

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 1878 do 1 lipca 1878) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1878 r. rsr. 218 (z przesyłką).

TRZĘSC: **Postrzeż. z praktyki lekarz.** Ważniejsze wypadki z oftalmicznego Instytutu ks. Lubomirskiego w Warsz. z r. 1877. **Narkiewicz-Jodko.** — **Kronika.** Dochodzenie umiejscowienia zmian anatomicznych w chorobach mózgu. O działaniu ezerinu w jaskrze. Przyczynki do nauki o gruźlicach. — **Korrespondencya.** Druskieniki. — **Nekrologia.** — **Wiadomości bieżące.** — Wykaz tygodniowy ruchu ludności m. Warszawy. — **Korrespondencya Redakcyi.** — **Sprostowanie.** — **Odnotki.** **Historyi Medycyny** ark. 12 i 13. — **Dzieje i znaczenie przeciwpasożytnego leczenia ran.** *R. Jasiński.* (Dalszy ciąg). — **Ogł. far. lek.**

Ważniejsze wypadki z oftalmicznego Instytutu ks. Lubomirskiego w Warszawie z roku 1877.

Podał Dr Narkiewicz-Jodko.

Z chorób powiek ciekawszych i żywszy przedstawiających interes ze względu na przebieg i stosowane środki, zaznaczyć musimy jeden wypadek wtórnego wrzodu szankrowego na powiece dolnej oka prawego.

R. J., lat 25 wieku liczący, dostał w Grudniu roku 1876 a więc na 11 miesięcy przed wejściem do Instytutu szankra na członku, po zgojeniu którego środkami zewnętrznymi w 4 miesiące t. j. w Kwietniu roku bieżącego, pokazały się owrzodzenia w gardle i włosy obficie wypadać zaczęły. Z powodu tych wtórnych objawów stosowane były frykcyje (40 pół drachmowych, po dwie dziennie), jodek potasu (6 drachm w ciągu 4 tygodni) i jodek rtęci (60 pigułek $\frac{1}{2}$ granowych w ciągu 2 ch tygodni), poczem chory uznany został za zupełnie zdrowego. W połowie jednak Listopada, na 8 dni przed wejściem do Instytutu oftalmicznego, zbrzękła mu nieco powieka dolna oka prawego i w ciągu dwóch dni wytworzył się pryszczyk łudząco zwyczajny jęczmień przypominający. Jeden z okulistów pytany o radę zalecił nawet choremu masć z dwutlenku rtęci czerwonego (*hydr. oxyd. rubr*) do wcierania w brzeg zajęty, obok użycia rozmiękczejących kataplazmów. Chory stosował tę radę w ciągu trzech dni następnych bez dobrego skutku, przeciwnie zauważył powiększenie się wrzodzika po pękniętym niby jęczmieniu pozostałego; zastraszone takim przebiegiem choroby przedstawił się w ambulatoryum instytutu w celu zasięgnięcia pomocy. W tym czasie a więc na 6-ty dzień choroby nie było już żadnej wątpliwości co do istoty cierpienia — mieliśmy bowiem do czynienia z bardzo charakterystycznym wrzodem szankrowym na brzegu powieki dolnej

szerokim 2''—3'' głębokim na 1'' i zajmującym całą międzybrzeżną część powieki, na granicy zewnętrznej i średniej $\frac{1}{3}$ części tejże. Dno wrzodu charakterystycznego słoninkowatego wejrzenia. brzegi czerwone, zgrubiałe i stwardniałe, przy tém obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi i znaki ogólnego charłactwa ułatwiały rozpoznanie. Zaleciliśmy choremu natychmiastowe pozostanie w Instytucie w celu zastosowania szybko działającej rtęciowej kuracyi. Chory na to przystał, ale z powodów trudności w uzyskaniu potrzebnych legitymacyi policyjnych dopiero po 48 godzinach przybył na salę, tymczasem zaś, wrzód powiększył się w czwórnasób tak, że w dniu 17 Listopada (dacie zapisania się chorego) mieliśmy już do czynienia ze szczyrbą w brzegu powiekowym 6'' długą a na 2'' w najgłębszem miejscu niszczącą skórę, łącznicę i chrząstkę powiekową. Łącznica gałkowa nie przytém nie ucierpiała i małe tylko łzawienie świadczyło o lekkim podrażnieniu tejże. Natychmiast zastosowaliśmy wstrzykiwania podskórne sublimatu ¹⁾ w ilości $\frac{1}{4}$ części grana, na 2-gi dzień toż samo w ilości $\frac{1}{3}$ części grana, na 3 dzień $\frac{1}{2}$ grana. Już na drugi dzień rana miała czyściejsze wejrzenie a wrzód nie zwiększał się—od czwartego dnia poczęło się szybkie zabliznianie tak, iż po 8-miu dniach pobytu mieliśmy już trwałą bliznę na brzegu powiekowym, i chory któremu w ciągu 8 dni wstrzykuje 3 gran sublimatu, w dniu 30 Listopada, a więc po 13 dniach pobytu w Instytucie opuścił takowy w stanie pod względem cierpienia miejscowego zupełnie zadawalniającym; został tylko brak brzegu powiekowego 4'' szeroki a przeszła 1'' głęboki w najgłębszej części szczyrby.

Wątpię bardzo, czy przy pomocy wcierań szaruchy lub wewnętrzném użyciu jakiegokolwiek przetworu rtęciowego skutek tak prędki przy chorobie z tak złośliwym występującej charakterem osiągnąćby było można. Nie przesądzam wprawdzie doszczętności leczenia tym sposobem; być może, że chory wcale z syfilitycznej choroby wyleczonym jeszcze nie został i mamy prawie pewność, że tak jest, gruczoły bowiem na szyi tylko się nieznacznie zmniejszyły, ale nam szło głównie o prędkie wyleczenie z groźnej choroby powiekowej, co osiągnąwszy odesłaliśmy chorego do właściwych specjalistów.

¹⁾ Do wstrzykiwań podskórnych sublimatowych używamy stężonego wodnego roztworu 1:20, w zwyczajnej więc strzykawce P r a w a z'a mamy około $\frac{1}{2}$ grana sublimatu; przy wstrzykiwaniu zaś postępujemy w ten sposób że po wkluciu troakara i wpuszczeniu pod skórę potrzebnej ilości roztworu zostawiamy troakar w miejscu a wyjmujemy strzykawkę i napełniamy parą kroplami stężonego roztworu morfiny tak, żeby z $\frac{1}{8}$ część grana mieć w niej i wstrzykujemy przez pozostawiony pod skórą troakar, poczem ten ostatni wyciągamy. W ten sposób postępując, uśmierzamy ból bezpośredni jaki wstrzyknięcie sprowadza bo koniec strzykawki przy wyciąganiu nie dotyka sublimatem w nim zostającym rany skórnej ale roztworem morfiny, nadto jeżeli tylko pod ujętą fałdą skóry robi się zastrzyknięcie, nigdy niema nietylko ropnia o których wiele się mówi zwykle, ale nawet stwardnienie podskórne jest nieznaczne, chociaż bolesność miejscowa dosyć dokuczliwą pozostaje i trwa 4 do 6 dni. W ilości wstrzykiwanej dochodzimy zwykle do $\frac{1}{2}$ grana sublimatu na raz, a wstrzykujemy zawsze w plecy.

Z operacyi na powiekach wykonanych najliczniejszymi były jak zwykle operacye w celu odwrócenia powieki zawróconej (*entropium*) i dla poprawienia nieprawidłowej rzęskości (*dystrichiasis*) stosowane. W tym celu wykonaliśmy.

Operacyi <i>tarsoplastica</i> zwanėj	29
„ sposobem Pagenstechera	6
„ „ Raa (szwy podskórne)	8
„ wycięcia eliptycznego kawałka skóry	10
„ <i>tarsoplastica</i> współcześnie z Cantoplast.	1

Nadto w jednym wypadku zawrócenia częściowego brzegu powieki dolnej stosowaliśmy sposób zakomunikowany nam przez D-ra Kramsztyka a pomysłany i szerzej stosowany przez Saemiseh'a. Sposób ten polega na zupełnie przeciwnych zasadach jak sposób używany już przez nas nieraz i opisany w poprzednich sprawozdaniach, którym osiągamy radykalną poprawę przy odwróceniu częściowem brzegu powiekowego. Dwie igły nawleczone jedną grubą jedwabną nitką, wkłuwają się od strony łącznicy powiekowej pod brzegiem dolnym chrząstki powiekowej dolnej (bo na tej tylko powiece stosuje się) przeciwko części brzegu powieki zawróconego — przeprowadzają się pomiędzy chrząstką i skórą powiekową aż do brzegu, równolegle jedna do drugiej i wysuwają przy samym brzegu pomiędzy zawróconemi rzęsami w odstępnie 2^{mm} do 3^{mm} jedna od drugiej — wówczas igły się ściągają z końców nitki i nawlekają się dwie paciorki na każdy koniec nitki, poczem oba końce związują się na paciorkach. Skutkiem bezpośrednim operacyi jest znaczne bardzo odwrócenie części powieki zwróconej, po kilku dniach następuje ropienie w kanałkach któremi nitki przechodzą, wówczas się paciorki odcinają a nitka wyciąga, po kilku dniach zgojenie ostateczne następuje i brzeg powieki odzyskuje prawidłowy zupełnie stosunek do oka. Jeden wypadek, w którym ten sposób przed 4-ma miesiącami operowaliśmy, jest dotychczas w naszej obserwacyi i żadnej skłonności do powrotu choroby nie okazuje.

Operacyi odwróconej powieki wykonaliśmy w tym roku 5: jedną przez wciągnięcie odwróconej części powieki do środka przy pomocy pętli (sposób Snellena), jedną przez wycięcie eliptycznego pionowego do brzegu powieki kawałka chrząstki, jedną przez wycięcie trójkąta z całej grubości powieki (sposób Amona), i dwie przy pomocy skóry zapożyczonėj z okolic sąsiednich; z tych jedną przy której stosowaliśmy przeniesienie skóry z odległych części ciała opiszę szczegółowiej.

G. M., wyrobница, z powiatu Nieszawskiego, 20 lat wieku licząca, dobrze zbudowana i odżywiana dziewczyna, przybyła do Instytutu w dniu 15 Września, w 8 miesięcy po przebytej zgorzeli powieki górnej prawej, powstałej przy czarnej kroście (*pustula maligna*). Zgorzel ograniczała się do skóry i tkanki podskórnej tylko powieki górnej a zniszczenie wielkie spowodowała, bo powieka była zupełnie odwróconą; brzeg rzęsowy prawie zupełnie zniszczony tak, że łącznica odwróconej powieki prawie bezpośrednio dolnego brzegu brwi dotykała; zaledwie ślady brzegu powiekowego o 1/4 część długości wydłużonego, znać

było gdzieśgdzie. Gałka oczna i powieka dolna w zupełnie prawidłowym stanie, łącznica odwróconej powieki górnej nieco tylko obrzmiała, wydzielina niewielka.

Ogólne więc warunki zdrowia i oka zachęcały do wykonania plastycznej operacji, tylko znaczna bardzo utrata skóry na powiece górnej zalecała oględne postępowanie. Plan operacyjny zasadał się na oddzieleniu brzegu powiekowego, przecięciu blizn odwracających i utrzymujących w tym niewłaściwym położeniu powiekę a po odprowadzeniu tej ostatniej do właściwego do oka stosunku, zakryciu rany na powierzchni powieki skórą z sąsiedztwa zapożyczoną. Ponieważ przypuszczaliśmy, że rana będzie bardzo dużą a więc i dużo skóry dla zakrycia potrzebować się będzie, więc obmyśliśmy użycie w tym celu dwóch płatów, jednego ze skóry czołowej z mostkiem od strony skroni którymbyśmy zewnętrzną połowę powieki przykryli i drugiego z policzka równoległego z nosem dla zakrycia zewnętrznej połowy powieki, którego mostek wypadłby nieco na zewnątrz od międzybrwia. Płat z czoła miał być nieco większy, z policzka zaś mniejszy.

W dniu 20 Września przystąpiliśmy do operacji po zupełnym uspieniu chorej za pomocą chloroformu. Zaczęliśmy od zreponowania odwróconej powieki dla poznania całej wielkości zadania; gdyśmy tego dokonali, rana okazała się większą jak przystępując do operacji przypuszczaliśmy. Wycięliśmy następnie płat z czoła, którego koniec ostry aż po nad wewnętrznym końcem brwi przypadł i wprowadziliśmy na ranę; pomimo jednak, żeśmy płat bardzo szeroki wycięli, okazało się po przyłożeniu na ranę, że powiekową ranę zakrywał całkowicie tylko w zewnętrznej $\frac{1}{3}$ części, w środkowej tylko od dołu, u góry zaś zostawał jeszcze kawałek nieprzykrytym i cała $\frac{1}{3}$ część rany wewnętrzna, oraz że dla przykrycia pozostałej rany wypadnie wziąć płat z policzka bardzo wielkich rozmiarów, po którym ranę trudno będzie zakryć skórą z sąsiedztwa naciągniętą, lecz wypadnie pozostawić zgojeniu za pośrednictwem ropienia a więc z perspektywą szkaradnej blizny na twarzy.

Widząc takie niekorzystne warunki, tem niekorzystniejsze że operację wykonywaliśmy na młodej i nieszpętnej dziewczynie, zmieniliśmy plan operacji i przyszyliśmy w miejscu właściwym tylko płat już zrobiony pozostawiając pozostałą ranę nieprzykrytą dla późniejszej operacji; dla zapobieżenia zaś skórczenia się zbyt dużego powieki zreponowanej okrwawiliśmy brzeg jej dolny również jak i przeciwległy temuż brzeg wolny powieki dolnej i zeszyliśmy takowe między sobą szwem węzełkowym. Płat przesunięty też przymocowanym został w nowym miejscu za pomocą szwów węzełkowych a brzegi rany na czole po wyciętym płacie pozostałe zostały podminowanymi, zbliżonymi do siebie i spojonymi przy pomocy szwów szpilkowych.

Na trzeci dzień po operacji opatrunek został zdjętym; przyrośnięcie płatu było doskonałe, zrośnięcie brzegów powiekowych też się udało doskonale i brzegi rany czołowej nigdzie się nie rozchodziły, koniec tylko płatu na przestrzeni 1,5" do 2" długości podejrzanie wyglądał jakby podpadł zgo-

rzeli. Szwy węzełkowe powyjmowaliśmy, szpilki także, pozostawiając jednak nitki po tych ostatnich i przyklejając takowe warstwą kolodium.

