

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Sokołowski. Przyczynek do kazuistyki raka pierwotnego krtani. — II. J. Strze-
miński. Sprawozdanie z działalności szpitala oftalmicznego Wileńskiego zostającego pod dyrekcją
D-ra Cywińskiego, za rok 1885 do 1. I. 1886. — III. E. Modrzejewski. O leczeniu dłu-
gotrwających ropnych zapaleń ucha średniego (*Otitis media suppurativa chronica*) [Dokończenie]. —
IV. Br. Wojciechowski. Projekt przyrzędu do pisania po omacku. — *Dział sprawozdawczy.*
21. [DUJARDIN-BEAUMETZ]. O kokainie. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. —
Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA KAZUISTYCZNE ZE SZPITALA Ś-GO DUCHA W WARSZAWIE.

I. PRZYZYNEK DO KAZUISTYKI RAKA PIERWOTNEGO KRTANI

Podał

A. Sokołowski,
ordynator szpitala.

W ciągu ubiegłego roku spostrzegałem na oddziale moim cztery przypadki raka krtani. Każdy z tych przypadków przedstawiał pewne odrębne właściwości pod względem objawów i przebiegu, zasługujące na bliższy rozbiór, z tego też względu opisuję je pokrótce.

Spostrzeżenie 1. Rak pierwotny struny głosowej prawej.

. . . . lat 61 mający, przybył do szpitala 17 Lutego 1885 r. z powodu bezgłosu. od kilku miesięcy trwającego. Objaw ten wystąpił powoli od 3-ch przeszło miesięcy, rozpoczął się chrypką, która powoli doprowadziła do zupełnego bezgłosu. od kilku tygodni zaczęła jednocześnie występować lekka duszność, która w ciągu kilku dni ostatnich doszła do znacznego stopnia, wywołując trudność oddechu, ogólny niepokój i bezsenność. Do objawów powyższych chory dodaje, że w ciągu miesięcy ostatnich spadł znacznie z ciała. Przed rokiem miały u chorego istnieć również podobne do obecnych objawy, t. j. silna chrypka i duszność, objawy owe jednakże po kilku miesiącach ustąpiły zupełnie. Zresztą do ostatniej choroby chory, o ile pamięta, był zupełnie zdrowym, krwią nigdy nie pluł, od bardzo wielu lat kaszał nieznacznie i odpluwał nieco, głównie rano. Przed laty 18 był dotkniętym jakoby szankrem, o naturze jednakże tego cierpienia trudno było coś wywnioskować, tembardziej, że o ile chory mógł sobie przypomnieć żadnych objawów następczych przymiotowych nie przebywał. Względ jednakże na powyższą anamnezę, t. j. na możliwość przebytej dawniej sprawy przymiotowej, zniewoliła jednego z leczących go lekarzy na miesiąc do zastosowania mu w ostatnim miesiącu przed przebyciem do szpitala. leczenia

przeciwprzymiotowego, które jednakże żadnego dodatniego wpływu na chrypkę nie wywarło, przeciwnie, jak to wyżej było powiedzianem, stan chorego pogarszał się stale, tak pod względem objawów miejscowych jako też ogólnych.

Przy badaniu chorego znaleźliśmy stan następujący: wysoki stopień ogólnego wyniszczenia, stan bezgorączkowy, oddech utrudniony, zlekka stenotyczny, głos w wysokim stopniu ochrypli, prawie bezgłos. Gruczoły szyjowe nie powiększone, oddech nieco cuchnący. Badanie krtani za pomocą lusterka krtaniowego wykazało: Nagłośnia i tylna ściana krtani nie zmienione, błona

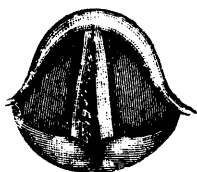


Fig. 1.

