium. pulv. Doveri, Morphinum* wewnątrz lub podskórnem, albo też *chloral*), przyczem nie mogę dać ogólnie pierwszeństwa któremukolwiek z tych środków przed drugimi. We dnie pozostawiam chorych zwykle bez tych uspakajających środków, daję raczej chętnie środki wykrztusne.

W leczeniu powikłań, a szczególnie krwiopluc wchodzić tu nie będą. Odbywa się ono wedle zwykłych zasad, okładów lodowych, wzięwań *liq. ferri, Plumb. acet.* *Tannini* do wewnątrz, *ergotyny* wewnątrz lub podskórnem. Kilka wszakże słów jeszcze pozwolę sobie powiedzieć o ogólnem zachowaniu jakie tym chorym zalecać należy.

Przewlekłe gorączkującym z miernem nasileniem gorączki każemy chętnie zostawiać kilka godzin w ciągu dnia na świeżem powietrzu, czynność mięśniowa zdaje się pomyślnie działać na krążenie i pobudzenie apetytu. Przymem wiele znaczy sam

wpływ moralny, cierpliwość chorych nie wyczerpuje się tak, jak przy ciągłym leżeniu i nabierają nadziei w wyzdrowienie. I przy zgorzeli płuc dawniej tego postępowania się trzymałem, gdy sprawa z niezbyt silnymi zjawiskami znacznie się przedłużała. Szczególniej przez użycie świeżego powietrza w ciągu dnia przez kilka godzin, w przeciwieństwie do zepsutego powietrza w pokoju, sądziłem, że korzystnie wpłynę na samą sprawę. Porzuciłem to postępowanie zupełnie—póki cierpliwość chorego się nie zerwie. Przekonałem się, że po każdym wstaniu na dłuższy czas, stan zawsze się pogarszał, gorączka wstrzymana na nowo występowała, płwocina stawała się obfitszą i złowonną. Objaśnienie tego faktu zdaje się leżeć w tem, że przy chodzeniu wydzielina chorzej części do niezajętych dotąd części płuca przenika i wywołuje w nich odczyn zapalny z gorączką. Gdy chory leży w łóżku, to przyjmuje zwykle takie położenie, że rozpadowa wydzielina nie rozlewa się daleko. A w samym miejscu choroby miąższ otaczający już się tak znacznie zmienił, że już nie mamy ani wyraźnego odczynu, ani znacznego pochlania. Wymaganie ciągłego leżenia w sprawach tak bardzo przewlekłych, jest ciężkiem zadaniem dla chorych, którzy się w tym czasie czują się dość dobrze, zwłaszcza że postępy w poprawie nigdy nie są szybkie. Póki wszakże tylko można na zgojenie wyliczać, szczególniej też gdy spostrzeżemy zmniejszenie się ilości płwocin, dopóty leżenie ciągle w łóżku uważam za niezbędne.

Wiadomości bieżące.

— Ciałka przymiotowe (*corpuscula syphilitica*) wykryte przez Dra *Lo st o r f e r'a* we krwi chorych na *syphilis*.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego wiedeńskiego z d. 12 stycznia 1872 r. Dr *Lo s t o r f e r* przedstawił rozprawę, w której podaje wyniki mikroskopowych swych badań nad krwią osób cierpiących na przymiot. Oddawna już usiłowano zbadać ośrodek, w którym zarazek przymiotu pozostaje. *H a l l i e r* badał krew chorych na zakaźne choroby i wynikiem tego było wykrycie grzybka *Micrococcus*. Wielu zaprzeczyło prawdziwości tego odkrycia, głównie zaś *D e b a r y*, którego krytyka odmawia zasługi temu odkryciu. Jest to dowodem, że dotychczasowe wyniki badań krwi nie są rozstrzygające. Zdaniem autora przyczyną tego ma być to, że do badań nie używano potrzebnego powiększenia, a także, że po większej części używano do badania tylko świeżej krwi, która zdaniem ogólnem miała być odpowiedniejszą do poszukiwań. Autor obudwóch tych błędów unikał. Rozpoczął pracę swoją w sierpniu roku zeszłego, materiału zaś do niej użył mu prof. *Z e i s s l* ze swego oddziału. Krew brał z chorych na przymiot i po upływie pewnego czasu, od trzech do czterech dni, znajdował stale małe błyszczące ciała, które czasami opatrzone były wypustkami i przekonał się że ciała te powiększają się przez pączkowanie. Tworzyły się nowe ciała, które również opatrzone były wtórnymi pączkami. Za dodaniem rozmaitych płynów, mianowicie zaś wody oskoczanej lub płynu *P a s t e u r'a* ciała te skurezały się. Później otoczone były wakuolami.