Wieczorem dnia tego chora zaczęła gorączkować i nazajutrz dostrzegliśmy na policzku i czole w sąsiedztwie rany początki zapalenia różowego.

W dniu następnym róża przeszła na całe $\frac{1}{2}$ twarzy i ucho prawe, następnie na szyję i tu się ograniczyła. Gorączka w ciągu całego tego czasu nie była zbyt silną; puls nie dochodził 110, temperatura nie przechodziła 39 stopni i oddziaływanie na rany było niezbyt szkodliwe, bo tylko w miejscu gdzie mostek płatowy był ku dołowi mocniej ściągnięty, brzegi rany rozeszły się i koniec płatu na zaznaczonej już poprzednio przestrzeni odumarł; ale brzegi powiek dobrze zlepione rozeszły się i obie powieki dość znacznie od siebie oddalonymi przez to zostały. We 2 tygodnie po pierwszej operacji już żadnych śladów zaognienia pooperacyjnego nie było; płat doskonale na całej przestrzeni zagojony, szew na czole trwały, w kącie przy mostku płatowym na przestrzeni 4" małe tylko ropienie, a rana na powierzchni wewnętrznej połowy powieki górnej dobrze ziarniną pokryta już w okresie początków zablizniania się.

Uważając tą chwilę za jedyną, w której skutecznie operacją skończyć możemy, przystąpiliśmy do ostatecznego załatwienia powieki. W tym celu po zupełnym uspieniu chorej — zeszyliśmy ponownie brzegi powiek na przestrzeni 4"—5" w samym środku obu powiek, następnie nożyczkami pościnaliśmy bardziej wybujałe brodawki a inne zeszkrobaliśmy skalpelem usiłując powierzchni rany nadać jak najbardziej ożywioną i równą powierzchnię, potem podczas tamowania krwi na ranie, po odmierzeniu dokładnym wielkości powierzchni tejże, wycięliśmy odpowiedniej wielkości, o dwie linie na około większy, kawałek skóry z wewnętrznej powierzchni ręki prawej, gdzie skóra cieniutka i bez włosów doskonale się nadawała do zastąpienia skóry powiekowej, z części ramienia na wewnątrz od przyczepienia mięśnia naramiennego (*deltoideus*) o 1" odległej. Kawałek skóry wycięty pozbawiliśmy przy pomocy płaskich nożyczek resztek tkanki tłuszczowej i tkanki podskórnej tak, iż została tylko właściwa skóra z naskórkiem mocno skórczona ale tak dokładnie wycięta, że położona na ranę zupełnie takową przykryła i przylepiła się do niej zupełnie równo i gładko. Teraz nałożyliśmy bardzo starannie opatrunek skuban kowy i przytwierdziliśmy bandażem flanelowym bandażując oba oczy współcześnie w celu zapobieżenia jakiegokolwiek ruchowi powiek. Ranę na ramieniu zostawiliśmy gojeniu się przez brodawkowanie zbliżywszy tylko przy pomocy lepkiego plastra brzegi do siebie. Po trzech dniach opatrunek był pierwszy raz zdjęty; brzegi powiek zrosnięte dobrze, szwów jednak nie wyjmowaliśmy dla zapobieżenia wszelkiego pociągania rany powiekowej, i oka drugiego przez cały czas opatrywania nie odwiązywaliśmy. Skóra przeniesiona z ramienia leży gładko na ranie, jest zupełnie białą i wygląda jakby przyrośniętą była; ropienia wcale nie ma. Znowu zabandażowane oba oczy zostawiliśmy w spokoju przez 48 godzin, szwy łączące powieki w czę-

ści same poodchodziły; bezpośrednio zgojenie dokładne; skóra przeniesiona zupełnie tak samo wyglądała jak przy pierwszym opatrywaniu.

Po następnych 48 godzinach dostrzegliśmy, że naskórek z przeniesionej skóry gdzie niegdzie podniósł się i fałdować zaczyna.

W dziewięć dni po operacji podnieśliśmy brzegi naskórka oddzielonego od przeniesionej skóry i o ile takowy odstawał odcięliśmy; w 10 dni resztki naskórka zdjęliśmy i przekonaliśmy się, że 3 duże wyspy (przeszło połowa) przeniesionej skóry w trzech oddzielonych od siebie nie wielkimi bruzdami kawałkach przyrosły i przykryły ranę powiekową. Po zdjęciu naskórka gojenie się szybko postępować zaczęło, przy pęzłowaniu codziennem 2 granowym rozstworem saletrzanu srebra; we trzy tygodnie cała powierzchnia powieki już była naskórkiem przykryta a szerokość powieki w wewnętrznej połowie była tylko o jakie $\frac{1}{2}$ " mniejszą niż w zewnętrznej połowie płatem czołowym przykrytej; tu wynosiła 5" tam 5,5". Mostek łączący obie powieki przy skróceniu się górnej ku stronie skroni, przeniósł się nieco na zewnętrzną stronę tak, że źrenica obok mostka, na wewnątrz od tego, była cała widzialną i chora patrząc tym okiem mogła współcześnie z drugim bez potrzeby przecinania mostka; zostawiliśmy więc go dla przecięcia w czasie późniejszym gdy skrócenie blizn na powiece górnej już nie będzie zagrażało odciągnięciem tejże od oka.

Rana na ręku goiła się bardzo powolnie; we 3 tygodnie po tej drugiej operacji powiekowej a więc i po zrobieniu rany na ramieniu, kiedy ta ostatnia miała jeszcze przeszło $\frac{1}{2}$ " długości i około $\frac{1}{4}$ " szerokości, wypadło mi jednej z chorych wyciąć eliptyczny kawałek skóry z powieki dolnej dla usunięcia kurezowego zawrócenia tejże powieki; przyszło mi na myśl zużytkowanie tego kawałka skóry i przykrycie nim nie zagojonej rany na ramieniu chorej G. M. Myśl tę wykonałem i przykrojonym dokładnie kawałeczkiem skóry zakryłem całą ranę na ramieniu ożywiwszy ją nieco i wyskrobawszy zbyt wybijające brodaweczki. Unieruchomienie tego kawałeczka było łatwiejsze na ramieniu jak uprzednio na powiece; ręka pozostała na temblaku i 5 dni nie była przewiązywana — po 5 dniach znalazłem zupełnie dobrze przyrosnięty kawałek; po 10 dniach zszedł prawie niewidzialnie i częściowo naskórek a po 12 była rana zupełnie zagojoną i wrosnięty kawałek odznaczał się w środku blizny zakrywającej ranę ramieniową.

Sposób, który w tych obu wypadkach zastosowaliśmy zawdzięczamy pomysłowi Dra Reverdin'a z Paryża, który go, jeżeli się nie mylę, w roku 1867 po raz pierwszy wykonał. Myśl do zastosowania go w danym wypadku zawdzięczam Koledze Kramsztykowi, który widział operację stosowaną z pomyslnym skutkiem w klinice prof. Stellwaga w Wiedniu.

W jednym wypadku zrostu powieki dolnej z gałką stosowaliśmy z doskonałym skutkiem operację plastyczną w rodzaju tej, jaką w przeszłym roku stosowałem przy zroście gałki z powieką górną. Zrost mało rozciągliwy a więc w wysokim stopniu utrudniający ruchy oka miał miejsce pomiędzy wewnętrzną połową powieki dolnej prawej a odpowiednią czę-

ścią gałki sięgając aż do środka rogówki — środek zrostu był moeno napięty, brzegi zaś nieco dłuższe pofałdowane tak, iż zgłębnikiem można było łącznicę z boku zrostu daleko pod tenże podsunąć — przyczyną było spalenie powierzchni gałki i łącznicy powiekowej niegaszonym wapnem; — zrost cały odcięliśmy od gałki pozostawiając jak najwięcej łącznicy z boku zrostu w połączeniu z łącznicą gałkową — w ten sposób po zupełnym odcięciu mieliśmy wewnętrzną powierzchnię powieki pokrytą częścią zrostu, który przy powiece został, na gałce zaś trójgraniastą ranę ze 6^{'''} długą, wierzchołkiem do środka rogówki dochodzącą u podstawy zaś ginącą w fałdzie przejściowej dolnej przeszło 4^{'''} szeroką. Dla załatwienia tej dużej rany wzięliśmy płat łącznicowy z łącznicy gałkowej zewnętrznej; płat czworokątny, podłużny, podstawę u fałdy przejściowej dolnej mający stronę wewnętrzną dotykający rany — płat ten około 7^{'''} długi a ze 4^{'''} szeroki przekręciliśmy na wewnątrz i przyszyliśmy do wewnętrznego brzegu rany po odcięciu zroście na gałce pozostałej. W ten sposób rana ta w bezpośrednim sąsiedztwie z częścią rany na powiece pozostająca została przykryta a część gałki powyżej równika na zewnątrz od rogówki została obnażoną, do zagojenia się na drodze ropienia. Bezpośrednie zrośnięcie udało się doskonale, gałka ruchy odzyskała i po zrobionej w 3 tygodnie iridectomii od strony zewnętrznej, mularz, który już z 5 lat swego powołania wykonywać nie mógł, wrócił do zarzuconego sposobu utrzymywania się.

W drugim wypadku takiegoż pochodzenia, gdzie zniszczoną była łącznica całego kąta wewnętrznego oka prawego u 12 letniego chłopaka K. W., i gdzie przytem łącznica powiekowa połowy zewnętrznej obu powiek i wewnętrzny brzeg rogówki były poparzone, zrost był gruby, mięsisty i ściągał zupełnie oku wewnątrz a powieki były od siebie oddzielone paseczkiem bliznowej powierzchni zrostu na 1^{'''} szerokim, w części zaś wolnej prawie zupełnie przyrnięte. W tym wypadku ogromna część gałki był aprzyrośniętą tak, że o zupełnym usunięciu defektu marzyć nie było można, szło jedynie o polepszenie i sprowadzenie jakiejś użyteczności zdrowego zupełnie oka. Zgłębnikiem mogliśmy z obu stron wejść pod powieki górną i dolną po za zrost, tak że wnioskować mogliśmy, że w kierunku fałd przechodnich gałka nie była tak daleko zrośnięta z powiekami, jak przy brzegu powiek; dla tego postanowiliśmy przedewszystkiem oddzielić obie powieki od gałki. W tym celu nożykiem Weber'a do rozcinalnia kawałków łożowych używanym, zakończonym dziobkiem główkowatym, tęnym, przeszliśmy pomiędzy zrostem a fałdami przechodniemi obu powiek, zmierzając końcem tęnym do kąta wewnętrznego powiekowego, gdy w tem miejscu zrost był główką nożyka napięty, nożykiem ostrym robiliśmy tak długo małe nacięcia, aż tępą główką nożyka Weber'a ukazała się w kącie wewnętrznym powiekowym; wówczas ostrzem przecieliliśmy zrost przy brzegu powiek uwalniając w ten sposób obie powieki a zostawiając cały zrost przy gałce. Następnie nie mając żadnej możności załatwienia ogromnych ran, jakie na gałce powyżej i poniżej zrostu zostały, odseparowaliśmy tylko łącznicę powiekową od chrząstki o tyle, o ile to być mogło i zeszyliśmy ją z częściami

zrostu jakie przy brzegu powiek pozostały, zaszywając w ten sposób przynajmniej rany w wewnętrznej powierzchni powiek pozostałe. W ten sposób szczelina powiekowa zrobiła się zaraz znacznie większą, oko odzyskało ruchy swobodne, w następstwie wszakże zablizniania się ran na gałce i ściągnięcia zrostu ku kąтови powiek wewnętrznemu, ruchy oka na zewnątrz uległy znacznemu ograniczeniu tak, iż chory patrząc w prawą stronę, miał podwójne proste obrazy, ale miał oko otwarte, źrenicę odkrytą i przy patrzeniu wprost przed się używał obuocznego widzenia. (D. c. n.).

KRONIKA.

Dochodzenie umiejscowienia zmian anatomicznych w chorobach mózgu. Cechująca nowoczesną patologię dążność wyprowadzania klinicznych objawów z istniejących podczas choroby zmian anatomicznych stanowi niezaprzeczenie jeden z najważniejszych dowodów prawdziwego postępu nauki lekarskiej. Poszukiwania w tym kierunku, o ile z jednej strony trudne i mozolne, o tyle znowu z drugiej są konieczne tak dla wyświecenia przypadłości patologicznych jako też czynności fizyologicznych. Jedną z rzadkich na nieszczęście tego rodzaju prac sumiennych na dokładnej znajomości przedmiotu opierających się przedstawia rozprawa Prof. N o t h n a g e l'a zamieszczona pod tytułem: *Klinische Mitteilung und Beobachtungen über Krankheiten des Gehirnes. I Abth.* (Deut. Arch. f. klin. med. XIX Bd. 1 H.), w której autor zastanawia się nad umiejscowieniem anatomicznych zboczeń w cierpieniach mózgu.

Przekonany o wielkiej doniosłości poszukiwań rzeczonych, niemniej o trudności przeprowadzenia onych w sposób przez naukę wymagany, jako też o różnaitości dróg do zamierzonego celu prowadzących, względnie do różnego sposobu pojmowania rzeczy, stawia prof. zasadę, którą zdaniem jego lekarz przy dochodzeniach tego rodzaju kierować się winien, że „rozpoznawanie umiejscowienia zmian anatomicznych opierać się ma wyłącznie na doświadczeniu kliniczném i postrzeżeniu autoptyczném, na zwłokach zmarłego, gdyż one to wyłącznie i jedynie stanowią podstawę patologii człowieka. Dawniejsze opisy chorób nie mogą być w celu wyrzeczonym spożytkowane z powodu, ponieważ poprzednicy nasi nie zawsze trzymali się (bo nie mogli często) powyżej przytoczonej zasady, przy ocenieniu objawów nie rzadko z innego od nas zapatrywali się stanowiska, i nie oznaczali z należytą ścisłością miejsca przez chorobę naruszonego, wyrażając się słowami np.: „wylew krwi w płacie przodowym prawym (mózgu),“ „zmięknienie w lewym pagórku wzrokowym“ i t. p.

