

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1875 do 1 lipca 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1875 r. rsr. 158 (z przesyłką).

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

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Zniepodobniające zapalenie stawu szczytowo-obrotowego z następczem zwyrodnieniem rdzenia. Przez Dra E. Rottera. Zapalenie części rodnych u dziecka traumatyczne (*inflammatio partium genitalium traumatica apud infantem*). Podał Dr Gröer, naczelnny lekarz szpitala Sgo Duchą w Warszawie.—Wiadomości bieżące. Zadania konkursowe. O wciepaniach tłuszczu. O zwiężeniu żłecnicy przy chorobach serca. O tworzeniu się indolu z białka przy trawieniu trzustkowem. Śmierć spowodowana przez nieumiarkowanie podwyższoną ciepłotę. O wpływie wielkich wstrząśnień politycznych i socyalnych na rozwinięcie się chorób umysłowych. O zewnętrznem użyciu jodu. Wskazania do użycia jaborandi. Prof. Traube żyje. Uszna próba zamiast próby płucnej w razie, jeżeli ekspert ma tylko do badania głowę noworodka lub płodu bez tułowia. Helenina i kamfora omanu. O przyrastaniu spojówki królika do gałki ocznej u człowieka. Wypadek wągrowca zaskórnego (*cysticercus cellulosa*). Zwichnięcie podspojówkowe soczewki samodzielne. Zator tętnicy centralnej siatkówki. O nakłówaniu krwisteku macicznego (*haemometra*) ze strony pęcherza moczowego. Kwas salicylowy przeciwko błonicy. O narodowości prof. Albrechta v. Graefe. Od Redakcyi. — Dodatek. Medycyny Sądowej T. II ark. 39. Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr 13. Wody Mineralne—dodatek IV. Tytuł i spis rzeczy t. XVIII Gaz. Lek. Zapowiedziane na bieżące półrocze sto arkuszy druku Bibl. Um. Lek. pp. prenumeratom rozesłane zostały.

## Zniepodobniające zapalenie stawu szczytowo-obrotowego z następczem zwyrodnieniem rdzenia.

Przez Dra E. Rottera.

Jak wiadomo, oznaczamy imieniem zniepodobniającego zapalenia (*arthriti chronica deformans, malum senile, polypanarthriti*) cały szereg zaburzeń w odżywianiu stawów, w części natury rozrostowej (hyperplastycznej), w części zaś natury zanikowej, w którem biorą udział wszystkie części składowe stawu. Zanik chrząstki i kości, wygładzanie i rozrastanie kości, zgrubienie worka maziowego z wyrostem strzępków (Zotten), a nareszcie i wytwarzanie się ruchomych utworów chrząstkowatych lub kostnych, są pojedynczemi aktami tego w prawdziwych stawach tak częstego procesu. Podobneż jednak przemiany spostrzeżanemi były i w półstawach ciała ludzkiego, mianowicie w półstawach kręgowych. Mając te zmiany na względzie, identyfikują niektórzy autorowie przemiany w kręgach znajdowane z zapaleniem zniepodobnia-



jącem. Identyczność tę stwierdził Th a e d e n, a B a r d e l e b e n nazywa w mowie będące cierpienie zniepodobniającem zapaleniem półstawów kręgowych (*spondylitis deformans*).

Że zaś *polypanarthritis*, nawet w wyższym stopniu rozwoju, zdarza się bez zajęcia półstawów kręgowych, przemiany zaś w tychże zawsze występują tylko w połączeniu z przemianami w innych stawach, słusznie więc możemy je uważać jako wyższy stopień rozwoju w mowie będącego cierpienia. Poniżej opisany wypadek jest nie tylko z tych względów zajmującym, że przedstawia obydwie formy zniepodobniającego zapalenia (zajęcia stawów i półstawów), ale także i ze względu na następcze zwyrodnienie mlécza paciierzowego.

Ponieważ wypadek ten nie był obserwowany za życia, podajemy więc na przód wyniki badania pośmiertnego z następnem uzupełnieniem anamnestycznemi danemi, o ile te mogły być zebranemi od wdowy po zmarłym, pielęgnującej ostatnie jego lata.

J. Michael, 84 lat wieku, pończosznik z Erlangen, zmarł d. 9 Maja 1873 r. Diagnoza pośmiertna: Zniepodobniające zapalenie stawu obroto-szczytowego i stawów łokciowych. *Spondylitis deformans* kręgów szyjowych. Częściowe zwyrodnienie rdzenia. Rozsiane krwotoki, krwotokowe blizny i małe tętniaki (*Miliar-aneurysmen*) kory mózgowej (*Hirurinde*). Rozedma i obrzęk płuc. Zanik ziarninowy nerek. Zanik wątroby.

Z protokołu sekcyjnego przytaczamy tylko szczegóły bliżej nas obchodzące:

Trup długi, wychudły, z suchą wędłą skórą, z mało rozwiniętą tkanką podskórną i owiędłemi mięśniami.

Mózg: błony mózgowe mało nastrzyknięte, drobno plamisto-mętne, cokolwiek obrzmiałe, oddzielają się łatwo od mózgu. Istota mózgu bezkrwista i cokolwiek rozmięczona. W kilku zawojach prawej półkuli po jednym wysięku, wielkości łebka szpilki, z zewnątrz ciemno-niebiesko przeświecającym i wyraźnie odgraniczonym. Na lewej półkuli podobnyż wysięk i kilka nad powierzchnię wystających, małych, jasno-czerwonych i wyraźnie odgraniczonych ziarnistości z pojedynczemi małemi brunatnemi zabarwieniami. Badanie mikroskopowe pokazało, że te ziarnistości są małemi tętniakami. Podobneż tętniaki znajdują się wśród opisanych wysięków. Boczne jamy mózgu średnio rozszerzone, ze zwiększoną ilością surowicy. Środkowe zwoje (*Ganglien*) mózgu średnio w krew obfitujące, cokolwiek miękkie. Podobnież i mózdzek. Na podstawie mózgu ściany tętnie cokolwiek zgrubiałe.

Rdzeń: Błony rdzeniowe zlekka krwią żyłą nastrzyknięte. Na przecięciu rdzenia prawy boczny pęczek szaro-przeświecający, pozostałe pęczki niezmiennione. Pod mikroskopem spostrzegamy w prawym bocznym pęczku niezliczoną ilość, w części pojedynczo stojących, w części w grupy ułożonych, ziarek komórkowych, a pomiędzy niemi rozrzucone ciała mączkowate (*corpuscula amylacea*). W lewym bocznym i w przednich pęczkach znajdujemy również i ciała mączkowate i komórki, lecz w bardzo ograniczonej ilości. W tylnych pęczkach zwłaszcza w prawym są komórki znowu liczniejszymi.



Przy badaniu wnętrza czaszki pokazuje się sworzeń kr. obrotowego silnie pagórkowato sterczącym w otworze potylicowym. Opona twarda mózgu niezmieniona, również i więzy, które jednak w pojedynczych częściach są znacznie rozciągnięte. Skutkiem tego sworzeń może się oddalać od swój powierzchni stawowej kręgu szczytowego na 9 mm., przez co kanał rdzeniowy znacznie się zwęża, tak że linia łącząca tylną powierzchnię sworznia z środkowym punktem tylnego łuku szczytowego wynosi zaledwie 6 mm., a linie poprowadzone skośnie od sworznia na zewnątrz i ku tyłowi do łuku kręgowego wynoszą z prawej strony 7, a z lewej 8 mm., przy tém największém oddaleniu sworznia powierzchni stawowe wyrostków skośnych stykają się zupełnie.

Sworzeń jest znacznie i niejednostajnie we wszystkich rozmiarach zwiększony, ma kształt kulisty z 15 mm. wysokości, 14 szerokości i 14 grubości. Szyjka jego z lewej strony ma wcięcie, skutkiem czego wygląda on jakby pochylonym. Powierzchnia nierówna, grudkowata, pokryta z tyłu poprzecznymi a z przodu brodawkowemi wyrostkami. Wierzchołek przechodzi ku tyłowi powolnie się obniżając i tworząc gładką 9 mm. szeroką, a 8 mm. długą, powierzchnię przeciętą w pośrodku poprzecznie szerokim rowkiem.