Fakt ten okazał się tak stałym, że autor li tylko przez hodowanie tych ciałek mógł z wszelką pewnością i dokładnością rozpoznać przymiot. Podał się on 8—10 próbom, przygotowanym mu częścią przez prof. *S t r i e k e r'a*, częścią przez prof. *H e b r e*, i zawsze z szeregu przedstawionych sobie preparatów właściwie rozpoznał, która krew wzięta była z chorego na przymiot, a która ze zdrowego człowieka.

Znalazszy tym sposobem odkrycie swoje wypróbowanem i sprawdzonem, nazwałem ciała te, za pomocą których stanowczo mógł przymiot rozpoznać, ciałkami przymiotowymi. Co się tyczy ich rozwoju, to pod względem liczby bywa on rozmaity. W niektórych razach znajdował więcej jak 50 na jednym polu badania, w innych mniej. Także odnośnie do czasu zauważył pewną różnicę; niekiedy rozwijały się one 3 niekiedy 4 dnia, a w niektórych razach już po 24 godzinach. Co się tyczy wpływu temperatury to przekonał się, że zbyt niska temperatura wstrzymuje rozwój, temperatura wszakże 10—18 st. C. nie wpływała źle na rozwój tych ciałek; również zauważył różnice w tworzeniu się pączków. Czy jednakże ciała te przymiotowe powstają świeżo dopiero po zakażeniu organizmu przymiotem, lub też czy zarodki ich znajdują się już we krwi i tylko zakażenie przymiotem pobudza je do rozwoju, pozostawia jeszcze nie rozwiązanem. Spodziewa się że dalszemi po-

szukiwaniami, przy których prof. Stricker pomoc mu swoją obiecał, ważne to pytanie będzie mógł rozwiązać.

W końcu autor przytoczył szereg przypadków, w których on badania swoje przeprowadzał i jak to już wyżej wspomniano byli to chorzy z oddziału syfilitycznych prof. Zeissl którzy cierpieli na najgroźniejsze formy przymiotu wtórnego i trzeciorzędowego. Godnym uwagi było to, że w miarę jak w skutek rozmaitego leczenia przeciwprzymiotowego następowało polepszenie, ilość ciałek przymiotowych również się zmniejszała i w końcu zupełnie znikaly.

Prof. Stricker potwierdził fakta podane przez autora i opowiedział szczegóły w jaki sposób próby krwi były przyrządzane i zaświadczył że Dr Lostorfer rozpoznał z nich te, które z chorych na przymiot były wzięte. Używał on również do tych preparatów i własnej krwi, aby przekonać się czy nie jest ona syfilityczną. Prof Hebra potwierdził to również a także i Kaposi (Kohn), który we krwi chorych na przymiot widział te same zmiany. Zaslugującym na uwagę było to, że Dr Lostorfer krew Strickera z preparatów poznawał. Muszą zatem być pewne, właściwe, charakterystyczne znaki, które właściwe są i dla krwi osób nie syfilitycznych i że tym sposobem i inne skażenia krwi możnaby rozpoznać. Powziął zatem myśl badać według tej samej metody krew ospowych, czy czasem dla krwi takich chorych nie znajdzie jakiego diagnostycznego, swoistego znaku.

W tej samej gazecie donoszą że na klinice prof. Hebr'y, mają być obecnie przedsięwzięte mikroskopowe badania nad krwią chorych na ospę. Dotychczasowe badania krwi u ospowych nie doprowadziły, jak wiadomo, do pożądaných rezultatów. Tylko Dr Nekonun z Zurichu odkrył we krwi właściwe duże kryształki, których jednak natury nie mógł ściśle oznaczyć.

— Ruch chorych w szpitalu S-go Stanisława w Szezuczynie w roku 1871.

Z końcem 1871 roku pozostało mężczyzn 25, kobiet 11; razem 36.

Przybyło w r. 1871 mężczyzn 254, kobiet 92; razem 346.

Leczono w ogóle mężczyzn 279, kobiet 103; razem 382.

Z tych: wyzdrowiało mężczyzn 232, kobiet 81; razem 313.

„ zmarło „ 18, „ 15; razem 33.

Pozostało na rok 1872 mężczyzn 29, kobiet 7; razem 36.

Dni szpitalnych chorzy przepędzili 11,464.

Czas średni pobytu chorego w szpitalu dni 30.

Dzienna ludność w średnim przecięciu osob 31,4.

Koszt dzienny utrzymania jednej osoby kop. 34,4.

Koszt utrzymania jednej osoby przez rok cały. rsr. 125 k. 56.