Autor objaśnia następnie, co należy rozumieć pod wyrazem „ umiejscowionego cierpienia“, i ogranicza pojęcie to do takich tylko zmian somatycznych, które 1) utrzymują się długotrwałe, 2) są ściśle ograniczone i oddzielone, 3) nie wywierają żadnego wpływu na otoczenie (np. ucisk, zmiany w krą-

zeniu, zapalenie tkanek okolicznych). Z tego wychodząc stanowiska sądzi autor artykułu, że ograniczone nawet zapalenie osłon mózgowych, równie jak ostre zapalenie mózgu nie może służyć za przedmiot do określenia umiejscowionej choroby, za to stosownem do tego zdaje mu się być przewlekłe ognisko zmięknienia żółtego, które nie ma żadnego wpływu na otoczenie,—tudzież stary oczepiony ropień w mózgu; najbardziej zaś nadają się do rozpoznania umiejscowionego zбочenia: wylewy krwi i zmięknienia (zatorowe i zakrzepowe), zastrzegając sobie, że tego rodzaju ogniska rozrzucone i rozległe wymagają przy ocenieniu bacznej ostrożności dla uniknięcia pomyłek. Świeże wylewy krwi i zmięknienia nie mogą być zużytkowane, albowiem one łączą się częstokroć ze zбочeniem krążenia lub zapaleniem części okolicznych. Największą ostrożność zatem autor zaleca przy rozpoznaniu umiejscowienia choroby w wypadkach nowotworów mózgu, którym pospolicie niemal towarzyszą przypadłości rozległego cierpienia mózgowia. Uznając całą wartość doświadczeń fizjologicznych dokonywanych na zwierzętach, z których także nauka patologii (człowieka) nie małe odnieść może korzyści, nie waha się jednak autor zaznaczyć, że przy wyjaśnianiu faktów klinicznych posługiwać się i polegać mamy tylko na troskliwem badaniu zmian anatomicznych na zwłokach chorych.

Po takich uwagach wstępnych zwraca się autor do szczegółowego rozbioru wypadków z połowiczym bezwładem przy ograniczonym cierpieniu mózgu.

Połowicze porażenie ruchu należy do zwyczajnych objawów umiejscowionej zmiany w istocie mózgowiej; wyjątkowo jednak może w podobnych razach wystąpić obustronne porażenie, albo też przeciwnie jednostronny czyli połowiczny bezwład może istnieć bez umiejscowionej zmiany anatomicznej w mózgu. Obustronne porażenie ruchu towarzyszy zazwyczaj dwustronnym ogniskom, jeżeli takowe występują równocześnie, jakkolwiek doświadczenie uczy, że pospolicie dzieje się inaczej t. j. że do istniejącego bezwładu połowiczego przyłącza się, po wystąpieniu drugiego ogniska chorobnego w mózgu, bezwład połowiczny z drugiej strony, z kąd pochodzi porażenie dwustronne. Pomijając wypadki tego rodzaju może pojawić się dwustronne porażenie ruchu wtedy, jeżeli zmiana anatomiczna, jakkolwiek nieznaczna i ograniczona, mieści się w takim punkcie, że z łatwością może po obu stronach przekroczyć linię środkową, jak to ma miejsce przy ogniskach patologicznych usadowionych w mostku Varol'a i w rdzeniu przedłużonym.

Oprócz tego może porażenie ruchu połowicze powstać przy chorobach rdzenia, w cierpieniu historycznym, w naruszeniu czynności obwodowych nerwów, nareszcie przy zatruciu ołownem, w skutek zwrótnego stłumienia czynności ruchowej, nadto przy wzruszeniach psychicznych (*emotions paralysis*).

Przy rozpoznaniu różniczkowem należy pamiętać: że w porażeniu rdzeniowem nie widzimy jednoczesnego naruszenia czynności ruchowej i czulnej, że jedynie przy cierpieniu rdzenia w części karkowej występuje porażenie ner-

wów naczynio-ruchowych po stronie bezwładnej (w której też stronie tkwi chorobowe ognisko), że wreszcie przy bezwładzie połowicznym istnieje zarazem nadczułość tejże strony a znieczulenie połowicze ze strony przeciwnej. Bezwład maciniczny występuje wyłącznie u niewiast, śród innych objawów histeryi i bez naruszenia ruchu w mięśniach zaopatrywanych gałęziami nerwu twarzowego i podjęzykowego — co razem ułatwia rozpoznanie natury cierpienia.

Bezwład połowiczy obwodowy, jakkolwiek bardzo rzadko, wydarza się jednak i prawdopodobnie bywa następstwem sprawy zapalnej w nerwach (jakkolwiek nie mamy dotąd dowodów anatomicznych takiego przypuszczenia). Rozpoznanie w takim razie opierać się będzie na stopniowo postępującym porażeniu ruchu, najprzód w jednej kończynie, następnie w drugiej (z tejże strony), na wyszukaniu miejsc bolesnych odpowiadających przypuszczalnemu zapaleniu nerwa, na nienaruszeniu czynności nerwów mózgowych, a głównie na braku objawów mózgowych w ogólności.

Porażenie połowicze w następstwie podrażnienia zwrotnego wymaga wykazania jakiegoś urazu (trauma), któryby mógł spowodować podrażnienie zwrotne, tudzież braku naruszenia czynności mózgowej.

Rozpoznanie bezwładu połowiczego w skutek zatrucia ołowiem opiera się przedewszystkiem na stwierdzeniu odnośnych warunków etiologicznych i anatomicznych, na właściwości zachowania się porażonych części względem działania strumienia elektrycznego, nadto na niedostatku objawów porażenia w zakresie nerwów twarzowych i ocznych. Porażenie w następstwie wrażeń psychicznych występuje niezmiernie rzadko; w danym razie może być z łatwością rozpoznaniem i od wszystkich innych form rozróżnionem.

O działaniu ezerinu w jaskrze (*glaucoma*). W artykuliku naszym o siarkanie ezerinu podanym w Gaz. Lek. r. z. (N. 17) zwróciliśmy uwagę kolegów na działanie tego środka przy jaskrze. Obecnie w Przeglądzie lekarskim (N. 10 do 12) znajdujemy ciekawe obserwacye z kliniki prof. Rydla, które nas przekonywają, że przy wkraplaniu do oka 1% roztworu siarkanu ezerinu, oprócz zwężenia źrenicy następuje znaczne obniżenie ucisku śródocznego, rozszerzenie pola widzenia i polepszenie ostrości wzroku nawet dość trwałe, jak np. w 1 wypadku. W innych zaś polepszenie było nietrwałe, a nawet u niektórych chorych nie dostrzeżono wcale takowego, tak że musiano w końcu uciec się do operacyi (*irydektomii*). Obserwacyi zrobiono 9, głównie przy *glaucoma simplex, gl. inflammat. chr. et subacutum*, otóż w 2-ch wypadkach ezerin zupełnie zawiódł, w 7 osiągnięto pewny skutek; z tych ostatnich u 2-ch chorych udało się przywrócić na kilka miesięcy prawidłowe warunki krążenia i tym sposobem zbyteczną uczynić irydektomię, którą wykonano 5 ciu innym, gdzie ezerina chwilowo tylko była pożyteczną. Wartość więc lecznicza ezerinu w jaskrze jest rzeczywiście problematyczną i wątpimy aby ten lek mógł zastąpić, irydektomię, bywają nawet wypadki gdzie od ezerinu bóle oczne wzmagają się i napady jaskry obostrzają się (taki np. niedawno miał miejsce w oftalm. instytucie), zmuszają do interwen-

cyi zbrojnej. Obserwacye nasze przemawiają na korzyść tego zdania, że ezerina może mieć wartość środka oddalającego w pewnych razach wykonanie irydektomii, lecz zapobiedz tej ostatniej nie jest w stanie. W instytucie oftalmicznym widzieliśmy 2 chorych *cum glauc. simpl.*, u których napady jaskry ustępowały od ezerinu; jeden z nich opuścił zakład w listopadzie z znacznie polepszoną wzrokiem, który utrzymywał przez parę miesięcy dopóki robiono w domu wkraplanie, po zaprzestaniu takowego znowu nastąpiło upośledzenie wzroku, tak, że przybywszy w marcu powtórnie do instytutu zaledwo liczył palce na 4', obecnie po wznowieniu ezerinu chory ten może czytać gazety. Prócz tego przekonaliśmy się na niektórych chorych, że skoro objawia się pogorszenie wzroku po pewnym czasie po wykonaniu irydektomii, to w takich razach i wkraplanie ezerinu staje się bezużytecznym, chwilowo tylko bowiem poniżej śródocznych ciśnień nie zapobiegając zanikowi n. wzrokowego. W każdym razie czekać należy na dalsze obserwacye w tym przedmiocie.

Dr J. T.

Przyczynek do nauki o gruzelkach. W sprawie tak niezmiernie ważnej tak istota i znaczenie gruzelków, która zajmuje dziś wszystkich patologów i lekarzy, nad wyjaśnieniem której pracują liczni badacze, należy gromadzić wszystkie fakta i doświadczenia, któreby choć cokolwiek przyczynić się mogły do rozświecenia równie zawiłej, jak ważnej i ciężkiej choroby. Pod powyższym napisem zamieszcza Dr P. Baumgarten artykuł w „*Centralblatt f. die medicin. Wissenschaften.*“ (Nr. 13. 1878), którego treść podajemy naszym czytelnikom, o ile to pożytecznym być musi dla ułatwienia zrozumienia istoty choroby w mowie będącej.

Dr Baumgarten wyetępuje przeciwko twierdzeniu D-rów Langhans'a, E. Wagner'a i Schüppel'a, jakoby gruzelek wyróżniał się od innych nowotworów guziczkowatych swoistą, własną i osobliwą budową histologiczną, szczególniejszém ułożeniem pierwiastków w skład jego wchodzących. Twierdzenie to Langhans'a etc. dało bowiem powód do zasady, że wszelkie twory guziczkowate (siateczkowe) z „komórek olbrzymich“ złożone, poczytane być muszą za właściwe gruzelki, i przeciwnie twory tej budowy nie posiadające, za gruzelki uważane być nie powinny. Ztąd znowu powstało zdanie przez Friedländer'a wygłoszone, że gruzlica jest chorobą umiejscowioną i że jako taka zaszczepiać się nie daje, albowiem wyprowadzone sztucznie (przez szczepienie) gruzelki nie posiadają owój swoistej budowy gruzelka olbrzymio-komórkowego (*Riesenzellen tuberkel*). Otóż w pomienionym artykule stara się Baumgarten wykazać i dowieść, że drogą doświadczalną można wywołać twory olbrzymio-komórkowe w zupełności do właściwych gruzelków pod względem histologicznym podobne, inaczej mówiąc: zupełnie te same.

Baumgarten sprawdził poprzednio już, (*Centralblatt f. d. med. Wissens.* 1876. N. 45), że około węzłków podwiązki (ligatury) wytwarza się zawsze

tkanka ziarninowa obfitująca w komórki olbrzymie, zajmująca całą przestrzeń uległą zapaleniu, przyczem jednak nie dostrzegł guziczków gruźliczych. Obecnie przekonał się, że rozrzuciwszy drobniutkie cząsteczki jakiegokolwiek ciała obcego (np. włókienka waty, kawałeczki włosów etc.) po tkance podskórnej, otrzymamy wszędzie około nich mnogie komórki olbrzymie, które, jak na zasadzie licznych postrzeżeń i dokładnych badań stanowczo utrzymuje „przedstawiają w zupełności utkanie właściwych gruźliczych komórek olbrzymich, (t. j. cechujące ustawienie ziareczek w obwodzie, tę samą osoblwą i właściwą, równomiernie ciemną, ziarnistą zaródź czyli protoplasma). Komórka olbrzymia, w której łonie tkwi ciało obce leży oddzielnie, sama dla siebie w tkance, albo też otoczona gromadką (okrągłą lub owalną) tworów komórkowych nabłonkowych czy limfoidalnych; częstokroć daje się także spostrzegać siateczka (*reticulum*) w guziczku—nigdy jednak niewidziano tu naczyń krwionośnych. Tkanka okoliczna, czasem mało zmieniona, czasem obfitemi komórkami nacieczona, bywa albo po prostu wypartą, albo też otacza bujające grudki w formie bliznowatęj otoczki.

Porównanie przecięcia tych guziczków z przeciętymi gruźliczkami prosówkowymi, nie przedstawiało pod drobnowidzem najmniejszej w obydwóch tych tworach różnicy; nie ulega zatem żadnej wątpliwości, że pod względem histologicznego utkania twory te są zupełnie równe z gruźliczkami olbrzymio-komórkowymi, które uważane są za gruźliczki właściwe. Zachodzi jednak ważna pomiędzy obydwoma tworami różnica, mianowicie ta, że gruźliczki sztuczne (stosownie do licznych postrzeżeń autora) nie ulegają przeobrażeniu serowatemu i nie rozpraszają się (*Disseminatio*). „Gruźliczka olbrzymio-komórkowa przeto—powstająca z licznych i rozmaitych przyczyn—nie jest bynajmniej, jako taki, sam przez się tworem anatomicznym cechującym gruźlicę, jej wyłącznie właściwym, tylko nabiera właściwego znaczenia i swoistęj cechy wytworu gruźliczego dopiero w dalszym rozwoju.“ Postrzeżenia Baumgarten'a stwierdzają więc zdanie Virchow'a, który przyznając cechę swoistą gruźliczce prosówkowej, nie upatruje owęj swoistości w utkaniu histologiczném nowotworu, tylko raczej w właściwości zachowania się jego względem ustroju, w sposobie rozmnażania się i przeobrażenia.

KORRESPONDENCYA.

Druskieniki, w 1877 roku.

Pomimo wielu nieprzychylnych a wcale niezależnych od nas okoliczności, pomimo powszechnęj prawie naszęj jakiejs niechęci dla wszystkiego co krajowe, co własne a swoje, pomimo fałszywych a szkodliwych każdego roku na

wiosnę o naszym krajowym zakładzie rozsiewanych wieści ¹⁾, pomimo to wszystko, zakład nasz coraz bardziej się rozwija, coraz to większego u chorych a także i u szanownych kolegów dostępując zaufania.