śluzowa je pokrywająca dość znacznie zaczerwieniona, struna głosowa prawdziwa lewa zlekka zmętniała, prawa zmian nie przedstawia. Struna głosowa prawdziwa prawa zgrubiała, przedstawia się na całej przestrzeni pod postacią wrzodu z wyzębionymi brzegami, miejscami występującymi pod postacią grzybowatych drobnych narośli. Głębsze części krtani, z powodu silnej duszności, nie mogły być widzianymi. Obraz ten krtaniowy zresztą, jak wogóle obraz krtaniowy trudne do bliższego opisania, najlepiej przedstawia zdjęty z natury rysunek [Fig. 1].

Granice płuc znacznie obniżone, oddech słaby pęcherzykowy, z wyjątkiem obu okolic nadgrzebieniowych, a szczególnie prawej, w których dał się słyszeć oddech mocno wydłużony prawie nieokreślony, tamże z prawej strony wysłuchać można również było nieco suchych rżerzeń. Wyróżniających zmian opukowych nigdzie wykazać się nie dało. Jak już wspominałem, chory od bardzo wielu lat nieznacznie kaszlał, głównie rano. Tony serca czyste. Narządy trawienia nie przedstawiały żadnych wyraźniejszych zбочeń. Łaknienie złe.

W ciągu przeszło pięcio-tygodniowego pobytu chorego na oddziale, stan przedstawiał się jak następuje. Upadek stanu ogólnego coraz był widoczniejszym, do czego w pewnym stopniu przyczynił się kaszel suchy, męczący, który wystąpił na miejsce tego nieznacznego, jaki istniał przedtem; obok tego stale trapiła chorego bezsenność, brak łaknienia. Co się tyczy duszności, to takowa w pierwszych tygodniach nie powiększała się, dopiero w dwu ostatnich wzmagala się postępowo, swoją drogą przyczyniając się do znacznego wycieńczenia chorego.

Obraz krtaniowy przez pierwsze tygodnie nie ulegał żadnej wyraźniejszej zmianie, sprawa wrzodziejąca ograniczała się ściśle do prawej połowy krtani. W ciągu dwu ostatnich tygodni, z powodu silnej duszności i niezwyklej wrażliwości chorego, badanie dokładne było już niemożliwe.

Rozpoznanie nasze przedstawiało z początku pewne trudności, sprawa bowiem mogła się odnosić do trzech rodzajów spraw chorobowych: 1) owrzdzeń przymiotowych, 2) gruźliczych, 3) nowotworu złośliwego, *resp.* raka. Co się tyczy 1-go, to brak wyraźnej anamnezy, szybko i silnie występujący ogólny stan charłaczki, a wreszcie ujemny wynik poprzednio stosowanego leczenia przeciwprzymiotowego zdawał się stanowczo przemawiać przeciw przypuszczeniu powyższemu.

Z wyglądu laryngoskopowego owrzdzenie przedstawiało w wysokim stopniu podobieństwo do rozległych owrzdzeń struny głosowej natury gruźliczej, przypuszczenie to tem chętniej można było przyjąć, zważywszy na obecność pewnych choć nieznacznych zmian u szczytów płuc, oraz kaszlu suchego, stale ostatniemi czasy się zwiększającego.

Z drugiej jednakże strony, zmiany owe w płucach pozostawały stale *in statu quo*, nie mieliśmy ani gorączki, ani potów, ani innych objawów charłaczki, któreby nam tłómaczyły tak raptowny upadek sił i silne wyniszczenie chorego, co się zaś tyczy obrazu laryngoskopowego, to chociaż jak to wyżej powiedziałem, takowy w wysokim stopniu przypominał obrazy owrzdzeń gruźliczych, jednakże ściśle ograniczenie sprawy do jednej tylko strony, a głównie brak zupełny

zajęcia tylnej ściany krtani, zdawał się przemawiać przeciw sprawie gruźliczej. Z tych względów, a szczególnie z uwagi na szybko występujące charłactwo, późny wiek chorego, szybko postępujące objawy zwężenia krtani, skłoniłem się do trzeciego przypuszczenia, t. j. do rozpoznania nowotworu złośliwego *resp.* raka krtani. Wobec tego to rozpoznania jako wskazanie życiowe uważałem za wskazane jedynie przecięcie tchawicy, którą to operację wykonał pomyślnie kolega SZTEJNER dnia 29 Marca. Chory natychmiast zaczął swobodnie oddechać, polepszenie jednakże stanu ogólnego nie nastąpiło wcale; przeciwnie, stan ogólny pogarszał coraz bardziej, wreszcie przyłączyło się jeszcze uparte rozwolnienie, a chory wśród najwyższego wycieńczenia zmarł dnia 7 Kwietnia.