Po otworzeniu stawu obrotowo-szczytowego okazują się obydwie powierzchnie stawowe (wyrostków) skośnych w wysokim stopniu zmienionymi. Z prawej strony leżące powierzchnie stawowe mają chrząstki na powierzchni nierówne i zwolnione. Tylny ich brzeg otoczonym jest na 2 mm. szerokimi wykwitami kostnymi, przez co znacznie zwiększoną zostaje powierzchnia stawowa, wynosząca w przecięciu strzałkowym 20 mm., a w poprzecznym 18 mm. Same powierzchnie stawowe są bardziej jeszcze zwiększone, tak że przecięcie strzałkowe wynosi 25 mm. a poprzeczne 23 mm. Z chrząstki utrzymała się tylko cienka, małokomórkowata warstwa, mająca z przodu 5—8 mm. szerokości a w tylnych obwodowych częściach 5 mm. Wewnętrzne i zewnętrzne brzegi nie pokryte chrząstką z białymi, gładkimi i cokolwiek lśniącymi powierzchniami kostnymi. Mniej więcej w pośrodku powierzchni stawowej kręgu obrotowego przebiegają z przodu ku tyłowi dwa obok siebie równoległe położone rynienkowate rowki nie wielką wyniosłością rozdzielone, którym odpowiednio na powierzchni szczytowej znajdujemy dwie wyniosłości ze środkowym rowkiem. Do powierzchni stawowej kręgu szczytowego przyłącza się, w kanał rdzeniowy wystający, objęty workiem maziowym, półksiężycowy, 7—13 mm. przecięciowo mający, ruchomy, spłaszczony, nowotwor kostny, pokryty chrząstką. Trzon kręgu obrotowego niesymetryczny, prawa bowiem połowa przedniej powierzchni wygląda jakby wydętą, podczas gdy lewa jest spłaszczoną. Również niesymetrycznymi są i boczne powierzchnie, prawa boczna strona okazuje się bardziej spadziastą jak lewa, a przytem ta ostatnia bardziej strzępiastą. Tylna ściana trzonu jest znacznie szerszą w lewej swój połowie, co pochodzi od zwiększonego wygięcia lewej połowy łuku kręgowego. Brzegi trzonowe innych kręgów, szczególnie zaś 3 kręgu sz., są również niejednostajne i strzępione, pokryte brodawkowemi wyrostkami i za-



głębieniami. Trzony 3 i 4 kręgu połączone są ze sobą mostkiem kostnym, leżącym o 4 mm. od linii środkowej, szerokim na 6 milim.

Wysokość chrząstek międzykręgowych wynosi przecięciowo 3 mm. Chrząstki te są łamliwe i okazują, szczególnie między 3 i 4 kręgiem szyjowym, niejednostajne rozwłóknienie środkowej galaretowatej tkanki. Tkanka chrzęstna brunatno-czerwona, strzępiasta.

Powierzchnie stawowe wyrostków skośnych pomiędzy 2 a 3 kręgiem sz. obustronnie, a pomiędzy 3 a 4 kręgiem szyjowym z prawej strony są rozwłóknione. Z lewej zaś strony tychże samych kręgów leżące, nie mają pokrycia chrząstkowego, są gładkie i lśniące i pokazują 2 głębokie i szerokie rowki z odpowiednimi wyniosłościami. Szerokość tych powierzchni wynosi 15 mm., wysokość 20 mm., z prawej zaś strony szerokość 14, a wysokość 20 mm.

Staw łokciowy obustronnie nie daje się całkiem wyprostować. Główki kości promieniowej na zewnątrz wywichnięte. W lewym stawie chrząstka nierówna, w części ziarnisto, a w części strzępkowato zwolniona, miejscami zużyta (*usura*). Kości częściowe w kształcie długich prążków z chrząstki obdarte i falowato zagłębione. Wykwity kostne otaczają powierzchnie stawowe i są szczególnie rozwinięte na końcach wyrostków łokciowego i dziobiastego kości łokciowej. Do wyrostka łokciowego przytwierdzony jest ruchomy nowotwór kostny mający w przecięciach 4 i 12 mm. W miejscach zagięcia worka maziowego znajdujemy rozsiane strzępki obficie zaopatrzone w naczynia.

Pomijając inne szczegóły badania pośmiertnego, załączamy zebrane wiadomości o życiu i ostatnich latach zmarłego.

Zmarły odznaczał się za życia swego ciągłą słabowitością. W dzieciennych latach skutkiem zółzów w wysokim stopniu rozwiniętych, cierpiał na zgorzel kości przedramienia i dolnych kończyn i w 10 roku życia wydobywał sam sobie kilkakrotnie małe martwaki. Aż do późnego wieku miewał często wypryszcze (*eczema*), do którego w 1869 r. przyłączyło się phlegmoniczne zapalenie uda. Od tego też czasu datują się cięższe objawy choroby. W lecie tegoż roku dostał zapalenia najprzód lewego a następnie prawego stawu łokciowego, które miało doprowadzić do ograniczenia ruchliwości pomienionych stawów.

W r. 1870 wydarzył mu się po raz pierwszy następujący napad. Upadł on na ulicy bezprzytomnie, twarzą ku ziemi zwróconą, jęcząc i wydając niezrozumiałe dźwięki. Oddechanie było przy tem bardzo utrudnione. Po 4 do 5 sekundach odzyskał przytomność, rozpoznawał otaczające go przedmioty, mowa jednak od tej chwili stała się jakąś i niezrozumiałą. W krótko nastąpiły objawy *delirium tremens*, a napady powtarzały się coraz częściej i z coraz to silniejszymi objawami. Przy następnych napadach występowały coraz wyraźniej skurczenia drgawkowe prawych kończyn z następczem po skończonym napadzie obezwładnieniem (*paresis*) prawej połowy ciała, które z czasem przeszło w zupełny bezwład. Czułość nerwów według wszelkiego prawdopodobieństwa nie ucierpiała; jakkolwiek wdowa opowiada, że chory mający nawyknięcie drapania nóg aż do krwawienia, zaniechał w ostatnich tygodniach życia tej



manipulacji. Dopatrujemy w tém innych przyczyn jak znieczulenie nerwów. Od drugiego czy też trzeciego napadu chory nie mógł już leżeć na lewym boku, najczęściej i najchętniej leżał na grzbiecie. Na cztery tygodnie przed śmiercią, po ostatnim napadzie, odznaczającym się szczególną gwałtownością, nie odzyskał już przytomności. Nastąpiło zupełne porażenie zwieracza odbytu, a mocz bezprzestannie wydzielał się kroplami. Chory poruszał tylko lewymi kończynami, głowę miał na piersi opuszczoną i ciągle nią kręcił. Nawet gdy sadzano go w łóżku dla karmienia, musiano głowę podtrzymywać, inaczéj opadała ku piersiom i ku prawemu ramieniu. Przełykanie było swobodne, język zawsze prosto wysuwany. Prawa połowa twarzy była kurezowo ściągniętą, tak że robiła wrażenie na otaczających jakby była mniejszą od lewej.

Porównywając historję choroby z pośmiertnymi oględzinami przedstawiam się pytanie, jaki był powód, tak wyraźnie za życia spostrzeganych zbożeń nerwowych. R o t t e r uważa je jako objawy zmian patologicznych znalezionych w rdzeniu. Albowiem znalezione ślady krwawień mózgowych są za mało znaczne, aby mózg spowodzić tak gwałtowne zaburzenia, tém bardziej, że siedlisko takowych było dość oddalonym od ośrodków ruchowych. Kropkowane owe wysięki mogły co najwyżej być przyczyną zbożenia mowy i tym sposobem powikłać obraz choroby.

Przekształcenia w przyrządzie rotacyjnym głowy są znowu tak znaczne, że bezwątpienia stały się przyczyną zwyrodnienia rdzenia. Zwężenie kanału rdzeniowego, spowodowane powyżej opisanymi zmianami w górnych kręgach szyjowych, musiało pociągnąć za sobą ogólne zajęcie rdzenia, w różnych jego częściach różnie się objawiające, stosownie do większego lub mniejszego nacisku, na jaki rdzeń był wystawiony. Znajdujemy więc znaczne zwyrodnienie w prawych pęczkach bocznych, mniej już ucierpiały tylne pęczki, a z tych mniej lewy jak prawy, najmniej zaś zmienionymi były lewy boczny i przednie pęczki rdzeniowe. Przedstawiają nam one obraz wstecznego zmiękczenia i zaniku w rozmaitych stadyach. O ile tu pojedyncze momenta zwężenia kanału rdzeniowego przyczyniały się do większej lub mniejszej przemiany rdzenia, nie daje się dokładnie rozstrzygnąć, zawikłane jednak te przemiany zależą bezwątpienia od różnicy ciśnienia pojedynczych czynników zwężenia powodujących. Widocznie odpowiadają prawostronnie najbardziej rozwinięte zmiany rdzeniowe objawom zaburzeń nerwowych, z prawej strony najwięcej spostrzeganych. Skurezowe drgawki z następczem obezwładnieniem prawej połowy ciała byłyby wyrazem natężenia przewlekłego zapalenia rdzeniowego lub też obumarcia tych części przez wsteczne przemiany. Nagłe pojawienie powtarzających się napadów, jako też zmniejszenie obezwładnienia w parę tygodni po napadzie, nie łatwo dają się wyjaśnić. Można by tu przypuszczać, że sworzeń, skutkiem możności znacznego oddalania się, niezręcznym poruszeniem głowy chorego, nagle wywierał znaczny ucisk na rdzeń, powodując chwilowe zranienie, w następstwie powoli się wyrównywające. Wyjaśnienie jednak mechanizmu tego zawsze ku jednój stronie zwróconego ruchu sworznia jest w takim razie niepodobnym. Można by także przypuszczać, że obezwła-



dnienie wywołanem zostało naciskiem jednocześnie powodującym zanik z wsteczną przemianą rdzenia, a w otaczających naciskane miejsce częściach—zapalne zaburzenia. Postępujące więc przemiany rdzenia wywoływałyby oznaki zapalne. Tak więc powtarzające się napady byłyby oznaką ostrego natężenia całego patologicznego procesu.