Podług pojedynczych miesięcy ruch chorych był następujący:

	Pozostało z r. 1870.	Zachoro- walo.	Wyzdro- wiało.	Zmarło.	Pozostaje.
Styczeń	36	31	31	1	35
Luty	—	19	21	4	29
Marzec	—	15	15	5	24
Kwiecien	—	39	26	2	35
Maj	—	32	35	1	31
Czerwiec	—	27	27	1	30
Lipiec	—	28	28	5	25
Sierpień	—	30	32	1	22
Wrzesień	—	43	30	4	31
Październik	—	24	23	2	30
Listopad	—	29	28	1	30
Grudzień	—	30	18	6	36
Razem.		346	313	33	36

Powodem cierpienia były następujące choroby:

Rodzaje chorób.	Zachorowało.	Wyzdrowiało.	Zmarło.	Pozostało.
Gorączki kataralne	46	42	„	4
Zimnica	7	6	„	1
Tyfus i tyfoidalne gorączki	14	10	4	„
Cholera.	4	1	3	„
Dysenterya.	9	8	1	„
Zapalenie mózgu, błon mózgowych i rdzenia	5	4	1	„
Choroby oczów	10	9	„	1
Zausznica (<i>parotitis</i>).	4	4	„	„
Zapalenie gardła	8	8	„	„
Zapalenie płuc-opłucnej	4	1	„	3
„ organów moczowych i pęcherzowych	5	3	2	„
„ brzusznych organów	5	4	1	„
Organiczne choroby brzusznych organów .	11	8	1	2
Marazm starców	4	2	2	„
Skrofuly i krzywica.	8	6	2	„
Suchoty płucne	20	13	6	1
Katary piersiowe	4	2	1	1
Choroby nerek	6	3	2	1
Reumatyzm i artrytyzm	13	10	„	3
Puchliny	8	1	6	1
Wrzody atoniczne	15	13	„	2
Wysypki	5	5	„	„
Choroba weneryczna.	65	61	„	4
Newralgia	3	1	„	2
Choroby stawów	4	3	„	1
Stłuczenia, rany, złamania, wywichnięcia .	75	69	„	6
Oparzenie, ropnie, odmrożenia	16	13	„	3
Rak	4	3	1	„
Razem	382	313	33	36

W ambulatoryum szpitala otrzymało rad lekarskich i bezpłatnych lekarstw osób 171, z tych wyzdrowiało 168, zmarło 3.

Z ważniejszych operacyj chirurgicznych wykonano w ciągu roku trzy amputacje, wszystkie z pomyslnym rezultatem, mianowicie uda, goleni i ramienia.

Huzarski, lekarz powiatu Szczecińskiego.

— *Krotonochloral* jako nowy środek usypiający. Na jednem z zeszłorocznych posiedzeń kongresu naukowego lekarzy i naturalistów w Rostocku (6 października 1871 r.), Dr Oskar *Liebreich* zakomunikował wiadomość o nowym środku narkotycznym, nazwanym *krotonochloral*, który swem działaniem usypiającem przewyższa wszystkie inne znane dotąd w nauce.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały:

1) Że ten nowy środek lekarski spowodowywał zupełną nieczulość głowy na wpływ bodźców zewnętrznych, nie naruszając bynajmniej uczucia w pozostałych częściach ciała.

2) Jako dalsze jego działanie zauważono wpływ na rdzeń kręgowy w ten sposób, iż jego działalność odruchowa (refleksów), zmniejszała się.

3) Po zażyciu większych dawek, zwierzę umierało w skutek paraliżu rdzenia przedłużonego. Przy pomocy sztucznego oddychania udawało się niekiedy tego rodzaju zwierzętom powrócić życie, a to tem łatwiej, że czynność serca odbywała się u nich jeszcze prawidłowo przez czas długi. Ostatniem działaniem różni się od wodoru chloralu, który zażyty w większych dawkach sprowadza zawsze śmierć w skutek paraliżu serca.

Jako dowód że przy zatruciu *krotonochloralem*, śmierć następuje w skutek paraliżu rdzenia przedłużonego, przekonywa następujące doświadczenie: Drażniąc za pomocą elektryczności nerw błędny (*n. vagus*), po wyjściu z ośrodków (pęczka powrózkowatego rdzenia przedłużonego), to pomimo podtrzymywania sztucznego oddechu, nie wywoływa się skurczów przepony, jak to ma miejsce, gdy temże samem natężeniem elektryczności drażnić będziemy nerw przeponowy (*n. phrenicus*) w miejscu jego zgrubienia, uformowanego z połączenia się 3, 4 i 5 pary nerwów szyjowych rdzenia kręgowego. Nadto u zwierząt,

które pomimo zatrucia krotonochloralem, udawalo się za pomocą sztucznego oddechania powrócić do życia, to jest gdy one same oddychać poczęły, drażnienie nerwu błędnego w témże samém miejscu już wywoływało skurcze przepony.