Badanie pośmiertne krtani. Na błonie śluzowej krtani z prawej strony wrzód okrągły, głęboki, rozciągający się od przedniego przyczepienia się strun do linii pośrodkowej z tyłu. Wrzód ma brzegi obcięte, ostre, kraterowate, a dno jego dosięga do wewnętrznej powierzchni chrząstki tarczowej; wrzód więc znajduje się na miejscu zniszczonych: woreczka MORGAGNI'ego, struny prawdziwej i fałszywej prawej. Błona śluzowa naokoło wrzodu jest nieco zaczerwieniona i pokryta śluzem. Powierzchnia wrzodu wszędzie nieczysta i miejscami na niej spotyka się niewielkie stwardnienia, na rozkroju ziarniste, szaro białawe, pod drobnowidzem okazujące typową budowę raka rogowego. [D r PRZEWSKI].

Płuco prawe silnie rozdęte, szczyt przyrośnięty, twardy w dotknięciu, na przecięciu przedstawia się pod postacią masy ciemnej, łącznotkankowej; konsystencji prawie chrząstki; inne części płuca w stanie nieznacznego obrzęku.

Lewy szczyt przedstawia podobne zmiany lecz w mniejszym stopniu. Błona śluzowa oskrzeli zgrubiała, przedstawia wyraźne znaki przewlekłego nieżyty.

Serce nieco powiększone, zlekka stłuszczone, zastawki zmian nie przedstawiają żadnych. Silne przekrwienie i niezbyt kiszek cienkich i grubych, owrzodzeń nigdzie nie znaleziono.

Sledziona, wątroba i nerki zmian wyraźnych nie przedstawiają.

Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę pod względem klinicznym i anatomicznym. Co do 1-go, to jak to wyżej powiedziałem, sprawa nowotworowa, umiejscowiona na strunie głosowej prawej, dawała obraz laryngoskopowy w wysokim stopniu podobny do owrzodzeń gruźliczych krtani; rozpoznanie to w pewnym stopniu czyniły jeszcze bardziej prawdopodobniejszym zmiany u szczytów płuc, znajduwane za życia u naszego chorego. Rozpoznanie nasze z powodów wyżej szczegółowo rozebranych, postawiliśmy na raka krtani, badanie jednakże pośmiertne wykazało obok raka krtani dosyć rozległe, stare łącznotkankowe zmiany u obu szczytów płuc, jednym słowem ślady bardzo dawno przebytej wedle wszelkiego prawdopodobieństwa sprawy gruźliczej płuc, zakończonej zupełnym zagojeniem. Mieliśmy więc u naszego chorego dwie sprawy dyjatezyjne, to jest gruźlicę i raka, jedną przebytą w wieku prawdopodobnie młodym i ukończoną pomyślnie, drugą rozwiniętą w wieku starszym i zakończoną śmiercią chorego.

Jak wiadomo dawniejsi patologowie, a głównie ROKITANSKY wykluczali możliwość równoczesnego istnienia obu tych spraw, co jednakże jak to dalsze badania dowiodły, okazało się błędnem, chociaż bowiem rzadko to jednak sprawy obie napotymano u jednego i tego samego osobnika. Z autorów nowoczesnych kwestyję tę nanowo podniósł przed laty dziesięć BENECKE w słynnej swej pracy „*Constitutionsanomalien*“, wykazawszy na licznym, niezmiernie sumiennie obrobionym mate-