Nieemożność leżenia na lewym boku dowodzi, że bezwład rzeczywiście ogarniał całą prawą połowę ciała, że zatem prawostronne dźwigacze klatki piersiowej nie wypełniały swój czynności. Bezwład zwieracza odbytu i przepelnienie pęcherza były oznakami rozwiniętego charłactwa.

Przy tylu zboczeniach ruchowych należałoby się spodziewać, że i nerwy czucia są zajęte. Objawy jednak znieczulenia, nie były spostrzeganymi, z wyjątkiem może znieczulenia prawej dolnej kończyny. Znieczulenie to mogło być tylko pozornem, spowodowanem trudnością osiągnięcia prawej dolnej kończyny lewą ręką w stanie ogólnego osłabienia.

Opisany wypadek łączy w sobie obie formy *spondylitis deformans*, i w zupełności potwierdza identyczność tego procesu z zapaleniem z niepodobniającym. Nie tylko już z tych względów jest on godnym uwagi, ale też i ze względu na miejscowe zajęcie i następne zwyrodnienie rdzenia. Wypadki bowiem takie są niezmiernie rzadkimi, jak się to wykazuje z następujących słów *Leyden'a*: „Nieznany wypadku, w którymby zwężenie kanału rdzeniowego, spowodowane zapaleniem zniepodobniającym było tak znacznem, że spowodowałoby uciskanie i porażenie rdzenia. Możliwość jednak takiego przebiegu jest niewątpliwą.“

W literaturze znaleźliśmy tylko trzy podobne wypadki. Pierwszy wypadek jest podany przez *Ryszarda Adamsa*. *Jonathan Hutchinson* opisuje drugi wypadek, w którym były zajęte wszystkie prawie stawy a między nimi i staw szczytowo-obrotowy. Trzeci nakoniec opis podaje nam *Virchow*, z wypadku zauważanego przy przeglądaniu szkieletów wykopanych w jakimś dawnym klasztorze. W wypadku *Virchow'a* zajęte były krąg obrotowy, 1 szyjowy i 2 lędźwiowe. Zwężenie ograniczało się na kręgach lędźwiowych, w których dziura rdzeniowa ledwie przepuszczała mały palec.

---

### Zapalenie traumatyczne części rodnych u dziecka (*inflammatio partium genitalium traumatica apud infantem*).

Podał Dr Gröer, naczelny lekarz szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

Dotąd przypadki przezemnie opisywane, dotyczyły zawsze chorych w szpitalu leczonych; obecnie postanowiłem opisać jeden, jaki mi się zdarzył w praktyce prywatnej. Przypadek o którym mowa, nie odznacza się ani trudnością rozpoznania, ani szczególnym leczeniem, ale przytaczam go dla tego, że pomimo błahości znaczenia, był unikatem w swoim rodzaju i zaniedbany lub nieumiejętnie leczony, smutne następstwa mógł za sobą pociągnąć.



Rzecz tak się miała: w Marcu 1874 r. przyzwany zostałem do chorego dziecka przy ulicy Franciszkańskiej przy rodzicach zostającego. Przybywszy na miejsce, rodzice przedstawili mi dziecko płci męskiej, 11 miesięcy mające, u którego z niewiadomej (jak mówili) przyczyny, części rodne nabrzmiały, i w jeden kłęb jakby zwinięte zostały. Dziecko przytém miało gorączkę, było bardzo niespokojne, krzyczało prawie bezustanku, a najbardziej wtenczas, kiedy mocz oddać potrzebowało. Stan taki trwał od dni trzech. Felczer robił różne okłady i ciepłe i zimne, ale żadne środki nietylko że cierpienia nie zmniejszyły, ale przeciwnie, części rodne coraz więcej nabrzmiwały, i przybierały postać kuli nieforemnej, wielkości sporego kurzego jaja. Na pierwsze wejście, cierpienie dziwny przedstawiało obraz: moszna i prącie jedną stanowiły całość, oddzielić się od siebie niedozwalały; usiłowane oddzielenie gwałtowne i prawie konwulsyjne wywoływało krzyki. Powierzchnia tego obrzmienia była jakby bruzdami w rozmaitym kierunku fantazyjnie poprzedzielana; skóra między bruzdami wystawała i nabrzmienie jakby szkliste tworzyła. W niektórych miejscach w bruzdach widoczną była wilgoć zakrwawiona. Do żadnej klasy cierpień choroby téj policzyć nie byłem w możności,—przypuściłem przeto, że mechaniczna jakaś przyczyna stan ten wywołać musiała. Jakoż śledząc bacznie na wszystkie strony rzeczony obrzmienie, dostrzegłem mały koniec włosa z głowy kobiecój; pociągnąłem za ten włos, ale wydobyć się niedozwalał, gdyż był ściśle z całym obrzmieniem połączony. Za tym włosem postępując, przekonałem się, że zaplątane włosy były całą przyczyną choroby, bo okręcając się około moszny i prącia utworzyły owe bruzdy, które tak dziwny kształt całemu obrzmieniu nadawały. Odjęcie tego misternie okręconego i w skórę zatapiającego się włosa stanowiło żywotne wskazanie i niebawem skutecznicę go należało. Użyłem do tego bardzo cienkiego zgłębnika rowkowatego i małych nożyczek. Zgłębnik pomimo przeraźliwego krzyku dziecka, powoli zapuszczałem w bruzdzie pod włos i kończastymi nożyczkami go przecinałem; po kilku podobnych przecięciach już miałem łatwiejszy przystęp do włosa, gdyż tenże całymi kawałkami odwijać się dozwalał. Po przeszło półgodzinnój mozolnej pracy, udało mi się wszystkie z brózd powyciągać włosy, i pojąć niemogłem, jak tak znaczna ilość włosów w bruzdach ukrywać się mogła, bez okazania najmniejszego śladu swój obecności. Po skończonej robocie, dziecie po raz pierwszy i bez krzyku (jak powiadano) mocz oddało. Na prąciu i mosznie znalazłem kilka powierzchownych nacięć w skórze, które zatapiające się włosy sprawiły. Kazałem robić okłady z ciepłej wody gulardowej. Nazajutrz dziecko znalazłem wesole, spało dobrze, miało chęć do ssania i czynności ciała prawidłowo odbywało. Polecając przeto czystość około dziecka, opuściłem małego pacyenta jako uleczonego. Mianka miała długie włosy, i czesząc się przy dziecku, upuściła przez nieuwagę kłęb wyczesanych włosów na kołyskę, który następnie, dostawszy się do dziecka, całe cierpienie wywołał i nawet śmierci dziecka mógł stać się przyczyną.