Wyprobowawszy działanie krotonochloralu na zwierzętach, następnie Dr Liebreich zastosował go na ludziach w klinice berlińskiej. Tak więc zdołał on przy pomocy tego nowego środka wywołać u dziecka zupełną nieczułość w okolicy rozgałęzień nerwu trójdzielnego (*n. trigeminus*), kiedy tymczasem w pozostałych częściach ciała, ruchy zwrotne odbywały się najprawidłowiej. W czasie snu środkiem tym spowodowanego nie zauważano u tegoż dziecka żadnej zmiany w oddychaniu i częstotści pulsu.

Następne próby robione na chorych obłąkanych, dawały też same wyniki (rezultaty). Według więc twierdzeń Dra Liebreich'a, krotonochloral działając wyłącznie na mózg, sprowadza sen głęboki, nie naruszając w niczem czynności organów pozostałych. Po zażyciu zaś wodoru chloralu, uspienie podobne zawsze jest złączone z ogólną nieczułością i nieraz niebezpiecznym osłabieniem czynności serca.

Krotonochloral po raz pierwszy otrzymany został przez Kremer'a i Pinner'a przy przepuszczeniu chloru przez alil.

Alkalia rozkładają krotonochloral na dichloralil i kwas mrówkowy, przyczem wydziela się kwas solny.

Z powyższego więc wnosić należy, że środek ten działa na organizm wyłącznie za pomocą dichloralilu, wytworzonego już w samym organizmie.

— *Journal d'Ophthalmologie*. Otrzymałiśmy w tych dniach prospekt na nowe czasopismo okulistyczne: będzie ono wychodziło w Paryżu raz na miesiąc w formacie podobnym do *Annales d'oculistique* wydawanych w Brukselli, pod zagłówkiem *Journal d'ophthalmologie: recueil pratique de médecine et de chirurgie oculaires*. Kierunek pisma objeli Dr Ksawery Gałęzowski, professor oftalmologii i Adolf Piechaud, były szef kliniki okulistycznej; współredaktorów wlicza prospekt aż 13, między nimi z bardziej znanych spotykamy nazwiska Riecheta, Gosselina, Gavaretta i Cuseo, wszystko to jednak są ludzie, którzy bardzo mało w życiu swoim dotychczasowem przyczynili się do rozwoju okulistyki a z prawdziwym żalem nieznaleźliśmy ani w liście współredaktorów, ani pomiędzy nazwiskami osób które obiecały współpracownictwo nazwisk Giraud-Tellona i Javala, których w obecnym czasie za rzeczywistych i prawie jedynych przedstawicieli naukowego postępu okulistyki we Francyi uważać przywykliśmy. Po otrzymaniu pierwszych numerów czasopisma, które już w styczniu wychodzić zaczęło, może zmienimy niezupełnie korzystne wrażenie, jakie na nas prospekt wywołał, w każdym razie zdaniem naszym w tym względzie z czytelnikami *Gaz. Lek.* podzielić się nieomieszkamy; tembardziej czujemy się w obowiązku do szerszego zajęcia się tą nową publikacją, że na czele jej stoi nasz znakomity rodak, z którego pracami nieraz już czytelników naszego pisma zapoznawaliśmy.

J.

— Fenylat sodu Boboefa. Fenylat sodu otrzymuje się podług Boboefa działaniem stężonego ługu sodowego na stopiony krystaliczny fenol; po ostygnięciu mieszaniny oddzielone od cieczy kryształki czystego fenylatu sodu rozpuszczają się w dziewięciu częściach wody, co stanowi żądany roztwór. Jest to środek odwaniający, podtrzymujący gnicie i rozkłady, niszczący miazmata chorób epidemicznych, jak odry, ospy, szkarlatyny, tyfusu i cholery, a więc szczególnie nadający się do czyszczenia powietrza mieszkań prywatnych, szpitali i t. p. W tym celu rozstawiać należy w różnych punktach mieszkania płaskie miseczki, zawierające piasek lub trociny, zwilżone fenylatem sodu. W kieszeniach ubrania nosić można płatki nim zwilżone, w płótno suche obwinięte. Nadto dodawać można do wody przeznaczonej do mycia i kąpieli, używa się też do płukania ust biorąc na szklanke 10 kropli roztworu. W salach szkolnych, szpitalnych, biurach używają do rozprzestrzeniania fenolu w powietrzu zwykłych pulweryzatorów¹⁾.

¹⁾ Fenylat sodu wyrabia apteka Schmidt'a w Warszawie (ulica Mazowiecka).

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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

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