Zeszłego roku zjazd mieliśmy tak liczny, jakiegom ani razu jeszcze podczas trzydziesto-sześćcioletniej stałej mojej tutaj lekarskiej praktyki nie zapamiętał— do czego zapewne dużo się przyczynił niesłychanie niski kurs pieniędzy naszych za granicą. Wszystkich przybyłych zeszłego roku do Druskienik, według wiadomości policyjnych, było przeszło 8,000 osób—z tej ilości poddawało się kuracyi osób 3,127, której rezultaty mianowicie w rozmaitych cierpieniach skrofulicznych, reumatycznych, artrytycznych i niezastarzanych paralitycznych, okazały się zadawalniające. Wiadomość ogólna o ilości chorych i rodzaju cierpień—jakoteż otrzymanych skutków jest następująca:

	Przybyło	Opuściło zakład				Ogółem
		Z znaczną ulgą	Z polepszeniem	Bez polepszenia	Z niewiad. zejściem	
Gościec (Reumatyzm)	935	480	246	124	85	935
Dna (Artrytyzm)	76	36	24	9	7	76
Zoły (skrofuły)	964	411	301	186	66	964
Bezwład	58	26	13	14	5	58
Choroby narządu trawienia	364	176	98	63	27	364
" macicy	98	34	28	17	19	98
" narządu moczowego	17	5	4	3	5	17
" układu nerwowego	156	59	66	13	18	156
Cierpienia hemoroidalne	199	76	44	35	44	199
" okostnej	74	26	34	8	6	74
Krzywica (choroba angielska)	70	26	24	9	11	70
Rany i jęczynki	76	29	33	9	5	76
Zakażenie rtęciowe (Hydrargyrós.)	8	4	4	—	—	8
Przymiotnica (syfilis) ²⁾	14	6	3	—	5	14
Varia ³⁾	18	3	5	6	4	18
O g ó ł	3127	1397	927	496	307	3127

¹⁾ Zeszłego roku np. gazety rossyjskie i polskie wygłosiły zupełne prawie jego zniszczenie przez nadzwyczajne wylewy rzeki Niemna i Rotniczanki, obecnie zaś, częste odbieramy z odległych nawet stron Cesarstwa listowne zapytania, czy prawda: że z powodu nagromadzenia jeńców tureckich w Druskienikach, straszny epidemiczny rozwinął się tyfus? — gdy tymczasem dotąd niewidzieliśmy ani jednego turka tutaj, a ten ciężki epidemiczny tyfus, przez całą zimę i wiosnę ani jednego nie dotknął chorego.

²⁾ Choroby syfilityczne leczone były tylko w szpitalach wojskowych.

³⁾ Tu zamieszczamy choroby bliżej nieokreślone. (P. R.).

Niezwykłe pomyslnie skutki z użycia kąpeli Druskienickich, zauważyliśmy zeszłego lata w zastarzałych i upartych gościach znaczne polepszenie, pozornie nawet zupełne uleczenia w kilku wypadkach cierpień artrytycznych, kiedy przy znaczném obrzęknięciu stawów i wielkich bólach, zupełne prawie już było nastąpiło obezwładnienie członków. Szczęśliwe też zejścia dostrzegaliśmy w cierpieniach rachitycznych, jakoteż w obrzękłościach stawów natury skrofulicznej, gdzie już wielka zachodziła obawa utworzenia się nieuleczalnych cierpień pod nazwą *tumor albus*. Znacznego też polepszenia doznało kilku paralityków w bezwładzie połowicznym, jakoteż w skutek cierpień stosu pacierzowego, a ztąd zupełnej prawie nóg bezwładności. Dwuch tego rodzaju chorych niemogących o własnych siłach żadnego prawie używać ruchu (p. Buttler z Wilna wieku lat 42 i p. Terentiew z Grodna wieku lat 38), po kilkotygodniowém picciu wody mineralnej z Nr 2 i przyjęciu kilkudziesięciu kąpeli, mogli nietylko o własnych siłach, ale nawet bez pomocy kija, kilkownikostwie odbywać przechadzki. W chorobach skórnych u kilku chorych zauważaliśmy szczęśliwe wypadki zablizniania się jątrzników na twarzy, wywołanych upartem a fatalnem cierpieniem zwanem *lupus excedens*, jeden wypadek uleczenia zastarzałej a bardzo upartej wysypki na nosie, zwanęj *impetigo figurata*.

Niedobre zejścia przeszłego roku okazały się w niektórych cierpieniach skórnych zwanych *Psoriasis*, a mianowicie *in psoriasi guttata*, *Pitiriasis*, *Ichthyosis*, a także *Eczema impetiginodes*. Najbardziej bijące w oczy uzdrowienia dawały się spostrzegać w szpitalu starozakonnych, gdzie ci prawdziwie ewangeliczni łazarze, przez szczególną jakąś łaskę i miłosierdzie Boże, niespodziewanie prędko mogli porzucić łoża ciężkich boleści i cierpień.

Pod opieką dobroczynności dla chrześcijan bez różnicy wyznań, leczyło się 74 osób—w szpitalu starozakonnych znalazło przytułek 334 chorych, w szpitalu wojskowym mieściło się 112. Lekarzy praktykujących u wód było 6, leczących się 8, przejezdnych 19. Kąpeli wszystkich wydano 72 tysiące,—kąpiele Niemnowe, a mianowicie na rzece Rotniczance, którą bardziej bystrym potokiem zwaćby należało, doskonale urządzone, wielkie nam usługi oddały w wielu cierpieniach nerwowych, ubóstwie krwi, jakoteż w rozmaitych osłabieniach kobiecych.

Kilka niżej wymienionych osób znanych w kraju naszym z pożytecznej pracy a ztąd i prawdziwej dla tegoż kraju zasługi, zaszczyściło zeszłego roku nasz zakład bytnością swoją, Pan Kazimierz Kaszewski, powszechnie znany krytyk i tłumacz, P. Adam Pług (Antoni Pietkiewicz), poeta i ulubiony autor kilku obyczajowych powieści, P. Michał Jezierski, autor kilku oryginalnych powieści jakoteż utworów dramatycznych, pracujący obecnie nad bardzo ważnym dziełem historii cywilizacji w Polsce, P. Napoleon Orda, wydawca sławnego Albumu widoków krajowych, Ks. Antoni Giedrojé, jedyny bodaj pracownik na polu geologii krajowej, który po skończeniu nauk w Dorpacie i dalszém kształceniu się za granicą, bardzo szczegółowo badał wszystkie naszego zakładu mineralne źródła, Dr Med. Paryzkiego Uniwer. Beni, który po zwie-

dzeniu zamorskich krajów i wystawy w Filadelfii, poświęcił czas jakiś dla bliższego obeznania się z krajem,—każdy z tych oto rodaków naszych, bardzo gościnnego doznał przyjęcia w zebraném zeszłoroczném towarzystwie—każdy też z nich dużo się przyczynił do uprzyjemnienia pobytu tegoż towarzystwa.

Jeżeli przy każdej kuracyi, to témbardziej jeszcze przy higienicznój lub też klimatycznój, do jakich i leczenie za pomocą wód mineralnych w części zaliczyć należy, wszystkie rozrywki i przyjemności towarzyskie są ważnym a ztąd koniecznym pomocniczym środkiem. Tak też i zeszłego roku jak zwykle: wieczory z tańcami, koncerta, dawane po większój części przez rodaków naszych, bardzo dobra orkiestra pod dyrekcją znakomitego skrzypka p. Ebana z Wilna—wieczory prywatne, dziecinne, składkowe obiady, pik-nik, przejażdżki konno lub też bezpiecznemi łodziami po Niemnie, wycieczki do litewskich lasów, gdzie z kilkowiekową sosną a dużo jeszcze starszym dębem nie trudno się spotkać, wszystko dużo się przyczyniło do miłego przepędzania czasu naszym kąpielowym gościom.—

Druskieniki, 1 (13) Kwietnia 1878 r.

Dr Jan Pilecki.

NEKROLOGIA.

W dniu 24 Marca (5 Kwietnia) b. r. odprowadziliśmy na cmentarz katolicki w Humanu zwłoki ś. p. D-ra Władysława Malinowskiego, zmarłego na tyfus wysypkowy w Mańkowie Kijowskiej gub. o wiorst 30 od Humania. Ś. p. Władysław rodem z Wołynia, po ukończeniu w Grudniu 1876 r. Warszawskiego Uniwersytetu, pociągnięty do służby wojskowej,znaczony został w ostatnich czasach jako lekarz przy wziętych do niewoli Turkach do wsi Mańkówki. Z prawdziwem poświęceniem i sumiennoscą zajmował się tymi nieszczęśliwymi zapadającymi na tyfus, a dbając o odpowiednie dla nich wygody i pożywienie, doznał z tego powodu wiele przykrości, które moralnie go przygnębiły i przyspieszyły wybuch strasznej choroby, której padł ofiarą. Będąc sam jeden w pustej osadzie, długo opierał się chorobie, która następnie tém groźniej wystąpiła, a pomoc lekarska była już wtedy spóźnioną. Umarł bez żadnej prawie opieki w dniu 21 Marca (2 Kwietnia) b. r. mając lat 27.

Sit ei terra levis!

Dr Piramowicz.

Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, że na utworzenie przy Uniwersytecie Warszawskim stypendyum lekarskiego imienia ś. p. Dra Polikarpa Girsztowta, złożyli do kassy Tow. dobrowolne ofiary: Z miasta Warszawy: dr Śmiechowski rs. 5; dr Langowski rs. 1; z prowincyi: dr Dobrzelewski Tadeusz z m. Pultuska rs. 4; dr Piramowicz Józef z Humania rs. 10; dr Brudnicz Dominik z m. Kowala rs. 10; p. Sulej Władysław, aptekarz z osady Sopoćkinie w gub. Suwałskiej rs. 1. Za pośrednictwem Redakcyi Wieku: Z. S. wdowa z Grodna rs. 3 i P. Karwowska, wdowa z Grodna rs. 3. Za pośrednictwem Dra Londyńskiego, Inspektora Lekarskiego gubernii Łom-

żyńskie: dr Mysłowski Jan z Grajewa rs. 8; dr Peplowski Adam z m. Łomży rs. 3; p Makdonald Eneas, aptekarz z osady Stawiski rs. 1; dr Michałowski Stanisław z m. Łomży rs. 3; dr Sztajnberg Aleksander, Lekarz pułkowy z m. Łomży rs. 3. Z powiatu Ostrowskiego: pp. Wrzosek Wojciech, leśniczy rs. 3; ksiądz Jarnutowski Adam rs. 1; Śmiegielski Ludwik, urzędnik rs. 1; Pawłowicz Zdzisław, jeometra rs. 1; Dąbrowski Julian, obywatel rs. 1; Kuryłowicz, Naczelnik Straży Ziemskiej rs. 1; Karwowski Piotr, urzędnik rs. 2; Awejde Edward inkwirent sądowy rs. 2; Lipski Wojciech, inżynier rs. 2; Późniak Wacław, urzędnik rs. 1; Raciborski Piotr, inżynier rs. 2; Chmielewski Henryk, obywatel rs. 3; Domański Władysław, urzędnik rs. 1; K. Miller kommissarz włościański rs. 2; Mikoszewski Władysław, urzędnik rs. 1; Kobyliński Edmund, urzędnik rs. 1; Mazurowski Bolesław, urzędnik rs. 1 kop. 50; Jurewicz Aleksander, Sędzia Pokoju rs. 3; Nowicki Tacyusz, obrońca kop. 50; Nowca Julian, aptekarz rs. 3; Cwierdziński Stefan, rejent rs. 1; Mystkowski Aleksander, urzędnik rs. 1; ks. Imieniński Wincenty, proboszcz rs. 1; N. N. rs. 1; Waliński Franciszek, urzędnik rs. 1; dr Basewicz, lekarz wojskowy rs. 3; dr Kuncewicz Adolf, lekarz powiatu Ostrowskiego rs. 3. Z powiatu Pułtuskiego: dr Stępnicki Teodor z osady Wyszaków rs. 3 i p. Pokrzywnicki Filip, weterynarz okręgowy rs. 3. Wogóle od dnia 5 Lutego r. b. jako daty rozpoczęcia przyjmowania ofiar po dzień 18 Kwietnia r. b. otrzymano w biurze Zarządu Towarzystwa Lekarskiego rs. 2047 kop. 80.

Prezes Towarzystwa, *Dr Hoyer.*

Sekretarz stały, *Dr Szokalski.*

Wykaz tygodniowy ruchu ludności miasta Warszawy,

za czas od 7-go do 13-go Kwietnia 1878 r.

Ludność m. Warszawy r. 1877 wynosi 315,199.

W upłynionym tygod. urodziło się dzieci religii prawosławnej praw. małż.	5	niepr.	1
religii rzymsko-katolickiej	59	„	11
„ protestanckiej	8	„	2
„ mojżeszowej	64	„	1

Razem praw. małż. 136 niepr. 15.

W tymże tygodniu umarło w skutek ospy 17, odry 1, płonicy 4, durzycy 3, błonicy 5, chor. pługowych —, zapalenia oskrzeli i płuc 33, suchot pł. 29, niezytu kiszki 61, wiału schyłkowego 13, samobójstwa —, zabójstwa —, rozmaitych chorób 63, niewiadomych przyczyn 14. W ogóle mężczyzn 130, kobiet 113, razem umarło 243, poprzedniego tygodnia 217.

W stosunku do 1000 mieszkańców wynosi śmiertelność roczna 40.09.

Zawarto małżeństw w ubiegłym tygodniu 12.

KORRESPONDENCYA REDAKCYI.— *Panu w Hłusku.* Ponieważ w papierach pozostałych po ś. p. Girsztowie nie znaleźliśmy rękopismu Chirurgii przez nieboszczyka w Bibliotece Um. Lek. rozpoczętej, gdy nadto niema odpowiedniego dzieła w języku ojczystym napisanego, postanowiliśmy przeto spełniając zobowiązanie Redakcyi, zastąpić brak ten pracą Koenig'a. Odmienny papier (kolumna ta sama) musieliśmy zachować w tomie III, ponieważ na takim papierze zastaliśmy już kilka arkuszy wytłoczonych. Poprzednie tomy będą w swoim czasie rozesłane.

Sprostowanie. W Nr 15 Gazety Lekarskiej w liście ofiarodawców na stypendyum ś. p. prof. Girsztowna, zasła pomyłka: zamiast dr P ł o Ń s k i z Wołynia być powinno: dr P o ł o Ń s k i.

Redaktor odpowiedzialny, Prof. Dr Łuczkiwicz.

Wydawca, Szymkiewicz.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy ulicy Ś-to Krzyskiej Nr. 1343 (nowy Nr. 9).

Druk. Gaz. Lek. Ul. Ś-to Krzyska N. 9. Дозвол. Цензуры. Варшава, 13 (25) Апрель 1878 г.