---



## Wiadomości bieżące.

— **Zadania konkursowe.** Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje cztery następujące temata do konkursu i wyznacza na każdy nagrodę po rsr. 150. I. Z funduszu stałego nagród konkursowych imienia Doktora medycyny Adama Helbicha, Członka honorowego Towarzystwa lekarskiego. 1. „Krytyczny rozbiór nowszych poglądów na tak zwaną chorobę Bright'a, na podstawie własnych spostrzeżeń klinicznych i anatomicznych.“ 2. Temat z poprzedniego okresu konkursowego pozostały, na który nie przedstawiono żadnej rozprawy: „Wykazać doświadczeniami względną wartość i skuteczność rozmaitych limf, używanych do szczepienia ospy ochronnej.“ II. Z funduszu pozostałego po wzniesieniu nagrobka ś. p. Bronisławowi Chojnowskiemu, profesorowi uniwersytetu Warszawskiego i członkowi Towarzystwa lekarskiego: 1. „Rozebrać wpływ kąpeli podawanych z celem obniżenia ciepłoty ciała w chorobach gorączkowych.“ 2. „Dokładne określenie wskazań do użycia ścięzionego powietrza oparte na własnych doświadczeniach.“ Na konkurs imienia Dra Helbicha wyznacza się trzyletni termin — na konkurs zaś imienia Dra Chojnowskiego dwuletni termin, licząc od dnia 1 Czerwca r. b. Rozprawy więc na konkurs pierwszy oczekiwane będą najpóźniej do dnia 1 Czerwca 1878 r., na konkurs drugi — do dnia 1 Czerwca 1877 r. Wszystkie rozprawy nadsyłane być mają na ręce Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr 7), według zwyczajnych form konkursowych, to jest z nazwiskami autorów w kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Pierwsze prawo do własności rozprawy uwieńczonej zastrzega sobie Tow. Lekarskie.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie powołując się na ogłoszoną na początku roku bieżącego w pismach publicznych ustawę o nagrodach konkursowych z funduszu stałego imienia Tytusa Chałubińskiego, doktora medycyny i chirurgii b. profesora kliniki terapeutycznej w Uniwersytecie Warszawskim i członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego tutejszego, ogłasza obecnie, na zasadzie pomienionej ustawy, pierwszy konkurs z tego funduszu. Stosownie do przyjętego przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, w rozwinięciu rzeczonych ustawy regulaminu, do konkursu przyjmowane będą prace oryginalne, najmniej pięć arkuszy druku zawierające, wydane w ciągu trzech lat, licząc od dnia 1 Kwietnia 1873 r. do dnia 1 Kwietnia 1876 roku, w przedmiotach odnoszących się do nauk lekarskich lub pomocniczych, z wyłączeniem rękopismów i pism peryodycznych. Dzieła nadsyłane być mają w dwóch egzemplarzach pod adresem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr 7) lub też składane na posiedzeniach Towarzystwa za pośrednictwem jednego z jego członków. Termin prokluzyjny do nadsyłania dzieł do konkursu oznacza się do dnia 1 Kwietnia 1876 r., rok zaś następny czyli czwarty pozostawia się na ocenienie dzieł nadesłanych. Komitet konkursowy przez Towarzystwo lekarskie wyznaczyć się mający, z pomiędzy dzieł przedstawionych, większością głosów, przy ballotowaniu tajnem, wybierze najlepsze, o uwieńczeniu tegoż dzieła nagrodą ostatecznie orzecze i wymotywowane sprawozdanie w tym względzie przedstawi Towarzystwu Lekarskiemu do wiadomości na ogólnym posiedzeniu. W każdym okresie konkursowym jedno dzieło ma być koniecznym nagrodzonym, tak aby nagroda z jednego peryodu konkursowego na następne nie była przenoszona. Nagroda wynosi rsr. 250, która wypłaconą będzie w dniu 1 Kwietnia 1877 roku z kassy Towarzystwa Lekarskiego. Ustawa i regulamin w jej rozwinięciu wydany, ogłoszone są w całości w zeszycie I i II Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego z r. 1875.

— **O weieraniach tłuszczu.** (The medical record 229. Wiener Medicinische Wochenschrift. 1875. 23). Dr W. R. Fischer zwraca uwagę lekarzy na wartość leczniczą weierania tłuszczu przy rozmaitych cierpieniach, metody dawniej wysoko cenionej, w nowszych czasach zaś zupełnie zaniechaną. Wycierania całego ciała ciepłymi olejami roślinnymi, jeden lub kilka razy dziennie stosownie do potrzeby, były przez Dra F. używane z bardzo dobrym skutkiem. I tak weierania te przy *cholera in-*



*fantum*, w wypadkach rozpaczliwych, uspakajały dzieci dosyć prędko: rozwolnienie ustawało, następował sen i poprawa stanu ogólnego. U dzieci cierpiących na niestrawność i osłabionych, Dr F. używał z powodzeniem tegoż środka. Przy ostrych cierpieniach dróg oddechowych, wcierania te stanowią dobry środek uspakajający; korzystnym są również przy przewlekłych chorobach płuc. Autor powołuje się przytem na spostrzeżenie Dra Hirta, że robotnicy w rafineryach oleju, cierpiący na przewlekłe choroby płucne, przy pracy czują się dobrze i przybierają na siłach. Poty nocne u suchotników mają również zmniejszać się pod wpływem wcierań tłuszczowych. Jednym słowem autor uważa skórę za narząd bardzo ważny dla przyjmowania tłuszczu do organizmu. Zdaniem jego należy dać pierwszeństwo olejom roślinnym przed tłuszczami i olejami zwierzęcymi. Leczenie to ważniejszym jest w wieku dzieciennym niż u dorosłych.

Dr S. M.

— O zwężeniu źrenicy przy chorobach serea. (Ann. univ. di Med. e Chir. Luty 1875 Wiener Mediz. Wochenschr. 1875. 23). Dr A. de Giovanni zauważył przy niedostateczności zastawek lub zwężeniu aorty i zastawki dwudzielnej, jakoteż przy połączeniu wad tych, powstawanie coraz zwiększającego się zwężenia źrenicy, szczególnie w razach, gdy występowały i inne ciężkie objawy. Wyprowadza on zwężenie to od zastojów żylnych w zwoju górnym nerwu współczulnego szyjnego, skutkiem którego następuje porażenie rozszerzacza źrenicy. Autor uważa objaw ten za niepomysłny, ponieważ dozwala wnosić o porażeniu zwojów szyjowych nerwu współczulnego, od których zależy innerwacja serea i nerek. Doświadczenia robione na zwierzętach w celu sztucznego wywołania podobnych objawów nie odniosły pomyślnego skutku.

Dr S. M.

— O tworzeniu się indolu z białka przy trawieniu trzustkowym. Bern 1875. Dyssertacja podana w celu otrzymania stopnia doktora medycyny przez Fr. Frankiewicza z Głogowa. Z prac Mally'ego, Plosza i Kistiakowskiego wiadomo, że wytwory trawienia trzustkowego są istotami mniej zbliżonymi do białka niż peptony soku żołądkowego, ponieważ zawierają 10 proc. mniej węgla, przy tém powstają produkta rozkładu, jak leucyna, tyrosina i t. p., tak iż rozkład białka pod wpływem soku trzustkowego może być porównany ze zmianami jego przy gotowaniu w rozcieńczonych kwasach lub alkaliach. Jednym z wytworów trawienia tego jest Indol. Claude Bernard już zwrócił uwagę na czerwone zabarwienie, jakie przybiera rozkładający się sok trzustkowy pod wpływem kwasu saletrzanego, zawierającego kwas podazotny. Nencki zdołał nawet oddzielić barwnik czerwony i stwierdzić jego tożsamość z indolem. Ponieważ według spostrzeżeń Jaffe'go i Masson'a indol w cieple utlenia się na indigo, przeto w sposób ten dało by się wykazać pochodzenie tego barwnika w moczu. Autorowi udało się wydzielić indol z białka, stwierdzić jego tożsamość z indolem otrzymanym przez Baeyer'a i określić w przybliżeniu ilość, jaka oddziela się od białka. Doświadczenia robione były nad roztworem białka surowicy, poddanym działaniu rozmiądlonej trzustki przy ciepłocie 42° C. przez ciąg 3 dni. Przy odpowiedniej destyllacji Fr. otrzymał kryształki w postaci bezbarwnych listków, których skład chemiczny był: C=81,52%, H=6,4%. Przy wstrzykiwaniu pod skórę królikom roztworu tych kryształków, mocz, który poprzednio nie zawierał śladu indyga, po dodaniu kwasu solnego i roztworu chlorku wapnia barwił się na niebiesko. Doświadczenia te dowodzą, że indol w cieple zwierzęcem utlenia się na indigo. Obliczenia pokazały, że z 1 kilogr. białka otrzymuje się 2½—3 gm. barwnika.

Dr S. M.

— Śmierć spowodowana przez nieumiarkowanie podwyższoną ciepłotę. (Spostrzeżenie SpECK'a). Wypadek ten zdaje się być jedynym w nauce; dotyczy on 14-letniej dziewczynki, od 6-go roku życia, w następstwie gośca stawowego, zupełnie pozbawionej władzy. Jakis szarlatan poradził przeprowadzić następujące leczenie: owinąć chorą w świeżą skórę barania, położyć do łóżka, obłożyć chlebem tylko co wyjętym z pieca i nakryć kołdrą. Tak owinięte dziecko powinno leżeć przez 48 godzin. Po upływie godziny, dziewczynka uskarża się na osłabienie i ból w nogach i ramieniu; zebrawszy jednak całą odwagę aby wytrzymać te cierpienia, zdołała nakoniec zasnąć. Wówczas rodzice spostrzegają, że piersi jej wznoszą się i opadają nader szybko; przełknięty ojciec chce wybież po lekarza, ale w czasie gdy się zabiera do wyjścia, dziecko nierozbudziwszy się ze snu, umiera w 3 godziny od rozpoczęcia leczenia. W 30 godzin od zgonu dziecka, odbyte pośmiertne oględziny lekarsko-sądowe, w czasie suchego zimna, w pokoju nieopalanym od chwili śmierci dziewczynki, wykazały tylko przyspieszone objawy roz-