ryjale podstawy anatomiczne obu cierpień, t. j. gruźlicy i raka, w których to stanach istnieć mają, podług autora, wprost przeciwne warunki anatomiczne, i tak : przy raku ma stale istnieć znaczna szerokość wszystkich naczyń tętnicznych oraz stosunkowo duże serce, przy gruźlicy przeciwnie wąskość naczyń tętnicznych i małe serce. W naszym przypadku znaleźliśmy po śmierci serce nieco powiększone [co jednakże w zupełności istniejącą rozemną wytłómaczyć sobie można], czyżby więc powiększone owo serce mogło się przyczynić do zagojenia się sprawy gruźliczej [teoryja BREHMER'a-BENEKE'go], a następnie przy istniejącem usposobieniu umożliwić powstanie raka??!

Z objawów, spostrzeganych u naszego chorego, istniał jeszcze jeden ważny, t. j. silny, cuchnący, prawie trupią zapach z ust. Był to jeden z objawów ułatwiający rozpoznanie raka, na co wielki nacisk kładzie MACKENZIE. Objaw ów, o ile istnieje, jest bardzo ważnym, przy gruźlicy bowiem krtani nigdy spostrzeganym nie bywa. Przy raku jednakże krtani nie istnieje on zawsze, jak to nawet i następujące spostrzeżenia przekonają. Przedtem już widywałem raki, które doprowadzały do znacznych zniszczeń krtani, a nawet sąsiednich narządów, przy których jednakże powyższy objaw nie istniał.

Pod względem anatomopatologicznym przypadek ten zasługuje jeszcze na uwagę pod następującym względem. Badanie pośmiertne wykazało, że rak w danym przypadku przedstawiał się pod postacią ściśle ograniczonego wrzodu, zajmującego stosunkowo bardzo nieznaczną przestrzeń prawej strony krtani; inne części krtani przedstawiały się zupełnie niezmiennymi. Jednym słowem wrzód przedstawiał się zupełnie inaczej, aniżeli to zazwyczaj ma miejsce, rak bowiem szybko zajmuje wszystkie części krtani, tak, że naraz istnieje zupełne zniszczenie błony śluzowej i tkanek głębokich, a w krtani widzimy głębokie wrzody z brzegami nierównymi, dnem kraterowatym.

W naszym przypadku wrzód przedstawiał się pod postacią wrzodu zwykłego, zależnego od zapalenia ochrzęstnej krtani. Wygląd ten był do tego stopnia dla raka mało charakterystycznym, że prof. BRODOWSKI, przy oglądaniu świeżego preparatu, uważał go za owrzodzenie nierakowate, a tylko zwykłe; dopiero badanie drobnowidzowe istnienie raka ujawniło.

Spostrzeżenie II. Rak pierwotny struny głosowej lewej. *Abscessus perilaryngo-trachealis.*

O., lat 55 mający dróżnik kolejowy, przybył do szpitala w pierwszych dniach Marca 1885 roku, z powodu chrypki i duszności od kilku miesięcy trwającej. Do Listopada roku zeszłego, jak opowiada chory, miał on być zupełnie zdrowym, w tym to dopiero czasie po silnem przeziębieniu ochryplł mocno i jednocześnie zaczął sucho kaszlać; w ciągu ostatnich dni 14-stu miało miejsce kilkakrotne krwiopłucie. Po kilku tygodniach kaszel zmniejszył się, chrypka jednakże, chociaż w mniejszym stopniu, pozostała stale, ostatniemi czasy wystąpiło lekkie utrudnienie oddechu. Przy badaniu chorego znaleziono: Stan ogólny zły, chory nie góraczkuje, gruczoły szyjowe i pachwinowe nie powiększone. Głos mocno ochrypnięty, prawie bezgłos. Jama noso-gardzielowa nie przedstawia zmian wybitniejszych. W krtani znaleziono obraz następujący. Lewa struna głosowa prawdziwa owrzodzona na całej powierzchni, na brzegu jej swobodnym widać liczne brodawkowate narosty różnej wielkości [mniej więcej małego grochu], zajmujące cały brzeg wolny struny, zakrywając tem samym zatokę MORGAGNIE'go lewą