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 1878 do 1 lipca 1878) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1878 r. rsr. 218 (z przesyłką).

TRZĘSC: Postrzeż. z praktyki lekar. Ważniejsze wypadki z oftalmicznego Instytutu ks. Lubomirskiego w Warsz. z r. 1877. *Narkiewicz-Jodko*. — Kronika. Dochodzenie umiejscowienia zmian anatomicznych w chorobach mózgu. O działaniu ezerinu w jaskrze. Przyczynek do nauki o gruźlkach. — Korrespondencya. Druskieniki. — Nekrologia. — Wiadomości bieżące. — Wykaz tygodniowy ruchu ludności m. Warszawy. — Korrespondencya Redakcyi. — Sprostowanie. — Dodatek. Historyi Medycyny ark. 12 i 13. — Dzieje i znaczenie przeciwpasożytnego leczenia ran. *R. Jasiński*. (Dalszy ciąg). — Ogł. far. lek.

Ważniejsze wypadki z oftalmicznego Instytutu ks. Lubomirskiego w Warszawie z roku 1877.

Podał Dr Narkiewicz-Jodko.

Z chorób powiek ciekawszych i żywszy przedstawiających interes ze względu na przebieg i stosowane środki, zaznaczyć musimy jeden wypadek wtórnego wrzodu szankrowego na powiece dolnej oka prawego.

R. J., lat 25 wieku liczący, dostał w Grudniu roku 1876 a więc na 11 miesięcy przed wejściem do Instytutu szankra na członku, po zgojeniu którego środkami zewnętrznymi w 4 miesiące t. j. w Kwietniu roku bieżącego, pokazały się owrzodzenia w gardle i włosy obficie wypadać zaczęły. Z powodu tych wtórnych objawów stosowane były frykcyje (40 pół drachmowych, po dwie dziennie), jodek potasu (6 drachm w ciągu 4 tygodni) i jodek rtęci (60 pigułek $\frac{1}{2}$ granowych w ciągu 2 ch tygodni), poczem chory uznany został za zupełnie zdrowego. W połowie jednak Listopada, na 8 dni przed wejściem do Instytutu oftalmicznego, zbrzękła mu nieco powieka dolna oka prawego i w ciągu dwóch dni wytworzył się pryszczyk łudząco zwyczajny jęczmień przypominający. Jeden z okulistów pytany o radę zalecił nawet choremu masć z dwutlenku rtęci czerwonego (*hydr. oxyd. rubr*) do wcierania w brzeg zajęty, obok użycia rozmięczających kataplazmów. Chory stosował tę radę w ciągu trzech dni następnych bez dobrego skutku, przeciwnie zauważył powiększenie się wrzodzika po pękniętym niby jęczmieniu pozostałego; zastraszone takim przebiegiem choroby przedstawił się w ambulatoryum instytutu w celu zasięgnięcia pomocy. W tym czasie a więc na 6-ty dzień choroby nie było już żadnej wątpliwości co do istoty cierpienia — mieliśmy bowiem do czynienia z bardzo charakterystycznym wrzodem szankrowym na brzegu powieki dolnej

szerokim 2''—3'' głębokim na 1'' i zajmującym całą międzybrzeżną część powieki, na granicy zewnętrznej i średniej $\frac{1}{3}$ części tejże. Dno wrzodu charakterystycznego słoninkowatego wejrzenia. brzegi czerwone, zgrubiałe i stwardniałe, przy tém obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi i znaki ogólnego charłactwa ułatwiały rozpoznanie. Zaleciliśmy choremu natychmiastowe pozostanie w Instytucie w celu zastosowania szybko działającej rtęciowej kuracyi. Chory na to przystał, ale z powodów trudności w uzyskaniu potrzebnych legitymacyi policyjnych dopiero po 48 godzinach przybył na salę, tymczasem zaś, wrzód powiększył się w czwórnasób tak, że w dniu 17 Listopada (dacie zapisania się chorego) mieliśmy już do czynienia ze szczyrbą w brzegu powiekowym 6'' długą a na 2'' w najgłębszem miejscu niszczącą skórę, łącznicę i chrząstkę powiekową. Łącznica gałkowa nie przytém nie ucierpiała i małe tylko łzawienie świadczyło o lekkim podrażnieniu tejże. Natychmiast zastosowaliśmy wstrzykiwania podskórne sublimatu ¹⁾ w ilości $\frac{1}{4}$ części grana, na 2-gi dzień toż samo w ilości $\frac{1}{3}$ części grana, na 3 dzień $\frac{1}{2}$ grana. Już na drugi dzień rana miała czyściejsze wejrzenie a wrzód nie zwiększał się—od czwartego dnia poczęło się szybkie zabliznianie tak, iż po 8-miu dniach pobytu mieliśmy już trwałą bliznę na brzegu powiekowym, i chory któremu w ciągu 8 dni wstrzykuje 3 gran sublimatu, w dniu 30 Listopada, a więc po 13 dniach pobytu w Instytucie opuścił takowy w stanie pod względem cierpienia miejscowego zupełnie zadawalniającym; został tylko brak brzegu powiekowego 4'' szeroki a przeszła 1'' głęboki w najgłębszej części szczyrby.

Wątpię bardzo, czy przy pomocy wcierań szaruchy lub wewnętrzném użyciu jakiegokolwiek przetworu rtęciowego skutek tak prędki przy chorobie z tak złośliwym występującej charakterem osiągnąćby było można. Nie przesądzam wprawdzie doszczętności leczenia tym sposobem; być może, że chory wcale z syfilitycznej choroby wyleczonym jeszcze nie został i mamy prawie pewność, że tak jest, gruczoły bowiem na szyi tylko się nieznacznie zmniejszyły, ale nam szło głównie o prędkie wyleczenie z groźnej choroby powiekowej, co osiągnąwszy odesłaliśmy chorego do właściwych specjalistów.

¹⁾ Do wstrzykiwań podskórnych sublimatowych używamy stężonego wodnego roztworu 1:20, w zwyczajnej więc strzykawce P r a w a z'a mamy około $\frac{1}{2}$ grana sublimatu; przy wstrzykiwaniu zaś postępujemy w ten sposób że po wkluciu troakara i wpuszczeniu pod skórę potrzebnej ilości roztworu zostawiamy troakar w miejscu a wyjmujemy strzykawkę i napełniamy parą kroplami stężonego roztworu morfiny tak, żeby z $\frac{1}{8}$ część grana mieć w niej i wstrzykujemy przez pozostawiony pod skórą troakar, poczem ten ostatni wyciągamy. W ten sposób postępując, uśmierzamy ból bezpośredni jaki wstrzyknięcie sprowadza bo koniec strzykawki przy wyciąganiu nie dotyka sublimatem w nim zostającym rany skórnej ale roztworem morfiny, nadto jeżeli tylko pod ujętą fałdą skóry robi się zastrzyknięcie, nigdy niema nietylko ropnia o których wiele się mówi zwykle, ale nawet stwardnienie podskórne jest nieznaczne, chociaż bolesność miejscowa dosyć dokuczliwą pozostaje i trwa 4 do 6 dni. W ilości wstrzykiwanej dochodzimy zwykle do $\frac{1}{2}$ grana sublimatu na raz, a wstrzykujemy zawsze w plecy.

Z operacyi na powiekach wykonanych najliczniejszymi były jak zwykle operacye w celu odwrócenia powieki zawróconej (*entropium*) i dla poprawienia nieprawidłowej rzęskości (*dystrichiasis*) stosowane. W tym celu wykonaliśmy.

Operacyi <i>tarsoplastica</i> zwanéj	29
„ sposobem Pagenstechera	6
„ „ Rava (szwy podskórne)	8
„ wycięcia eliptycznego kawałka skóry	10
„ <i>tarsoplastica</i> współcześnie z Cantoplast.	1

Nadto w jednym wypadku zawrócenia częściowego brzegu powieki dolnej stosowaliśmy sposób zakomunikowany nam przez D-ra Kramsztyka a pomysłany i szerzej stosowany przez Saemiseh'a. Sposób ten polega na zupełnie przeciwnych zasadach jak sposób używany już przez nas nieraz i opisany w poprzednich sprawozdaniach, którym osiągamy radykalną poprawę przy odwróceniu częściowem brzegu powiekowego. Dwie igły nawleczone jedną grubą jedwabną nitką, wkłuwają się od strony łącznicy powiekowej pod brzegiem dolnym chrząstki powiekowej dolnej (bo na tej tylko powiece stosuje się) przeciwko części brzegu powieki zawróconego — przeprowadzają się pomiędzy chrząstką i skórą powiekową aż do brzegu, równolegle jedna do drugiej i wysuwają przy samym brzegu pomiędzy zawróconemi rzęsami w odstępnie 2^{mm} do 3^{mm} jedna od drugiej — wówczas igły się ściągają z końców nitki i nawlekają się dwie paciorki na każdy koniec nitki, poczem oba końce związują się na paciorkach. Skutkiem bezpośrednim operacyi jest znaczne bardzo odwrócenie części powieki zwróconej, po kilku dniach następuje ropienie w kanałkach któremi nitki przechodzą, wówczas się paciorki odcinają a nitka wyciąga, po kilku dniach zgojenie ostateczne następuje i brzeg powieki odzyskuje prawidłowy zupełnie stosunek do oka. Jeden wypadek, w którym ten sposób przed 4-ma miesiącami operowaliśmy, jest dotychczas w naszej obserwacyi i żadnej skłonności do powrotu choroby nie okazuje.

Operacyi odwróconej powieki wykonaliśmy w tym roku 5: jedną przez wciągnięcie odwróconej części powieki do środka przy pomocy pętli (sposób Snellena), jedną przez wycięcie eliptycznego pionowego do brzegu powieki kawałka chrząstki, jedną przez wycięcie trójkąta z całej grubości powieki (sposób Amona), i dwie przy pomocy skóry zapożyczonéj z okolic sąsiednich; z tych jedną przy której stosowaliśmy przeniesienie skóry z odległych części ciała opiszę szczegółowiej.

G. M., wyrobница, z powiatu Nieszawskiego, 20 lat wieku licząca, dobrze zbudowana i odżywiana dziewczyna, przybyła do Instytutu w dniu 15 Września, w 8 miesięcy po przebytej zgorzeli powieki górnej prawej, powstałej przy czarnej kroście (*pustula maligna*). Zgorzel ograniczała się do skóry i tkanki podskórnej tylko powieki górnej a zniszczenie wielkie sprowadziła, bo powieka była zupełnie odwróconą; brzeg rzęsowy prawie zupełnie zniszczony tak, że łącznica odwróconej powieki prawie bezpośrednio dolnego brzegu brwi dotykała; zaledwie ślady brzegu powiekowego o 1/4 część długości wydłużonego, znać

było gdzieśgdzie. Gałka oczna i powieka dolna w zupełnie prawidłowym stanie, łącznica odwróconej powieki górnej nieco tylko obrzmiała, wydzielina niewielka.

Ogólne więc warunki zdrowia i oka zachęcały do wykonania plastycznej operacji, tylko znaczna bardzo utrata skóry na powiece górnej zalecała oględne postępowanie. Plan operacyjny zasadał się na oddzieleniu brzegu powiekowego, przecięciu blizn odwracających i utrzymujących w tym niewłaściwym położeniu powiekę a po odprowadzeniu tej ostatniej do właściwego do oka stosunku, zakryciu rany na powierzchni powieki skórą z sąsiedztwa zapożyczoną. Ponieważ przypuszczaliśmy, że rana będzie bardzo dużą a więc i dużo skóry dla zakrycia potrzebować się będzie, więc obmyśliśmy użycie w tym celu dwóch płatów, jednego ze skóry czołowej z mostkiem od strony skroni którymbyśmy zewnętrzną połowę powieki przykryli i drugiego z policzka równoległego z nosem dla zakrycia zewnętrznej połowy powieki, którego mostek wypadłby nieco na zewnątrz od międzybrwia. Płat z czoła miał być nieco większy, z policzka zaś mniejszy.

W dniu 20 Września przystąpiliśmy do operacji po zupełnym uspieniu chorej za pomocą chloroformu. Zaczęliśmy od zreponowania odwróconej powieki dla poznania całej wielkości zadania; gdyśmy tego dokonali, rana okazała się większą jak przystępując do operacji przypuszczaliśmy. Wycięliśmy następnie płat z czoła, którego koniec ostry aż po nad wewnętrznym końcem brwi przypadł i wprowadziliśmy na ranę; pomimo jednak, żeśmy płat bardzo szeroki wycięli, okazało się po przyłożeniu na ranę, że powiekową ranę zakrywał całkowicie tylko w zewnętrznej $\frac{1}{3}$ części, w środkowej tylko od dołu, u góry zaś zostawał jeszcze kawałek nieprzykrytym i cała $\frac{1}{3}$ część rany wewnętrzna, oraz że dla przykrycia pozostałej rany wypadnie wziąć płat z policzka bardzo wielkich rozmiarów, po którym ranę trudno będzie zakryć skórą z sąsiedztwa naciągniętą, lecz wypadnie pozostawić zgojeniu za pośrednictwem ropienia a więc z perspektywą szkaradnej blizny na twarzy.

Widząc takie niekorzystne warunki, tem niekorzystniejsze że operację wykonywaliśmy na młodej i nieszpętnej dziewczynie, zmieniliśmy plan operacji i przyszyliśmy w miejscu właściwym tylko płat już zrobiony pozostawiając pozostałą ranę nieprzykrytą dla późniejszej operacji; dla zapobieżenia zaś skórczenia się zbyt dużego powieki zreponowanej okrwawiliśmy brzeg jej dolny również jak i przeciwległy temuż brzeg wolny powieki dolnej i zeszyliśmy takowe między sobą szwem węzełkowym. Płat przesunięty też przymocowanym został w nowym miejscu za pomocą szwów węzełkowych a brzegi rany na czole po wyciętym płacie pozostałe zostały podminowanymi, zbliżonymi do siebie i spojonymi przy pomocy szwów szpilkowych.

Na trzeci dzień po operacji opatrunek został zdjętym; przyrośnięcie płatu było doskonałe, zrośnięcie brzegów powiekowych też się udało doskonale i brzegi rany czołowej nigdzie się nie rozchodziły, koniec tylko płatu na przestrzeni 1,5" do 2" długości podejrzanie wyglądał jakby podpadł zgo-

rzeli. Szwy węzełkowe powyjmowaliśmy, szpilki także, pozostawiając jednak nitki po tych ostatnich i przyklejając takowe warstwą kolodium.