kładu ciała. W braku innych przyczyn, mogących tłómaczyć śmierć, takową przypisać należy podniesionej ciepłocie, wynikłej ze sposobu opisanego leczenia. Spostrzeżenia prof. A c k e r m a n n a potwierdzają to przekonanie. Ciepłota psa pomieszczonego w atmosferze, której stopień odpowiada ciepłocie jego ciała, podnosi się bardzo znacznie, chociaż pies będzie oddechał zwykłym powietrzem; poddany na działanie powietrza, którego ciepłota wynosiła 40°, pies zdychał, gdy ciepłota jego ciała podnosiła się od 44° do 45°. Doświadczenie A c k e r m a n n a przekonywa, że nawet pozostawiając wolnymi drogi oddechowe, kompensata ciepłoty, na skutek dostawania się przez płuca powietrza zimnego, nie wystarcza dla zobojętnienia złych skutków, wynikłych z podniesionej ciepłoty; w podobnym doświadczeniu można zauważyć daremne przyspieszenie oddechania. U osób, które giną wskutek działania zbyt wysokiej lub zaniżonej ciepłoty, występuje stan ospałości tak, jakto miało miejsce w opisanym wypadku; nadto, pamiętać należy, że przed zastosowaniem przytoczonego leczenia, dziewczyna była bardzo osłabioną. E u l e n b u r g, który w tym samym względzie robił wspólnie z W o h l e m, doświadczenia (V i r c h o w's Archiv. XLIV vol.) utrzymuje, że każdy stopień ciepłoty wyższy od tego jaki ma krew (34°,5) sprowadza powiększenie się wydzielania gazów z krwi o 0,242. Wszelkie rozszerzanie się gazów krwi pociąga za sobą zmniejszenie działalności serca a wyjście tych gazów jako konieczne następstwo sprowadza porażenie serca i mózgu. Zresztą, bardzo prostym doświadczeniem autor przekonywa, że ciepłota chleba w 10 minut po wyjęciu z pieca, przechodziła jeszcze 85° i że warunki w jakich znajdowała się chora były dostateczne, aby można wytłómaczyć prędkie nastąpienie śmierci.

Dr. E. F.

— O wpływie wielkich wstrząśnień politycznych i socyalnych na rozwinięcie się chorób umysłowych. (M. L u n i e r). W następstwie nieszczęśliwych wypadków, które dotykały Francję przez dwa lata z rzędu, wiele rodzin przywdziało żałobę i utraciło całe fortuny; nie więc dziwnego że niektóre osoby, niespodzianie wystawione na podobne wzruszenia, utraciły zmysły. Do żaloby i ruiny majątkowej przybyło jeszcze jedno nieszczęście—obląkanie. Zdaniem autorów, czas politycznych niepokojów silnie wpływa na rozwinięcie się pomieszania zmysłów, a że cała ludność Francji była mocno wzburzona podczas wojny, nadarzała się więc łatwa sposobność do sprawdzenia wartości rozpowszechnionego poglądu w nauce i ogólnie przyjętego. Należy się więc uznanie P. L u n i e r, że nieoszczędził długich i mozolnych poszukiwań, w celu zbadania godnej uwagi kwestyi. Jego poszukiwania dotyczą wszystkich zakładów dla obląkanych we Francji i dają nam wierne streszczenie wielkiej liczby spostrzeżeń. Dzięki tym wszystkim dowodom, poddanych ścisłej kontroli, można rozjaśnić niektóre wątpliwości w patologii chorób umysłowych, śledzić przebieg i zakończenie tak zwykłego obląkania jak i różnorodnych jego odmian; z innego punktu zapatrywania się znajdujemy w tej pracy jakby ciekawy rozdział z historii współczesnej. Ażeby rezultaty z poszukiwania uczynić wydatniejszymi, wszystkie departamenta były podzielone na 4 serye: pierwsza grupa zawiera w sobie 21 departamentów, które najdłużej były zajęte przez wojska nieprzyjacielskie; do drugiej należy 9 departamentów chwilowo zajętych i z których najpierw wojsko ustąpiło; trzecia mieści w sobie 11 departamentów sąsiadujących z zajętą okolicą; do czwartej grupy należy reszta departamentów mniej lub więcej oddalonych od miejsca walki. Liczba obląkanych, przyjętych do szpitali, która od 1 Lipca 1869 do 1 Lipca 1870 r. wzrosła do 11655, w roku następnym podczas komuny, spadła do 10243, jest więc różnica o 1412 wypadków, co znaczy 12,11% w stosunku do do pierwszej cyfry. Wchodząc w szczegóły zobaczymy, że zmniejszanie się wypadków szło w ten sposób: w pierwszej grupie o 30,38%, w drugiej 9,37%, w czwartej 6,73%, a w trzeciej żadne. Dwa fakty na pozór sprzeczne t. j. nowa liczba wypadków obląkania podczas wojny w wysokości 1400 i zmniejszenie się w liczbie przyjętych obląkanych o 3000, tłómaczą się tém, że największa liczba wypadków przedstawiała się w ostrój formie, kończąc się prędko już to śmiercią, już też co daleko częściej miało miejsce, wyzdrowieniem. Męzka i żeńska płeć jednaką przedstawiały wrażliwość. Mieszkańcy wsi, oderwani nagle od swego zajęcia i regularnego życia, nieokazując dostatecznej energii do zniesienia przeciwności, tak jak inne klasy, łatwiej też podlegali obląkaniu. W tej epoce dziedziczność tej choroby zdawała się mieć bardzo mały wpływ na genezę. Choroba zjawiała się częściej w formach ekscytowanych niż depressyjnych, wprost przeciwnie jak w zwykłych warunkach. Forma paralityczna występowała w bardzo ograniczonej liczbie wypadków. Uważny rozbiór wypadków wskazuje, że u tegoż



samego indywiduum jednakowa przyczyna może sprowadzić różne zupełnie formy pomieszania i naodwrot różne przyczyny w mniej lub więcej odległym czasie powodują zupełnie podobne formy. Liczba wyzdrowień była o wiele większą jak zwykle, stosunkowo jednak i śmiertelność była znaczniejszą. Wielu obłąkanych, wstępując do szpitali, znajdowało się w stanie fizycznym oplakany. Zwiększająca się stosunkowo liczba uleczonych, wychodzących z polepszeniem i nakoniec zmarłych obłąkanych, pociągnęła za sobą zmniejszenie liczby domów zdrowia dla tego rodzaju chorych w końcu r. 1870 i 71 a do pewnego stopnia i w roku 1872—3. P. L u n i e r sądzi, że liczba obłąkanych, przyjmowanych do szpitala, jeszcze długo powiększać się będzie, ale prawdopodobnie to powiększenie się coraz mniej da się uczuć a nadewszystko, jeśli się znajdzie sposób powstrzymać za wielki postęp w użyciu alkoholu—najczęstszą przyczynę, jak na teraz, powstawania pomieszania zmysłów. Dr E. F.

— 0 zewnętrznem użyciu jodu. Przy *hydrarthros*, *hydrocele*, *pleuritis exsudativa*, *morb. Potti*, *ischias* jako *revulsivum* z pewnym skutkiem możemy stosować następną mieszankę: *tincturae jodi* 60 części, *jodi puri* 10 cz., *kali jodati* 5 cz. Po jedno lub dwukrotnem pędzlowaniu występują pęcherze; dla osłonięcia od wpływu powietrza atmosferycznego, miejsca posmarowane pokrywa się watą; po złuszczeniu się naskórka, w razie potrzeby pędzlowanie może być powtórzonem (*Bull. gén. de Therap. LXXXVII*). 2) Przy *angina diphtherica* używa się jod pod formą nastrzykiwań do migdałków w następującej mieszance: *kali jodati* 5 cz., *t-rae jodi* 1 cz. i wody 1800 cz.

— Wskazania do użycia jaborandi. Prof. Dr A r n o l d o C a n t a n i w Neapolu z doświadczeń nad działaniem jaborandi wyprowadza następujące wnioski: Jaborandi wywiera działanie na ślinianki, gruczoły potowe i nerki, ztądto może być używanym jako: 1) *hydragogum universale* przy puchlinach wodnych, powstałych skutkiem *hydraemiae*, *post nephritides*, i przy wysiękach krwistych po zapaleniach; 2) jako *diaphoreticum* przy reumatyzmach, w dyzenteryi i cholery; 3) jako *sialagogum* przy chronicznych otruciach metalami, zwłaszcza przy *mercurialismus*, przy zapaleniach ślinianek (*parotitis*); 4) jako środek przyśpieszający przemianę materyi przy *arthritis urica*, *rheumatismus chronicus*, *scrophulosis*, *diabetes mellitus*, *syphilis inveterata*. Użycie jaborandi jest przeciwwskazaniem: przy chorobach serca, przy ostrem zapaleniu nerek, przy chorobach w ogóle ostrzych z silną gorączką.

— Prof. Traube żyje. Z Berlina odwołują wiadomość o śmierci T r a u b e g o, podaną we wszystkich prawie dziennikach lekarskich. T r a u b e wprawdzie jest słabym i wyjeżdża do wód dla pokrzepienia sił.