i wypychając ku górze niezmienną strunę głosową fałszywą lewą. Błona słuzowa innych części krtani umiarkowanie zaczerwieniona, struna głosowa prawa nieco zmętniała. Chory oprócz na chrypkę skarży się na lekki ból w okolicy krtani i nieco utrudnione połykanie. W obu płucach znaleziono oddech pęcherzykowy zaostrowy, u wierzchołków płuc głównie od tyłu nieco drobnych wilgotnych rżężeń. Chory kaszle mocno, wypływając dość obficie szuzo-ropną plwocinę. Z anamnezy należy jeszcze dodać, że przed 20 laty chory miał przebywać szankra, który zagoił się po tygodniu; objawy następce nie występowały wcale. Narządy trawienia i krążenia nie przedstawiały zбочzeń wyraźnych.

W ciągu dwutygodniowego pobytu chorego w szpitalu, stan jego uległ niewielkiej zmianie. Kaszel zmniejszył się wprawdzie nieco pod wpływem środków wykrztuśnych, w plwocinie jednakże występowała co dni kilka mniejsze lub większe zabarwienie krwawe. Chryпка pozostawało bez zmiany, toż samo obraz wziernikowy. Ból w okolicy krtani i trudne połykanie od czasu do czasu to zwiększały się to zmniejszały w natężeniu. Chory nie gorączkował i nie pičil się wcale. W plwocinie laseczników gruźliczych nie znaleziono.

Co się tyczy rozpoznania, to i w tym przypadku, podobnie jak w poprzedzającym, takowe przedstawiało rzeczywiste trudności. Całość obrazu chorobowego najbardziej zdawała się przemawiać za gruźlicą krtani, a mianowicie wygląd wrzodu, kaszel uparty, obfite krwioplucie, w połączeniu ze zmianami acz nieznacznymi u szczytów płuc. Z drugiej jednakże strony brak gorączki, niezły stan ogólny, ściśle ograniczenie zmian do jednej połowy krtani i ujemny wynik badania plwociny na laseczniki zdawał się przemawiać przeciw temu przypuszczeniu, chociaż znowu znane są mi dobrze przypadki gruźlicy krtani, w których bardzo długo stan ogólny nie ulegał zmianie, a w płucach badanie fizykalne wykazało pierwotne bardzo nieznaczne zmiany. Za nowotworem a szczególnie złośliwym, rzeczywiście mało było danych, chyba jedynie wygląd brodawkowaty brzegów wrzodu, co wszakże spotyka się również często i przy wrzodach gruźliczych. Zdaje się, że o przymocie mowy być nie mogło, wobec zupełnego braku jakichkolwiek danych, chyba jedynie niejasna pod tym względem anamneza mogła na podobną myśl naprowadzać.

Przebieg choroby, a szczególnie uparte krwioplucie, kazały mi się do pewnego stopnia domyślać sprawy gruźliczej i z taką też dyagnozą odnotowałem chorego w księdze, przy wypisaniu się chorego ze szpitala na własne żądanie dnia 19 Marca.

Tenże chory przybył powtórnie do szpitala 17-go Kwietnia, załąc się ua silny duszący kaszel, mocno utrudniony oddech i trudność połykania. Badając chorego znaleźliśmy: Oddech mocno utrudniony, wyraźny szmer wdechowy [stenozyiczny] słyhać nawet z pewnej odległości. Przy badaniu szyi, widać na przedniej powierzchni w okolicy krtani, bardziej z lewej strony, guz okrągły, wielkości jaja kurzego; przy dotykaniu miejsce to jest mocno bolesne i jednocześnie wyczuwac się daje głębokie chęłbotanie. Skóra odpowiadająca guzowi ruchoma, niezmiennona. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało: silne obrzęknięcie lewej chrząstki nalewkowej i więzu nalewko-nagłosuowego, chrząstka przedstawia się pod postacią guza wielkości małej wiśni białego koloru, druga chrząstka nalewkowa również obrzęknięta, lecz w nieznanym stopniu, nagłosnia niezmiennona, głębokie części krtani niewidzialne, w płucach jak przedtem oprócz objawów rozlanego nieżytu zmian innych nie znalazłem. Chory kaszle dużo, wyrzucając obfitą ilość szuzo-ropnej plwociny, której badanie na laseczniki gruźlicze dało wynik ujemny