Wieczorem dnia tego chora zaczęła gorączkować i nazajutrz dostrzegliśmy na policzku i czole w sąsiedztwie rany początki zapalenia różowego.

W dniu następnym róża przeszła na całe $\frac{1}{2}$ twarzy i ucho prawe, następnie na szyję i tu się ograniczyła. Gorączka w ciągu całego tego czasu nie była zbyt silną; puls nie dochodził 110, temperatura nie przechodziła 39 stopni i oddziaływanie na rany było niezbyt szkodliwe, bo tylko w miejscu gdzie mostek płatowy był ku dołowi mocniej ściągnięty, brzegi rany rozeszły się i koniec płatu na zaznaczonej już poprzednio przestrzeni odumarł; ale brzegi powiek dobrze zlepione rozeszły się i obie powieki dość znacznie od siebie oddalonymi przez to zostały. We 2 tygodnie po pierwszej operacji już żadnych śladów zaognienia pooperacyjnego nie było; płat doskonale na całej przestrzeni zagojony, szew na czole trwały, w kącie przy mostku płatowym na przestrzeni 4" małe tylko ropienie, a rana na powierzchni wewnętrznej połowy powieki górnej dobrze ziarniną pokryta już w okresie początków zablizniania się.

Uważając tą chwilę za jedyną, w której skutecznie operacją skończyć możemy, przystąpiliśmy do ostatecznego załatwienia powieki. W tym celu po zupełnym uspieniu chorej — zeszyliśmy ponownie brzegi powiek na przestrzeni 4"—5" w samym środku obu powiek, następnie nożyczkami pościnaliśmy bardziej wybujałe brodawki a inne zeszkrobaliśmy skalpelem usiłując powierzchni rany nadać jak najbardziej ożywioną i równą powierzchnię, potem podczas tamowania krwi na ranie, po odmierzeniu dokładnym wielkości powierzchni tejże, wycięliśmy odpowiedniej wielkości, o dwie linie na około większy, kawałek skóry z wewnętrznej powierzchni ręki prawej, gdzie skóra cieniutka i bez włosów doskonale się nadawała do zastąpienia skóry powiekowej, z części ramienia na wewnątrz od przyczepienia mięśnia naramiennego (*deltoideus*) o 1" odległej. Kawałek skóry wycięty pozbawiliśmy przy pomocy płaskich nożyczek resztek tkanki tłuszczowej i tkanki podskórnej tak, iż została tylko właściwa skóra z naskórkiem mocno skórczona ale tak dokładnie wycięta, że położona na ranę zupełnie takową przykryła i przylepiła się do niej zupełnie równo i gładko. Teraz nałożyliśmy bardzo starannie opatrunek skuban kowy i przytwierdziliśmy bandażem flanelowym bandażując oba oczy współcześnie w celu zapobieżenia jakiegokolwiek ruchowi powiek. Ranę na ramieniu zostawiliśmy gojeniu się przez brodawkowanie zbliżywszy tylko przy pomocy lepkiego plastra brzegi do siebie. Po trzech dniach opatrunek był pierwszy raz zdjętym; brzegi powiek zrosnięte dobrze, szwów jednak nie wyjmowaliśmy dla zapobieżenia wszelkiego pociągania rany powiekowej, i oka drugiego przez cały czas opatrywania nie odwiązywaliśmy. Skóra przeniesiona z ramienia leży gładko na ranie, jest zupełnie białą i wygląda jakby przyrosniętą była; ropienia wcale nie ma. Znowu zabandażowane oba oczy zostawiliśmy w spokoju przez 48 godzin, szwy łączące powieki w czę-

ści same poodchodziły; bezpośrednio zgojenie dokładne; skóra przeniesiona zupełnie tak samo wyglądała jak przy pierwszym opatrywaniu.

Po następnych 48 godzinach dostrzegliśmy, że naskórek z przeniesionej skóry gdzie niegdzie podniósł się i fałdować zaczyna.

W dziewięć dni po operacji podnieśliśmy brzegi naskórka oddzielonego od przeniesionej skóry i o ile takowy odstawał odcięliśmy; w 10 dni resztki naskórka zdjęliśmy i przekonaliśmy się, że 3 duże wyspy (przeszło połowa) przeniesionej skóry w trzech oddzielonych od siebie nie wielkimi bruzdami kawałkach przyrosły i przykryły ranę powiekową. Po zdjęciu naskórka gojenie się szybko postępować zaczęło, przy pęzłowaniu codziennem 2 granowym rozstworem saletrzanu srebra; we trzy tygodnie cała powierzchnia powieki już była naskórkiem przykryta a szerokość powieki w wewnętrznej połowie była tylko o jakie $\frac{1}{2}$ " mniejszą niż w zewnętrznej połowie płatem czołowym przykrytej; tu wynosiła 5" tam 5,5". Mostek łączący obie powieki przy skróceniu się górnej ku stronie skroni, przeniósł się nieco na zewnętrzną stronę tak, że źrenica obok mostka, na wewnątrz od tego, była cała widzialną i chora patrząc tym okiem mogła współcześnie z drugim bez potrzeby przecinania mostka; zostawiliśmy więc go dla przecięcia w czasie późniejszym gdy skrócenie blizn na powiece górnej już nie będzie zagrażało odciągnięciem tejże od oka.

Rana na ręku goiła się bardzo powolnie; we 3 tygodnie po tej drugiej operacji powiekowej a więc i po zrobieniu rany na ramieniu, kiedy ta ostatnia miała jeszcze przeszło $\frac{1}{2}$ " długości i około $\frac{1}{4}$ " szerokości, wypadło mi jednej z chorych wyciąć eliptyczny kawałek skóry z powieki dolnej dla usunięcia kurezowego zawrócenia tejże powieki; przyszło mi na myśl zużytkowanie tego kawałka skóry i przykrycie nim nie zagojonej rany na ramieniu chorej G. M. Myśl tę wykonałem i przykrojonym dokładnie kawałeczkiem skóry zakryłem całą ranę na ramieniu ożywiwszy ją nieco i wyskrobawszy zbyt wybijające brodaweczki. Unieruchomienie tego kawałeczka było łatwiejsze na ramieniu jak uprzednio na powiece; ręka pozostała na temblaku i 5 dni nie była przewiązywana — po 5 dniach znalazłem zupełnie dobrze przyrosnięty kawałek; po 10 dniach zszedł prawie niewidzialnie i częściowo naskórek a po 12 była rana zupełnie zagojoną i wrosnięty kawałek odznaczał się w środku blizny zakrywającej ranę ramieniową.

Sposób, który w tych obu wypadkach zastosowaliśmy zawdzięczamy pomysłowi Dra Reverdin'a z Paryża, który go, jeżeli się nie mylę, w roku 1867 po raz pierwszy wykonał. Myśl do zastosowania go w danym wypadku zawdzięczam Koledze Kramsztykowi, który widział operację stosowaną z pomyslnym skutkiem w klinice prof. Stellwaga w Wiedniu.

W jednym wypadku zrostu powieki dolnej z gałką stosowaliśmy z doskonałym skutkiem operację plastyczną w rodzaju tej, jaką w przeszłym roku stosowałem przy zroście gałki z powieką górną. Zrost mało rozciągliwy a więc w wysokim stopniu utrudniający ruchy oka miał miejsce pomiędzy wewnętrzną połową powieki dolnej prawej a odpowiednią czę-

ścią gałki sięgając aż do środka rogówki — środek zrostu był moeno napięty, brzegi zaś nieco dłuższe pofałdowane tak, iż zgłębnikiem można było łącznicę z boku zrostu daleko pod tenże podsunąć — przyczyną było spalenie powierzchni gałki i łącznicy powiekowej niegaszonym wapnem; — zrost cały odcięliśmy od gałki pozostawiając jak najwięcej łącznicy z boku zrostu w połączeniu z łącznicą gałkową — w ten sposób po zupełnym odcięciu mieliśmy wewnętrzną powierzchnię powieki pokrytą częścią zrostu, który przy powiece został, na gałce zaś trójgraniastą ranę ze 6^{'''} długą, wierzchołkiem do środka rogówki dochodzącą u podstawy zaś ginącą w fałdzie przejściowej dolnej przeszło 4^{'''} szeroką. Dla załatwienia tej dużej rany wzięliśmy płat łącznicowy z łącznicy gałkowej zewnętrznej; płat czworokątny, podłużny, podstawę u fałdy przejściowej dolnej mający stronę wewnętrzną dotykający rany — płat ten około 7^{'''} długi a ze 4^{'''} szeroki przekręciliśmy na wewnątrz i przyszyliśmy do wewnętrznego brzegu rany po odcięciu zroście na gałce pozostałej. W ten sposób rana ta w bezpośrednim sąsiedztwie z częścią rany na powiece pozostająca została przykryta a część gałki powyżej równika na zewnątrz od rogówki została obnażoną, do zagojenia się na drodze ropienia. Bezpośrednie zrośnięcie udało się doskonale, gałka ruchy odzyskała i po zrobionej w 3 tygodnie iridectomii od strony zewnętrznej, mularz, który już z 5 lat swego powołania wykonywać nie mógł, wrócił do zarzuconego sposobu utrzymywania się.

W drugim wypadku takiegoż pochodzenia, gdzie zniszczoną była łącznica całego kąta wewnętrznego oka prawego u 12 letniego chłopaka K. W., i gdzie przytem łącznica powiekowa połowy zewnętrznej obu powiek i wewnętrzny brzeg rogówki były poparzone, zrost był gruby, mięsisty i ściągał zupełnie oku wewnątrz a powieki były od siebie oddzielone paseczkiem bliznowej powierzchni zrostu na 1^{'''} szerokim, w części zaś wolnej prawie zupełnie przyrnięte. W tym wypadku ogromna część gałki był aprzyrośniętą tak, że o zupełnym usunięciu defektu marzyć nie było można, szło jedynie o polepszenie i sprowadzenie jakiejś użyteczności zdrowego zupełnie oka. Zgłębnikiem mogliśmy z obu stron wejść pod powieki górną i dolną po za zrost, tak że wnioskować mogliśmy, że w kierunku fałd przechodnich gałka nie była tak daleko zrośnięta z powiekami, jak przy brzegu powiek; dla tego postanowiliśmy przedewszystkiem oddzielić obie powieki od gałki. W tym celu nożykiem Weber'a do rozcinania kawałków łożowych używanym, zakończonym dziobkiem główkowatym, tęnym, przeszliśmy pomiędzy zrostem a fałdami przechodniemi obu powiek, zmierzając końcem tęnym do kąta wewnętrznego powiekowego, gdy w tem miejscu zrost był główką nożyka napięty. nożykiem ostrym robiliśmy tak długo małe nacięcia, aż tępą główką nożyka Weber'a ukazała się w kącie wewnętrznym powiekowym; wówczas ostrzem przecieliliśmy zrost przy brzegu powiek uwalniając w ten sposób obie powieki a zostawiając cały zrost przy gałce. Następnie nie mając żadnej możności załatwienia ogromnych ran, jakie na gałce powyżej i poniżej zrostu zostały, odseparowaliśmy tylko łącznicę powiekową od chrząstki o tyle, o ile to być mogło i zeszyliśmy ją z częściami

zrostu jakie przy brzegu powiek pozostały, zaszywając w ten sposób przynajmniej rany w wewnętrznej powierzchni powiek pozostałe. W ten sposób szczelina powiekowa zrobiła się zaraz znacznie większą, oko odzyskało ruchy swobodne, w następstwie wszakże zablizniania się ran na gałce i ściągnięcia zrostu ku kąтови powiek wewnętrznemu, ruchy oka na zewnątrz uległy znacznemu ograniczeniu tak, iż chory patrząc w prawą stronę, miał podwójne proste obrazy, ale miał oko otwarte, źrenicę odkrytą i przy patrzenia wprost przed się używał obuocznego widzenia. (D. c. n.).

KRONIKA.

Dochodzenie umiejscowienia zmian anatomicznych w chorobach mózgu. Cechująca nowoczesną patologię dążność wyprowadzania klinicznych objawów z istniejących podczas choroby zmian anatomicznych stanowi niezaprzeczenie jeden z najważniejszych dowodów prawdziwego postępu nauki lekarskiej. Poszukiwania w tym kierunku, o ile z jednej strony trudne i mozolne, o tyle znowu z drugiej są konieczne tak dla wyświecenia przypadłości patologicznych jako też czynności fizyologicznych. Jedną z rzadkich na nieszczęście tego rodzaju prac sumiennych na dokładnej znajomości przedmiotu opierających się przedstawia rozprawa Prof. N o t h n a g e l'a zamieszczona pod tytułem: *Klinische Mitteilung und Beobachtungen über Krankheiten des Gehirnes. I Abth.* (Deut. Arch. f. klin. med. XIX Bd. 1 H.), w której autor zastanawia się nad umiejscowieniem anatomicznych zbroczeń w cierpieniach mózgu.

Przekonany o wielkiej doniosłości poszukiwań rzeczonych, niemniej o trudności przeprowadzenia onych w sposób przez naukę wymagany, jako też o różnaitości dróg do zamierzonego celu prowadzących, względnie do różnego sposobu pojmowania rzeczy, stawia prof. zasadę, którą zdaniem jego lekarz przy dochodzeniach tego rodzaju kierować się winien, że „rozpoznawanie umiejscowienia zmian anatomicznych opierać się ma wyłącznie na doświadczeniu kliniczném i postrzeżeniu autoptyczném, na zwłokach zmarłego, gdyż one to wyłącznie i jedynie stanowią podstawę patologii człowieka. Dawniejsze opisy chorób nie mogą być w celu wyrzeczonym spożytkowane z powodu, ponieważ poprzednicy nasi nie zawsze trzymali się (bo nie mogli często) powyżej przytoczonej zasady, przy ocenieniu objawów nie rzadko z innego od nas zapatrywali się stanowiska, i nie oznaczali z należytą ścisłością miejsca przez chorobę naruszonego, wyrażając się słowami np.: „wylew krwi w płacie przodowym prawym (mózgu),“ „zmięknienie w lewym pagórku wzrokowym“ i t. p.