— Uszna próba zamiast próby płucnej w razie, jeżeli ekspert ma tylko do badania głowę noworodka lub płodu bez tułowia. (R. W r e d e n). Metoda ta polega na różnej zawartości jamy bębenkowej, stosownie do tego, czy dziecko oddechało lub nie. Za czasów Fabriciusa d'Acquapendente wiedziano już, że u płodu jama bębenkowa, zamiast zawierać powietrze jest napełnioną śluzem, który po urodzeniu zostaje wypchniętym przez powietrze, dostające się do trąbki Eustachyusza, na skutek ruchów oddechowych i krzyku dziecka. T r ö l t s c h wykazał w r. 1858, że nagromadzony śluz nie jest bynajmniej swobodną wydzieliną błony śluzowej, ale że zapchanie jamy bębenkowej powstaje wskutek przerostu błony labiryntu, która tworząc rodzaj dość grubego pokładu rozciąga się do wewnętrznej powierzchni jamy bębenkowej, ściśle do niej przylegając. W r e d e n i W e n d t (1868) badając szczegółowo środkowe ucho noworodków, pierwszy wskazał ważność tego faktu dla medycyny sądowej. Prócz tego, W r e d e n wprost przeciwnie zdaniu T r ö l t s c h a, dowiódł, że ten pokład śluzowy powstaje przez rozwój wszystkich przewodów jamy, a nie wyłącznie przez kanał labiryntu. Ze znacznej liczby pośmiertnych oględzin autor mógł wyciągnąć następujące wnioski: 1) czas potrzebny do zupełnego zaniku pokładu jest 24 godzin, kiedy po 12 godzinach wessanie jest tylko częściowem, 2) porządek w zanikaniu: śluz najpierw zanika w trąbce, na spodzie jamy i w labiryncie; najpóźniej zanika na sklepieniu jamy. Pokład śluzu w środkowym uchu u noworodków, powstały wskutek zapalenia, rozwija się w zupełnie przeciwnym porządku; 3) przyczynami wessania są ruchy oddechowe noworodka, krzyk, ssanie zwłaszcza, gdyż każdy łyk szczególnie ułatwia przenikanie powietrza przez trąbkę do jamy bębenkowej. Stopień zaniku warstwy śluzowej zależy bezpośrednio od siły



i trwania ruchów oddechowych. Gdy płuca są zdrowe, wtedy to śluzowe zgrubienie daje się tylko wykryć w komórkach sutkowych, na górnych powierzchniach jamy labiryntu. Jeżeli ruchy oddechowe są słabe, płuca chore, to po 24 godzinach wessanie jest tylko częściowem. Resztki tego obrzmienia śluzowego są mniej lub więcej nastrzyknięte krwią, a ciemno-czerwony ich kolor służy do odróżnienia od takichże resztek zgrubienia, jakie się spotyka u noworodków, przy zdrowych płucach, przezem życie trwało krócej jak 24 godzin. U dzieci przedwcześnie urodzonych, zanikanie odbywa się równie prędko i zupełnie, tak jak u innych; 4) sposób zanikania: tworzenie się pustej przestrzeni w jamie bębnekowej odbywa się przez wessanie zgrubienia śluzowego. Poszukiwania W e n d t'a dodają jeszcze fakt ważny, mianowicie, że ruchy oddechowe w macicy wywołują ten sam wpływ na owo śluzogalaretowate zgrubienie jak i oddechanie powstałe już po urodzeniu.

Dr E. F.

— Helenina i kamfora Omanu. G e r h a r d t opisał był gorzkie ciało, które za pomocą wysokoku otrzymał z korzenia omanu (*Imula helenium*) i nazwał Heleniną. J. K a l l e n znalazł, że Helenina G e r h a r d t'a, jakkolwiek ciało krystalizujące, jest mieszaniną dwóch ciał: krystalicznego, obojętnego ciała czyli właściwej Heleniny, oraz ciała, które za kamforę poczytać należy. Pierwsze niema właściwego zapachu, rozpuszcza się łatwo w wysokoku i krystalizuje zeń w długie igły; skład tego ciała:  $C_6H_8O$ . Drugie z wymienionych ciał topi się w  $64^\circ$ , rozpuszcza się łatwo w wysokoku i eterze i jest może jednoskładowe ze zwykłą kamforą, ma bowiem zapewne skład  $C_{10}H_{16}O$ , a otrzymać zeń można węglowodor  $C_{10}H_{14}$ , odpowiadający cymolowi z kamfory. Przepędza się ono z parą, skoro korzeń omanu ogrzewa się z wodą. Oba te ciała—więc Heleninę G e r h a r d t'a—otrzymuje się z wysokokowego wyciągu korzenia omanu, w postaci pięknych graniastosłupów, topiących się w  $72^\circ$ . (Berichte deutsch. chem. Gesell. VI. 1506).

F.

— O przyrastaniu spojówki królika do gałki ocznej u człowieka. Autor opisuje dwa wypadki zrostu powiek z gałką oczną (*symblepharon*), które operowano bez dostatecznego skutku i w których się udało kawałkiem spojówki królika wypełnić utratę wytworzoną po operacji. Pierwszy wypadek dotyczył 17-letniego chłopca, u którego skutkiem zranienia roztopionym cynkiem, wytworzył się dość obszerny zrost pomiędzy zewnętrznym kątem oka a gałką oczną. Autor najpierw oddzielił starannie tkankę bliznowatą, począwszy od rogówki aż do fałdy przejściowej i szczyt odłączonego płata przyszył odpowiednio w fałdę przejściową. Tego rodzaju leczeniem stan choroby poprawił się bardzo mało. Mniej więcej po siedmiu miesiącach autor podjął się po raz drugi podobnej operacji; ażeby zaś pokryć utratę powstałą w spojówce, z worka spojówki królika białego wycięto kawałek błony śluzowej, wynoszący 8 kw. mm., rozpostarto na utratę istoty w gałce chorego i w czterech kątach przyszyto płat niekręconym, bardzo delikatnym jedwabiem białym. Kawałek obcej spojówki przyrósł zupełnie dobrze; trzeciego dnia było można w nim wyraźnie rozpoznać naczynia, jednakże przyrosły kawałek był zawsze nieco jaśniejszy. Drugi wypadek dotyczył 4-letniego chłopca, u którego przez niegąszone wapno wytworzył się znaczny zrost dolnej powieki z gałką oczną. W zrośnięciu tem brała udział prawie  $\frac{1}{3}$  powierzchni rogówki. Dziecko przez innych lekarzy było już dwa razy operowane, lecz bezskutecznie. Ponieważ w tym wypadku utratą istoty była znaczną, przeto autor wyciął u królika tak zwaną powiekę trzecią (*palpebra tertia*), wyjął z takowej znajdujący się w niej nart (*tarsus*) i rozszerzony kawałek spojówki przyszył do rany wytworzonej po oddzieleniu zrostu powieki z gałką oczną. Operacja nie była łatwą, dziecko było niespokojne i obawiano się, ażeby cały płat nie podległ martwinie. Jednakże  $\frac{1}{3}$  płata utrzymała się dobrze, a chociaż operacja nie udała się zupełnie, to jednak rezultat był w ogóle zadawalniający. Te dwa wypadki chorobowe stwierdzają widocznie, że przy umiejętnem leczeniu udaje się kawałek błony śluzowej zwierząt przenieść na spojówkę człowieka. Ponieważ przedmiot jest bardzo mały i płatek bardzo delikatny, przeto, jak autor zapewnia, potrzeba pewnej zręczności do wykonania tej operacji. Autor zaleca bardzo delikatne, mocno wygięte igły dla spojówki i nadto bardzo cienki niekręcony jedwab. Gdy R e v e r d i n dowiódł, że małe kawałki skóry przyrastają do ziarnkujących ran, metodę tę poczęto w obszernych rozmiarach zastósowywać na oko. J. R. W o l f e (Annal. d'Oculistique LXIX. pag. 121. 1873) zdaje się być pierwszym, który próbował spojówkę królika przenieść na oko ludzkie. Jeden z wypadków przez niego ogłoszonych dotyczy 31-letniego mężczyzny, któ-



ry od kawałka gorącego żelaza doznał takiego skaleczenia, że zrost dolnego brzegu powieki z rogówką sięgał aż do górnego brzegu powieki. Po poprzednim dostatecznym oddzieleniu zrostu, przyszyto wielki kawałek spojówki królika a rezultat był bardzo pomyślny. U innego 20-letniego chorego, który z powodu eksplozyi miny podobnie został skaleczony, tym samym sposobem i z tymże pomyślnym skutkiem przyszyto kawałek spojówki królika. (Dr B e c k e r. Klin. Monatsbl. (Augenheilkund 1875. I.).

Dr S. J.

— Wypadek wągrowca zaskórnego (*cysticercus cellulosae*) pod spojówką gałki ocznej. Ośmioletnie zdrowe dziewczę, po przebytej szczęśliwie płonicy, używało za rozkazem lekarza przez niejaki czas surowego mięsa; na tasiemca nie cierpiało poprzednio nigdy. Pacjentka opowiadała, że mniej więcej od sześciu miesięcy w zewnętrznym kącie lewego oka spostrzegła czerwony punkt, który nie wywołując żadnych dolegliwości wzrastał coraz więcej. Przy dokładnem badaniu na miejscu tem było można dostrzedz guz wielkości soczewicy, który pokrywała zaczerwieniona spojówka. Spojówkę tę rozcięto mniej więcej w rozległości 4 linii, poczem trzeba było jeszcze otworzyć twardą pochwę tkanki łącznej, ażeby mózż oddalić masę, dającą się teraz łatwo wyłuszczyć. Masa wyłuszczone była spoistości twardziej jak chrząstka i posiadała postać soczewki, której średnica wynosi 7,5 mm., a grubość mniej więcej 5 mm. W górnym brzegu soczewki pokazywał się otworek, z którego się wydobywał delikatny przezroczysty bezbarwny pęcherzyk wielkości jagły. Otworek rozszerzono i wydostano białawy, przejrzysty pęcherzyk o 6 mm. średnicy, który wewnątrz grubościenniej kapsułki mocniej spoczywał w masie śluzowej. Pęcherzyk ten, który za pomocą gliceryny zrobiono przezroczystym, nie był niczem więcej, jak wągrowcem, u którego się dało wyraźnie wyśledzić pierścienie szyjne, ryjki do ssania, i podwójny rząd haczyków. Wspomnienia godnem jest, że wągrowiec był zasklepiony mocną pokrywą, gdy tymczasem w wypadkach dawniej spostrzeganych napotymano, że był osłoniony delikatną pokrywą tkanki łącznej i leżał albo pod spojówką, albo też w takowej. (Dr H o c k. Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. 1875. I.).

Dr S. J.

— Zwichnięcie podspojówkowe soczewki samodzielne. (Dr A n d r é — Annal. d'Oculistique, t. LXXII. p. 111. 1874. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1875. I.). Autor spostrzegł wypadek samodzielnego zwichnięcia soczewki pod spojówkę gałki ocznej, który do nadzwyczaj rzadkich należy, zwłaszcza że się wytworzył bez poprzedzającego obrażenia oka. 67-letnia kobieta, która już od 15-stu lat zaślepiła na prawe oko, skarżyła się, że także w lewym oku od trzech lat w tak znacznym stopniu traci wzrok, że obecnie niepodobna jej chodzić samą. Przy badaniu prawego oka wykazuje się, że tęczęwka drga i że źrenica jest ku górze wyciągnięta w postaci gruszki, przednia komórka jest przezroczysta i nieco głębsza, aniżeli w stanie prawidłowym. Patrząc ku dołowi widać, że mniej więcej 2 mm. od górnej granicy rogówki soczewka jest zwichniętą pod spojówkę. Chora jednakże zapewnia, że na oko to nigdy nie była operowana i że nigdy się w takowe nie uderzyła. Gałka oczna jest miękksza jak zwykle, wzrok chociaż środki są bezwzględnie przejrzyste, znikł zupełnie, a za pomocą oftalmoskopu da się w brodawce nerwu wzrokowego rozpoznać jaskrowe wydrążenie (*excavatio glaucomatosa*). Bardzo ważnem jest, że podobne zmiany zachodzą także w lewym oku. Tęczęwka w postaci znacznego wypadnięcia jest wypartą przez otwór w twardówce; soczewka leży poza źrenicą, wszakże owym górnym brzegiem jest zupełnie wepchniętą w wypadłą tęczęwkę. W całej soczewce jest zaćma, jej jądro jednakże nie jest zupełnie zmętnione, a mimo to wstrzymuje całkowicie badanie wziernikiem. Napięcie gałki ocznej nie jest zwiększone, chora może jeszcze rozpoznać jasność, ale niepodobna jej dostrzedz palców w odległości dwóch stóp. W wypadku tym jest rzeczą zajmującą, że soczewka przez twardówkę nie wypadła z powodu jakiegoś urazu, lecz jedynie skutkiem wzmożonego ciśnienia wśród oka. Dr Z e h e n d e r mniej więcej przed dwoma laty spostrzegł także samodzielne zwichnięcie soczewki pod spojówkę; chory przynajmniej zaprzeczał stanowczo, żeby się kiedykolwiek miał urazić w oko. Brzegi powiek u 58-letniego robotnika były zgrubiałe, mocno zaczerwienione i pokryte owrzodzeniami; rzęsy były nieliczne i małe, swemi końcami częściowo zwrócone ku rogówce. Spojówka powiek zaczerwieniona, nierówna i guzowata (*conjunctivitis granulosa*), nert górnych powiek wykrzywiony. Lewa rogówka pokazywała szarawe zmętnienie i ze wszystkich



stron przeciągało przez nią wiele naczyń. Tęczęwkę zaledwie dało się dostrzedz, jednakże przez mętną rogówkę można było rozpoznać czarną okolicę źrenicy, która była wyciągnięta ku wewnątrz i ku górze. Blisko brzegu rogówki widać guz wielkości soczewki, pokryty na pozór niezmienną spojówką. Przypuszczając, że w wypadku tym zaszedł uraz oka, niepowątpiewano weale o zwichnieniu soczewki, chociaż chory zaprzeczał temu i żadnych nie mógł dać objaśnień co do trwania i wytworzenia się owego małego guza. Po nacięciu guza wydzielila się z tegoż najprzód miazgowata masa, którą trzeba było uważać za zaćmową istotę korową, a w końcu średniej wielkości, brunatne, twarde jądro zaćmowe soczewki. Rana zagoiła się szybko, jednakże zmętnionej rogówki nie udało się dostatecznie rozjaśnić w tym stopniu, ażeby mózdz wyraźnie rozpoznać stan przedniej komórki oka. *Dr S. J.*

— Zator tętnicy centralnej siatkówki. (*Dr E. Nettleship. Ophthalmic Hosp. Reports. Vol. VIII. p. 9 October 1874. Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1875. I.*) O ile nam wiadomem jest rozpoznanie zatoru w środkowej tętnicy siatkówki stwierdzono przez oględziny pośmiertne dotychczas dopiero w czterech wypadkach. Pierwsze oględziny pośmiertne dotyczą owego znanego wypadku, w którym *Gräfe* po raz pierwszy rozpoznał zator. Sekcyi dokonał *Schwigger* i opisał szczegółowo rezultat téjże (*Vorlesungen ueber den Gebrauch des Augenspiegels p. 147. 1864 i Handb. d. spec. Augenheilk. p. 477.*) Drugi wypadek ogłosił *A. Siehel* (*Arch. de Physiol. Paris t. IV. p. 84. 1872.*) Trzeci wypadek przytoczył *Priestly Smith* (*Brit. med. Journ. p. 452. April 4. 1873.*), a wypadek poniżej opisany jest z rzędu czwartym. Pisarz 54-letni zaslepl nagle na lewe oko. W cztery dni później *Dr W. Ordsworth* rozpoznał obrzęk lewej siatkówki i zator w tętnicy środkowej: przy wysłuchiowaniu chorego dało się wyraźnie wysledzić szmery ponad zastawką dwukończystą (*mitralis*) i ponad aortą. Mimo wewnętrznego i zewnętrznego leczenia, pozostała jeszcze reszta światła zgasła zupełnie, rogówka zaczęła mętnieć, tak iż się nie dało rozpoznać brodawki nerwu wzrokowego, a boleści trwały bezprzestannie. Wśród takich okoliczności *W.* widział się zmuszonym wyłuszczyć oko. Zaraz po wyjęciu przepołowiono gałkę oczną; przyczem znaleziono, że siatkówka na wszystkich punktach przylegała prawidłowo i że naokoło tarczy nerwu wzrokowego była mléczno zmętniona. We wszystkich głównych naczyniach siatkówki znajdowała się krew. Słup krwi jednakże we wszystkich naczyniach był przerywany miejscami wolnemi od krwi; w tętnicach był on węższy, aniżeli w żyłach. Po skroniowej stronie tarczy nerwu wzrokowego w siatkówce znajdowało się kilka małych okrągłych wybroczyn krwawych. Później przepołowione oko włożono w płyn *Müllera*, ażeby stwardło, poczem przy badaniu mikroskopijnem znaleziono dwa małe zatory na podłużnym przekroju przez naczynia nerwu wzrokowego. *Dr S. J.*

— O nakłówaniu krwisteku macicznego (*haemometra*) ze strony pęcherza moczowego. Prof. *Simon* z Heidelbergu zaleca w celu upuszczenia zatrzymanej krwi miesięczkowej rozszerzać cewkę moczową, co się udaje dobrze za pomocą wzierników na ten cel zbudowanych, i potem przez tylną ścianę pęcherza poniżej faldy otrzewnej wnikać do macicy i tamże dość znaczny zrobić otwór, ażeby tym sposobem mogła odpływać krew. Prof. *Spiegelberg* przytacza również wypadek (*Berl. Klin. Woch. Nr 16. 1875.*), w którym po sztucznem rozszerzeniu cewki moczowej otworzył krwistek maciczny ze strony pęcherza moczowego bez wszelkich złych następstw. (*Berlin. Klin. Woch. Nr 20. 1875.*) *Dr S. J.*