Autor objaśnia następnie, co należy rozumieć pod wyrazem „ umiejscowionego cierpienia“, i ogranicza pojęcie to do takich tylko zmian somatycznych, które 1) utrzymują się długotrwale, 2) są ściśle ograniczone i oddzielone, 3) nie wywierają żadnego wpływu na otoczenie (np. ucisk, zmiany w krą-

zeniu, zapalenie tkanek okolicznych). Z tego wychodząc stanowiska sądzi autor artykułu, że ograniczone nawet zapalenie osłon mózgowych, równie jak ostre zapalenie mózgu nie może służyć za przedmiot do określenia umiejscowionej choroby, za to stosownem do tego zdaje mu się być przewlekłe ognisko zmięknienia żółtego, które nie ma żadnego wpływu na otoczenie,—tudzież stary oczepiony ropień w mózgu; najbardziej zaś nadają się do rozpoznania umiejscowionego zбочenia: wylewy krwi i zmięknienia (zatorowe i zakrzepowe), zastrzegając sobie, że tego rodzaju ogniska rozrzucone i rozległe wymagają przy ocenieniu bacznej ostrożności dla uniknięcia pomyłek. Świeże wylewy krwi i zmięknienia nie mogą być zużytkowane, albowiem one łączą się częstokroć ze zбочeniem krążenia lub zapaleniem części okolicznych. Największą ostrożność zatem autor zaleca przy rozpoznaniu umiejscowienia choroby w wypadkach nowotworów mózgu, którym pospolicie niemal towarzyszą przypadłości rozległego cierpienia mózgowia. Uznając całą wartość doświadczeń fizjologicznych dokonywanych na zwierzętach, z których także nauka patologii (człowieka) nie małe odnieść może korzyści, nie waha się jednak autor zaznaczyć, że przy wyjaśnianiu faktów klinicznych posługiwać się i polegać mamy tylko na troskliwem badaniu zmian anatomicznych na zwłokach chorych.

Po takich uwagach wstępnych zwraca się autor do szczegółowego rozbioru wypadków z połowiczym bezwładem przy ograniczonym cierpieniu mózgu.

Połowicze porażenie ruchu należy do zwyczajnych objawów umiejscowionej zmiany w istocie mózgowej; wyjątkowo jednak może w podobnych razach wystąpić obustronne porażenie, albo też przeciwnie jednostronny czyli połowiczy bezwład może istnieć bez umiejscowionej zmiany anatomicznej w mózgu. Obustronne porażenie ruchu towarzyszy zazwyczaj dwustronnym ogniskom, jeżeli takowe występują równocześnie, jakkolwiek doświadczenie uczy, że pospolicie dzieje się inaczej t. j. że do istniejącego bezwładu połowiczego przyłącza się, po wystąpieniu drugiego ogniska chorobnego w mózgu, bezwład połowiczy z drugiej strony, z kąd pochodzi porażenie dwustronne. Pomijając wypadki tego rodzaju może pojawić się dwustronne porażenie ruchu wtedy, jeżeli zmiana anatomiczna, jakkolwiek nieznaczna i ograniczona, mieści się w takim punkcie, że z łatwością może po obu stronach przekroczyć linię środkową, jak to ma miejsce przy ogniskach patologicznych usadowionych w mostku Varol'a i w rdzeniu przedłużonym.

Oprócz tego może porażenie ruchu połowicze powstać przy chorobach rdzenia, w cierpieniu historycznym, w naruszeniu czynności obwodowych nerwów, nareszcie przy zatruciu ołownem, w skutek zwrótnego stłumienia czynności ruchowej, nadto przy wzruszeniach psychicznych (*emotions paralysis*).

Przy rozpoznaniu różniczkowem należy pamiętać: że w porażeniu rdzeniowem nie widzimy jednoczesnego naruszenia czynności ruchowej i czulnej, że jedynie przy cierpieniu rdzenia w części karkowej występuje porażenie ner-

wów naczynio-ruchowych po stronie bezwładnej (w której też stronie tkwi chorobowe ognisko), że wreszcie przy bezwładzie połowicznym istnieje zarazem nadczułość tejże strony a znieczulenie połowicze ze strony przeciwnej. Bezwład maciniczny występuje wyłącznie u niewiast, śród innych objawów histeryi i bez naruszenia ruchu w mięśniach zaopatrywanych gałęziami nerwu twarzowego i podjęzykowego — co razem ułatwia rozpoznanie natury cierpienia.

Bezwład połowiczy obwodowy, jakkolwiek bardzo rzadko, wydarza się jednak i prawdopodobnie bywa następstwem sprawy zapalnej w nerwach (jakkolwiek nie mamy dotąd dowodów anatomicznych takiego przypuszczenia). Rozpoznanie w takim razie opierać się będzie na stopniowo postępującym porażeniu ruchu, najprzód w jednej kończynie, następnie w drugiej (z tejże strony), na wyszukaniu miejsc bolesnych odpowiadających przypuszczalnemu zapaleniu nerwa, na nienaruszeniu czynności nerwów mózgowych, a głównie na braku objawów mózgowych w ogólności.

Porażenie połowicze w następstwie podrażnienia zwrotnego wymaga wykazania jakiegoś urazu (trauma), któryby mógł spowodować podrażnienie zwrotne, tudzież braku naruszenia czynności mózgowej.

Rozpoznanie bezwładu połowiczego w skutek zatrucia ołowiem opiera się przedewszystkiem na stwierdzeniu odnośnych warunków etiologicznych i anatomicznych, na właściwości zachowania się porażonych części względem działania strumienia elektrycznego, nadto na niedostatku objawów porażenia w zakresie nerwów twarzowych i ocznych. Porażenie w następstwie wrażeń psychicznych występuje niezmiernie rzadko; w danym razie może być z łatwością rozpoznaniem i od wszystkich innych form rozróżnionem.

O działaniu ezerinu w jaskrze (*glaucoma*). W artykuliku naszym o siarkanie ezerinu podanym w Gaz. Lek. r. z. (N. 17) zwróciliśmy uwagę kolegów na działanie tego środka przy jaskrze. Obecnie w Przeglądzie lekarskim (N. 10 do 12) znajdujemy ciekawe obserwacye z kliniki prof. Rydla, które nas przekonywają, że przy wkraplaniu do oka 1% roztworu siarkanu ezerinu, oprócz zwężenia źrenicy następuje znaczne obniżenie ucisku śródocznego, rozszerzenie pola widzenia i polepszenie ostrości wzroku nawet dość trwałe, jak np. w 1 wypadku. W innych zaś polepszenie było nietrwałe, a nawet u niektórych chorych nie dostrzeżono wcale takowego, tak że musiano w końcu uciec się do operacyi (*irydektomii*). Obserwacyi zrobiono 9, głównie przy *glaucoma simplex, gl. inflammat. chr. et subacutum*, otóż w 2-ch wypadkach ezerin zupełnie zawiódł, w 7 osiągnięto pewny skutek; z tych ostatnich u 2-ch chorych udało się przywrócić na kilka miesięcy prawidłowe warunki krążenia i tym sposobem zbyteczną uczynić irydektomię, którą wykonano 5 ciu innym, gdzie ezerina chwilowo tylko była pożyteczną. Wartość więc lecznicza ezerinu w jaskrze jest rzeczywiście problematyczną i wątpimy aby ten lek mógł zastąpić, irydektomię, bywają nawet wypadki gdzie od ezerinu bóle oczne wzmagają się i napady jaskry obostrzają się (taki np. niedawno miał miejsce w oftalm. instytucie), zmuszają do interwen-

cyi zbrojnej. Obserwacye nasze przemawiają na korzyść tego zdania, że ezerina może mieć wartość środka oddalającego w pewnych razach wykonanie irydektomii, lecz zapobiedz tej ostatniej nie jest w stanie. W instytucie oftalmicznym widzieliśmy 2 chorych *cum glauc. simpl.*, u których napady jaskry ustępowały od ezerinu; jeden z nich opuścił zakład w listopadzie z znacznie polepszonym wzrokiem, któren się utrzymywał przez parę miesięcy dopóki robiono w domu wkraplanie, po zaprzestaniu takowego znowu nastąpiło upośledzenie wzroku, tak, że przybywszy w marcu powtórnie do instytutu zaledwo liczył palce na 4', obecnie po wznowieniu ezerinu chory ten może czytać gazety. Prócz tego przekonaliśmy się na niektórych chorych, że skoro objawia się pogorszenie wzroku po pewnym czasie po wykonaniu irydektomii, to w takich razach i wkraplanie ezerinu staje się bezużytecznym, chwilowo tylko bowiem poniża śródoczne ciśnienie nie zapobiegając zanikowi n. wzrokowego. W każdym razie czekać należy na dalsze obserwacye w tym przedmiocie.

Dr J. T.

Przyczynek do nauki o gruźlicach. W sprawie tak niezmiernie ważnej tak istota i znaczenie gruźlic, która zajmuje dziś wszystkich patologów i lekarzy, nad wyjaśnieniem której pracują liczni badacze, należy gromadzić wszystkie fakta i doświadczenia, któreby choć cokolwiek przyczynić się mogły do rozświecenia równie zawiłej, jak ważnej i ciężkiej choroby. Pod powyższym napisem zamieszcza Dr P. Baumgarten artykuł w „*Centralblatt f. die medicin. Wissenschaften.*“ (Nr. 13. 1878), którego treść podajemy naszym czytelnikom, o ile to pożytecznym być musi dla ułatwienia zrozumienia istoty choroby w mowie będącej.

Dr Baumgarten wyetępuje przeciwko twierdzeniu D-rów Langhans'a, E. Wagner'a i Schüppel'a, jakoby gruźlica wyróżniał się od innych nowotworów guziczkowatych swoistą, własną i osobliwą budową histologiczną, szczególniejszém ułożeniem pierwiastków w skład jego wchodzących. Twierdzenie to Langhans'a etc. dało bowiem powód do zasady, że wszelkie twory guziczkowate (siateczkowe) z „komórek olbrzymich“ złożone, poczytane być muszą za właściwe gruźlicy, i przeciwnie twory tej budowy nie posiadające, za gruźlicę uważane być nie powinny. Ztąd znowu powstało zdanie przez Friedländer'a wygłoszone, że gruźlica jest chorobą umiejscowioną i że jako taka zaszczepiać się nie daje, albowiem wyprowadzone sztucznie (przez szczepienie) gruźlicy nie posiadają owój swoistej budowy gruźlica olbrzymio-komórkowego (*Riesenzellen tuberkel*). Otóż w pomienionym artykule stara się Baumgarten wykazać i dowieść, że drogą doświadczalną można wywołać twory olbrzymio-komórkowe w zupełności do właściwych gruźlic pod względem histologicznym podobne, inaczéj mówiąc: zupełnie te same.

Baumgarten sprawdził poprzednio już, (*Centralblatt f. d. med. Wissens.* 1876. N. 45), że około węzłków podwiązki (ligatury) wytwarza się zawsze

tkanka ziarninowa obfitująca w komórki olbrzymie, zajmująca całą przestrzeń uległą zapaleniu, przyczem jednak nie dostrzegł guziczków gruźliczych. Obecnie przekonał się, że rozrzuciwszy drobniutkie cząsteczki jakiegokolwiek ciała obcego (np. włókienka waty, kawałeczki włosów etc.) po tkance podskórnej, otrzymamy wszędzie około nich mnogie komórki olbrzymie, które, jak na zasadzie licznych postrzeżeń i dokładnych badań stanowczo utrzymuje „przedstawiają w zupełności utkanie właściwych gruźliczych komórek olbrzymich, (t. j. cechujące ustawienie ziareczek w obwodzie, tę samą osoblwą i właściwą, równomiernie ciemną, ziarnistą zaródź czyli protoplasma). Komórka olbrzymia, w której łonie tkwi ciało obce leży oddzielnie, sama dla siebie w tkance, albo też otoczona gromadką (okrągłą lub owalną) tworów komórkowych nabłonkowych czy limfoidalnych; częstokroć daje się także spostrzegać siateczka (*reticulum*) w guziczku—nigdy jednak niewidziano tu naczyń krwionośnych. Tkanka okoliczna, czasem mało zmieniona, czasem obfitemi komórkami nacieczona, bywa albo po prostu wypartą, albo też otacza bujające grudki w formie bliznowatęj otoczki.

Porównanie przecięcia tych guziczków z przeciętymi gruźliczkami prosówkowymi, nie przedstawiało pod drobnowidzem najmniejszej w obydwóch tych tworach różnicy; nie ulega zatem żadnej wątpliwości, że pod względem histologicznego utkania twory te są zupełnie równe z gruźliczkami olbrzymio-komórkowymi, które uważane są za gruźliczki właściwe. Zachodzi jednak ważna pomiędzy obydwoma tworami różnica, mianowicie ta, że gruźliczki sztuczne (stosownie do licznych postrzeżeń autora) nie ulegają przeobrażeniu serowatemu i nie rozpraszają się (*Disseminatio*). „Gruźliczek olbrzymio-komórkowy przeto—powstający z licznych i rozmaitych przyczyn — nie jest bynajmniej, jako taki, sam przez się tworem anatomicznym cechującym gruźlicę, jej wyłącznie właściwym, tylko nabiera właściwego znaczenia i swoistęj cechy wytworu gruźliczego dopiero w dalszym rozwoju.“ Postrzeżenia Baumgarten'a stwierdzają więc zdanie Virchow'a, który przyznając cechę swoistą gruźliczkowi prosówkowemu, nie upatruje owęj swoistości w utkaniu histologiczném nowotworu, tylko raczej w właściwości zachowania się jego względem ustroju, w sposobie rozmnażania się i przeobrażenia.

KORRESPONDENCYA.

Druskieniki, w 1877 roku.

Pomimo wielu nieprzychylnych a wcale niezależnych od nas okoliczności, pomimo powszechnęj prawie naszęj jakiejs niechęci dla wszystkiego co krajowe, co własne a swoje, pomimo fałszywych a szkodliwych każdego roku na

wiosnę o naszym krajowym zakładzie rozsiewanych wieści ¹⁾, pomimo to wszystko, zakład nasz coraz bardziej się rozwija, coraz to większego u chorych a także i u szanownych kolegów dostępując zaufania.