— Kwas salicylowy przeciwko błonicy. *Dr Hanow* ogłasza w *Berlin. Klin. Woch. Nr 20* nadzwyczaj pomyslnie rezultaty, do jakich przy błonicy doszedł za pomocą kwasu salicylowego. Używał zaś u dorosłych *acid. salicyl. 0,5* na *150,0 colatura* (i to z powodu łatwiejszej rozpuszczalności w roztworze *natr. phosph. (5,0 na 150,0)*), u młodszych zaś stosunkowo mniej, i z tego łyżkę stołową *resp.* dziecięcą co godzinę łykać w o l n o. Najpierw zastosował autor kwas salicylowy u siedmioletniego chłopca, który już od czterech dni leczony odwarem chinu i pędzłowaniem *aq. calcis* słabł coraz więcej, gorączka była znaczna i całe gardło pokryte owemi charakterystycznymi białymi masami. Koło południa chłopiec wziął pierwszą łyżkę kwasu salicylowego, wieczorem już wyrzucał oddzielone białe szmaty, a dnia następnego tylko jeden migdał był jeszcze białawy, gorączka ustąpiła zupełnie i nastąpił spokojny sen; dzień



później ustąpiły wszelkie objawy błonicy. W następnych wypadkach autor zaraz z początku choroby stosował kwas salicylowy, a zawsze po trzeciej lub czwartej dawce zaczęło się oddzielanie błon po większej części tak spiesźnie, że masy te bywały wyrzucane wśród mocnego dławienia się chorych. Po ustąpieniu wysięku znikła także gorączka i po 12 godzinach rozpoczynały się wyzdrowiny. *Dr S. J.*

O narodowości prof. Albrechta v. Graefe. Czytelnicy zapewne pamiętają, iż w Gazecie Lekarskiej (Nr 11, z r. 1873) słynnego okulistę berlińskiego nazwano polakiem, z tego powodu, iż ojciec jego urodził się w Warszawie<sup>1)</sup> i że chlubił się nadaniem mu w 1826 r. przez Senat Warszawski szlachectwem polskiem, skąd ojciec i syn podpisywali się von Graefe. O ile wiemy Albrecht v. Graefe (1828—1870), urodzony w Berlinie obok wrót brandenburgskich, nie był wielkim zwolennikiem narodowości naszej i po polsku nie umiał mówić, aczkolwiek jego ojciec, Karol, który chodził na uniwersytet Krakowski a następnie w Halli i miał otrzymać proponowaną mu katedrę chirurgii w Krzemieńcu na Wołyniu, pięknie władał tym językiem i rad był bywać w gronie zwiedzających Berlinu polaków, z którymi rozmawiał li tylko w ich języku ojczystym. Wiadomość tę udzieliła mi p. Anna Kochanowska, z domu Graefe, obecnie mieszkająca w Lublinie. Jój obowiązany jestem wiadomość niektórych ciekawych szczegółów odnoszących się do rodziny Graefe w ogólności i do Albrechta v. Graefe w szczególności, z którym jój syn, obecnie major w Lublinie, uczył się w berlińskim Collège Française i był w wielkiej przyjaźni. Pokrewieństwo między Kochanowskim i Graefem następujące: Jan Graefe (kalwin), ożeniony z frejliną dworu Saskiego (katoliczką), dostał od Fryderyka-Augusta klucz Sulejowski na wieczne czasy. Jan miał brata, którego imienia p. K. nie pamięta. Od Jana pochodzą Graefowie—polacy i katolicy i spokrewnieni z niemi Kochanowscy; od drugiego zaś brata—Graefowie—niemcy, wyznania kalwińskiego. Jan miał 12 dzieci, które młodo poumieraly,—pozostał tylko Antoni (katolik), b. urzędnik w Warszawie. Żona Eleonora z domu Adam (warszawianka, ewangeliczka), sec. voto Schneider. Antoni miał 2 dzieci: Antoniego, właściciela domu w Warszawie, i Annę. Antoni, ożeniony z Anielą Gustowiecką, pozostawił też 2 dzieci: Antoniego, kat. księdza w Monachium i Feliksa Graefego, obecnie urzędnika Warsz. Sąd., któren z Emilii Dembickiej ma 3 dzieci: Wacława, Emmę i Maryę. Od Feliksa klucz Sulejowski przeszedł w ręce hr. Zamojskich; Anna zaś Graefe, obecnie jest wdową po Janie Kochanowskim (b. urzędniku dworu W. K. Konstantego), z którym miała 7 synów i 3 córki; z tych jest mi znany p. Konstanty, 44-letni major w Lublinie, osobisty przyjaciel i szkolny kolega Albrechta, któren mu był wujem. Co zaś do drugiej, berlińsko-kalwińskiej linii Graefów, to genealogia jój jest taka: Od Janowego brata rodzi się Karol, Edward (obaj doktorowie), Fryderyk pułkownik saski, i córka, żona Andrejewskiego w Petersburgu. Karol—Ferdynand (1787—1840), słynny chirurg i okulista berliński, miał z hr. von Alten następujące dzieci: Karola (oficer pruski), Wiktora (właściciel okrętów na Bałtyku), Albrechta (okulista), ożenionego z duńską hr. Knuth, Otylię za generałem Thiel i Wandę. Z tego krótkiego podania łatwo się przekonać, na ile uzasadnione jest twierdzenie co do narodowości Albrechta v. Graefego. O ile wiemy, nikt w życiorysach jego nie potrafił kwestyi polskości tego uczonego męża, tak przedwcześnie straconego dla nauki, i sprawiedliwie. A nasi zaodrzańscy sąsiedzi, którzy nam Kopernika wydzierają, pod tym względem niech będą spokojni, albowiem Albrecht v. Graefe, aczkolwiek spokrewniony z rodzinami polskimi, noszącemi nawet jego nazwisko, ciałem i duszą był Niemcem! Prawda przedewszystkiem, a obowiązkiem współczesnych jest jój rozjaśnienie dla potomności.

*Dr Józef Talko (z Lublina).*

1) Patrz Encyklop. ogólną wiedzy ludzkiej. Warszawa, 1874.



## Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Bibl. Umiejętn. Lek.

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1875 wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ściśle naukowym kierunku. Gazeta i nadal otwiera swe szpalty dla pracowników z prowincyi, będzie jednak przeważnie organem klinik i szpitali, a badania w pracowniach uniwersyteckich dokonywane o tyle będą uwzględniane, o ile mieć będą bezpośredni związek z praktyczną medycyną. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z d. 1 lipca 1875 r. zaczyna się tom dziewiętnasty. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośnieniem do mieszkań rocznie rsr. pięć, półrocznie rsr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesłaniem).

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskich, w półroczu przyszłym 1875 wydawaną będzie.

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, b) ciągłe śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach, c) rozbiór krytyczny nowych dzieł i czasopism treści lekarskiej i d) opisanie szpitali, zakładów dobroczynnych, oraz Królestwa Polskiego pod względem statystyczno-lekarskim.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskich rozpada się na cztery działy:

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

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

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieł tych w przyszłym półroczu wydzie się 10 arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 lipca 1875 do 1 stycznia 1876 r) wynosi rsr. dziesięć.

Drugi dział Biblioteki Um. Lekarskiej, mający na celu śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej, zawiera krótki ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

### 2) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.

„Przegląd“ prac za rok 1874 wychodzić będzie w półroczu przyszłym i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z Dziełami wyżej wyliczonymi, lub z Gazetą Lekarską. Przegląd za rok 1874 obejmie również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1874 wynosi: 1) dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i pierwszego działu Bibl. Um. Lek., t. j. Dzieł rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

Dział trzeci Bibl. Um. Lek. stanowi:

### 3) Bibliografia i Krytyka Lekarska.

Wychodzi w odstępach czasu nieokreślonych i dla prenumeratorów Gaz. Lekarskiej dodaje się bezpłatnie.

W czwartym dziale Bibl. Umiejętności Lekarskich zawiera się:

### 4) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej dział ten, jako dodatek, dołącza się również bezpłatnie. Nie prenumerujący Gazety Lek. mogą nabywać w oddzielnych tomach. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i sprzedaje się po rsr. 6.

„Wody Mineralne“ jako dodatek dołącza się również bezpłatnie.

III. Kalendarz Lekarski na rok 1876. Przedpłata rsr. 1.

„Słownik Lekarski i Katalog dzieł lekarskich“ są pod prasą i pp. prenumeratom w przyszłym półroczu rozesłane będą.

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

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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

W Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka Nr 9. Дозволено Цензурою, Варшава 12 (24) Іюня 1875.