Zeszłego roku zjazd mieliśmy tak liczny, jakiegom ani razu jeszcze podczas trzydziesto-sześćioletniej stałej mojej tutaj lekarskiej praktyki nie zapamiętał— do czego zapewne dużo się przyczynił niesłychanie niski kurs pieniędzy naszych za granicą. Wszystkich przybyłych zeszłego roku do Druskienik, według wiadomości policyjnych, było przeszło 8,000 osób—z tej ilości poddawało się kuracyi osób 3,127, której rezultaty mianowicie w rozmaitych cierpieniach skrofulicznych, reumatycznych, artrytycznych i niezastarzanych paralitycznych, okazały się zadawalniające. Wiadomość ogólna o ilości chorych i rodzaju cierpień—jakoteż otrzymanych skutków jest następująca:

	Przybyło	Opuściło zakład				Ogółem
		Z znaczną ulgą	Z polepszeniem	Bez polepszenia	Z niewiad. zejściem	
Gościec (Reumatyzm)	935	480	246	124	85	935
Dna (Artrytyzm)	76	36	24	9	7	76
Zoły (skrofuły)	964	411	301	186	66	964
Bezwład	58	26	13	14	5	58
Choroby narządu trawienia	364	176	98	63	27	364
" macicy	98	34	28	17	19	98
" narządu moczowego	17	5	4	3	5	17
" układu nerwowego	156	59	66	13	18	156
Cierpienia hemoroidalne	199	76	44	35	44	199
" okostnej	74	26	34	8	6	74
Krzywica (choroba angielska)	70	26	24	9	11	70
Rany i jęczynki	76	29	33	9	5	76
Zakażenie rtęciowe (Hydrargyrós.)	8	4	4	—	—	8
Przymiotnica (syfilis) ²⁾	14	6	3	—	5	14
Varia ³⁾	18	3	5	6	4	18
O g ó ł	3127	1397	927	496	307	3127

¹⁾ Zeszłego roku np. gazety rossyjskie i polskie wygłosiły zupełne prawie jego zniszczenie przez nadzwyczajne wylewy rzeki Niemna i Rotniczanki, obecnie zaś, częste odbieramy z odległych nawet stron Cesarstwa listowne zapytania, czy prawda: że z powodu nagromadzenia jeńców tureckich w Druskienikach, straszny epidemiczny rozwinął się tyfus? — gdy tymczasem dotąd niewidzieliśmy ani jednego turka tutaj, a ten ciężki epidemiczny tyfus, przez całą zimę i wiosnę ani jednego nie dotknął chorego.

²⁾ Choroby syfilityczne leczone były tylko w szpitalach wojskowych.

³⁾ Tu zamieszczamy choroby bliżej nieokreślone.

Niezwykłe pomyslnie skutki z użycia kąpeli Druskienickich, zauważyliśmy zeszłego lata w zastarzałych i upartych gościach znaczne polepszenie, pozornie nawet zupełne uleczenia w kilku wypadkach cierpień artrytycznych, kiedy przy znaczném obrzęknięciu stawów i wielkich bólach, zupełne prawie już było nastąpiło obezwładnienie członków. Szczęśliwe też zejścia dostrzegaliśmy w cierpieniach rachitycznych, jakoteż w obrzękłościach stawów natury skrofulicznej, gdzie już wielka zachodziła obawa utworzenia się nieuleczalnych cierpień pod nazwą *tumor albus*. Znacznego też polepszenia doznało kilku paralityków w bezwładzie połowicznym, jakoteż w skutek cierpień stosu pacierzowego, a ztąd zupełnej prawie nóg bezwładności. Dwuch tego rodzaju chorych niemogących o własnych siłach żadnego prawie używać ruchu (p. Buttler z Wilna wieku lat 42 i p. Terentiew z Grodna wieku lat 38), po kilkotygodniowém picciu wody mineralnej z Nr 2 i przyjęciu kilkudziesięciu kąpeli, mogli nietylko o własnych siłach, ale nawet bez pomocy kija, kilkowieści odbywać przechadzki. W chorobach skórnych u kilku chorych zauważaliśmy szczęśliwe wypadki zablizniania się jątrzników na twarzy, wywołanych upartem a fatalnem cierpieniem zwanem *lupus excedens*, jeden wypadek uleczenia zastarzałej a bardzo upartej wysypki na nosie, zwanęj *impetigo figurata*.

Niedobre zejścia przeszłego roku okazały się w niektórych cierpieniach skórnych zwanych *Psoriasis*, a mianowicie *in psoriasi guttata*, *Pitiriasis*, *Ichthyosis*, a także *Eczema impetiginodes*. Najbardziej bijące w oczy uzdrowienia dawały się spostrzegać w szpitalu starozakonnych, gdzie ci prawdziwie ewangeliczni łazarze, przez szczególną jakąś łaskę i miłosierdzie Boże, niespodziewanie prędko mogli porzucić łoża ciężkich boleści i cierpień.

Pod opieką dobroczynności dla chrześcijan bez różnicy wyznań, leczyło się 74 osób—w szpitalu starozakonnych znalazło przytułek 334 chorych, w szpitalu wojskowym mieściło się 112. Lekarzy praktykujących u wód było 6, leczących się 8, przejezdnych 19. Kąpeli wszystkich wydano 72 tysiące,—kąpiele Niemnowe, a mianowicie na rzece Rotniczance, którą bardziej bystrym potokiem zwaćby należało, doskonale urządzone, wielkie nam usługi oddały w wielu cierpieniach nerwowych, ubóstwie krwi, jakoteż w rozmaitych osłabieniach kobiecych.

Kilka niżej wymienionych osób znanych w kraju naszym z pożytecznej pracy a ztąd i prawdziwej dla tegoż kraju zasługi, zaszczyściło zeszłego roku nasz zakład bytnością swoją, Pan Kazimierz Kaszewski, powszechnie znany krytyk i tłumacz, P. Adam Pług (Antoni Pietkiewicz), poeta i ulubiony autor kilku obyczajowych powieści, P. Michał Jezierski, autor kilku oryginalnych powieści jakoteż utworów dramatycznych, pracujący obecnie nad bardzo ważnym dziełem historii cywilizacji w Polsce, P. Napoleon Orda, wydawca sławnego Albumu widoków krajowych, Ks. Antoni Giedrojé, jedyny bodaj pracownik na polu geologii krajowej, który po skończeniu nauk w Dorpacie i dalszém kształceniu się za granicą, bardzo szczegółowo badał wszystkie naszego zakładu mineralne źródła, Dr Med. Paryzkiego Uniwer. Beni, który po zwie-

dzeniu zamorskich krajów i wystawy w Filadelfii, poświęcił czas jakiś dla bliższego obeznania się z krajem,—każdy z tych oto rodaków naszych, bardzo gościnnego doznał przyjęcia w zebraném zeszłoroczném towarzystwie—każdy też z nich dużo się przyczynił do uprzyjemnienia pobytu tegoż towarzystwa.

Jeżeli przy każdej kuracyi, to témbardziej jeszcze przy higienicznój lub też klimatycznój, do jakich i leczenie za pomocą wód mineralnych w części zaliczyć należy, wszystkie rozrywki i przyjemności towarzyskie są ważnym a ztąd koniecznym pomocniczym środkiem. Tak też i zeszłego roku jak zwykle: wieczory z tańcami, koncerta, dawane po większój części przez rodaków naszych, bardzo dobra orkiestra pod dyrekcją znakomitego skrzypka p. Ebana z Wilna—wieczory prywatne, dziecinne, składkowe obiady, pik-nik, przejażdżki konno lub też bezpiecznemi łodziami po Niemnie, wycieczki do litewskich lasów, gdzie z kilkowiekową sosną a dużo jeszcze starszym dębem nie trudno się spotkać, wszystko dużo się przyczyniło do miłego przepędzania czasu naszym kąpielowym gościom.—

Druskieniki, 1 (13) Kwietnia 1878 r.

Dr Jan Pilecki.

NEKROLOGIA.

W dniu 24 Marca (5 Kwietnia) b. r. odprowadziliśmy na cmentarz katolicki w Humanu zwłoki ś. p. D-ra Władysława Malinowskiego, zmarłego na tyfus wysypkowy w Mańkowie Kijowskiej gub. o wiorst 30 od Humania. Ś. p. Władysław rodem z Wołynia, po ukończeniu w Grudniu 1876 r. Warszawskiego Uniwersytetu, pociągnięty do służby wojskowej,znaczony został w ostatnich czasach jako lekarz przy wziętych do niewoli Turkach do wsi Mańkówki. Z prawdziwem poświęceniem i sumiennoscia zajmował się tymi nieszczęśliwymi zapadającymi na tyfus, a dbając o odpowiednie dla nich wygody i pożywienie, doznał z tego powodu wiele przykrości, które moralnie go przynębiły i przyspieszyły wybuch strasznej choroby, której padł ofiarą. Będąc sam jeden w pustej osadzie, długo opierał się chorobie, która następnie tém groźniej wystąpiła, a pomoc lekarska była już wtedy spóźnioną. Umarł bez żadnej prawie opieki w dniu 21 Marca (2 Kwietnia) b. r. mając lat 27.

Sit ei terra levis!

Dr Piramowicz.

Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, że na utworzenie przy Uniwersytecie Warszawskim stypendyum lekarskiego imienia ś. p. Dra Polikarpa Girsztowta, złożyli do kassy Tow. dobrowolne ofiary: Z miasta Warszawy: dr Śmiechowski rs. 5; dr Langowski rs. 1; z prowincyi: dr Dobrzelewski Tadeusz z m. Pultuska rs. 4; dr Piramowicz Józef z Humania rs. 10; dr Brudnicz Dominik z m. Kowala rs. 10; p. Sulej Władysław, aptekarz z osady Sopoćkinie w gub. Suwałskiej rs. 1. Za pośrednictwem Redakcýi Wieku: Z. S. wdowa z Grodna rs. 3 i P. Karwowska, wdowa z Grodna rs. 3. Za pośrednictwem Dra Londyńskiego, Inspektora Lekarskiego gubernii Łom-

żyńskie: dr Mysłowski Jan z Grajewa rs. 8; dr Peplowski Adam z m. Łomży rs. 3; p Makdonald Eneas, aptekarz z osady Stawiski rs. 1; dr Michałowski Stanisław z m. Łomży rs. 3; dr Sztainberg Aleksander, Lekarz pułkowy z m. Łomży rs. 3. Z powiatu Ostrowskiego: pp. Wrzosek Wojciech, leśniczy rs. 3; ksiądz Jarnutowski Adam rs. 1; Śmiegielski Ludwik, urzędnik rs. 1; Pawłowicz Zdzisław, jeometra rs. 1; Dąbrowski Julian, obywatel rs. 1; Kiryłowicz, Naczelnik Straży Ziemskiej rs. 1; Karwowski Piotr, urzędnik rs. 2; Awejde Edward inkwirent sądowy rs. 2; Lipski Wojciech, inżynier rs. 2; Późniak Wacław, urzędnik rs. 1; Raciborski Piotr, inżynier rs. 2; Chmielewski Henryk, obywatel rs. 3; Domański Władysław, urzędnik rs. 1; K. Miller kommissarz włościański rs. 2; Mikoszewski Władysław, urzędnik rs. 1; Kobyliński Edmund, urzędnik rs. 1; Mazurowski Bolesław, urzędnik rs. 1 kop. 50; Jurewicz Aleksander, Sędzia Pokoju rs. 3; Nowicki Tacyusz, obrońca kop. 50; Nowca Julian, aptekarz rs. 3; Cwierdziński Stefan, rejent rs. 1; Mystkowski Aleksander, urzędnik rs. 1; ks. Imieniński Wincenty, proboszcz rs. 1; N. N. rs. 1; Waliński Franciszek, urzędnik rs. 1; dr Basewicz, lekarz wojskowy rs. 3; dr Kuncewicz Adolf, lekarz powiatu Ostrowskiego rs. 3. Z powiatu Pułtuskiego: dr Stępnicki Teodor z osady Wyszaków rs. 3 i p. Pokrzywnicki Filip, weterynarz okręgowy rs. 3. Wogóle od dnia 5 Lutego r. b. jako daty rozpoczęcia przyjmowania ofiar po dzień 18 Kwietnia r. b. otrzymano w biurze Zarządu Towarzystwa Lekarskiego rs. 2047 kop. 80.

Prezes Towarzystwa, *Dr Hoyer.*

Sekretarz stały, *Dr Szokalski.*

Wykaz tygodniowy ruchu ludności miasta Warszawy,

za czas od 7-go do 13-go Kwietnia 1878 r.

Ludność m. Warszawy r. 1877 wynosi 315,199.

W upłynionym tygod. urodziło się dzieci religii prawosławnej praw. małż.	5	niepr.	1
religii rzymsko-katolickiej	59	„	11
„ protestanckiej	8	„	2
„ mojżeszowej	64	„	1

Razem praw. małż. 136 niepr. 15.

W tymże tygodniu umarło w skutek ospy 17, odry 1, płonicy 4, durzycy 3, błonicy 5, chor. pługowych —, zapalenia oskrzeli i płuc 33, suchot pł. 29, niezytu kiszki 61, wiału schyłkowego 13, samobójstwa —, zabójstwa —, rozmaitych chorób 63, niewiadomych przyczyn 14. W ogóle mężczyzn 130, kobiet 113, razem umarło 243, poprzedniego tygodnia 217.

W stosunku do 1000 mieszkańców wynosi śmiertelność roczna 40.09.

Zawarto małżeństw w ubiegłym tygodniu 12.

KORRESPONDENCYA REDAKCYI.— *Panu w Hłusku.* Ponieważ w papierach pozostałych po ś. p. Girsztowie nie znaleźliśmy rękopismu Chirurgii przez nieboszczyka w Bibliotece Um. Lek. rozpoczętej, gdy nadto niema odpowiedniego dzieła w języku ojczystym napisanego, postanowiliśmy przeto spełniając zobowiązanie Redakcyi, zastąpić brak ten pracą Koenig'a. Odmienny papier (kolumna ta sama) musieliśmy zachować w tomie III, ponieważ na takim papierze zastaliśmy już kilka arkuszy wytłoczonych. Poprzednie tomy będą w swoim czasie rozesłane.

Sprostowanie. W Nr 15 Gazety Lekarskiej w liście ofiarodawców na stypendyum ś. p. prof. Girsztowna, zasła pomyłka: zamiast dr P ł o ń s k i z Wołynia być powinno: dr P o ł o ń s k i.

Redaktor odpowiedzialny, Prof. Dr Łuczkiwicz.

Wydawca, Szymkiewicz.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy ulicy Ś-to Krzyskiej Nr. 1343 (nowy Nr. 9).

Druk. Gaz. Lek. Ul. Ś-to Krzyska N. 9. Дозвол. Цензуры. Варшава, 13 (25) Апрель 1878 г.