Stan ogólny chorego był niezły, gorączki nie było. Rodziła się kwestyja ważna, czy guz chęłbocący wyżej wzmiankowany jest w związku z cierpieniem krtani? i powtore o ile on przyczynia się do wywołania istniejącej du-

szności. Jak to wyżej wzmiankowałem, cierpienie poczytywałem za gruźlicę krtani, obraz krtaniowy, jaki się przedstawiał u chorego po przeszło czterotygodniowym niewidzeniu go, jeszcze bardziej utrwalał mnie w tem przekonaniu. Taki silny i wyraźny obrzęk tylnej ścianki krtani jest zjawiskiem aż nazbyt częstem przy gruźlicy krtani i bywa warunkowanym zapaleniem gruźliczem chrząstki nalewko-obraczkowej (*perichondritis tuberculosa crico-arythaenoidea*). W cierpieniach tych zdarza się również, chociaż niezbyt często, że zapalenie ochrzęstwej przyjmuje charakter ropny i wytwarzają się ropnie w okolicy krtani na przednio bocznych częściach szyi. Sądziłem więc, że i w tym razie mamy do czynienia z podobnym przypadkiem. Chociaż więc tak wysoki obrzęk tylnej ścianki, obok owrzodzenia i zgrubienia struny, mógł sam przez się wywołać objawy utrudnionego oddechu wraz ze szmerem stenotycznym, sądziłem jednakże, że ropień naciskający na krtani w wysokim stopniu do tego się przyczyniał. Skoro więc w ciągu dnia następczego duszność zaczęła znacznie się zwiększać, postanowiliśmy po naradzie wspólnej z kolegą SZTEJNEREM dokonać u chorego przecięcia tchawicy (*tracheotomia*). Tegoż jeszcze więc dnia kolega SZTEJNER przystąpił do powyższej operacji, po dokonaniu jednakże nacięcia w okolicy średniej szyi, w miejscu wykonąć się mającego przecięcia tchawicy, dla dojścia do samej chrząstki, zaczęła się wydobywać dosyć znaczna ilość mocno cuchnącej ropy; przy badaniu palcami okazało się iż jama ropnia znajdowała się w okolicy lewej połowy krtani. Ponieważ chory jednocześnie zaczął daleko swobodniej oddechać, postanowiliśmy poprzestać tylko na tej operacji; choremu wprowadzono dren i nałożono odpowiedni opatrunek. Tegoż samego dnia ropa wydzielona zbadana została na laseczniki gruźlicze, przyczem jednakże, jak przy badaniu płwociny, wynik był ujemnym. W ciągu kilku dni następnych stan chorego poprawiał się stopniowo, oddech był o wiele swobodniejszym, z rany stopniowo wydzielano się coraz mniej wydzieliny ropnej, tak, że po upływie dwu tygodni wyjęto dren z rany. W tymże czasie badanie laryngoskopowe krtani wykazało mniej więcej te same zmiany co i przed operacją, t.j. nacieczenie i obrzęk tylnej ścianki krtani przeważnie lewej strony, chociaż w mniejszym nieco stopniu niż podówczas. Chory połykał swobodniej, oddech był utrudnionym, lecz bez objawów wężenia.

W początkach Maja zaczęło występować znowu pogorszenie, oddech zaczął znowu powoli przyjmować charakter stenotyczny, chory jednocześnie zaczął mocniej kaszlać, w płwocinie od czasu do czasu pokazywała się krew. Jednocześnie chory począł gorączkować nieznacznie, wieczorne ciepłoty wahały się w granicach ciepłoty 38° i 38.5° Cels., ranna była prawidłowa, również zaczął się nieco pocić. Badanie fizykalne wykazało wyraźne objawy zgęszczenia prawego szczytu płuc. Znowu poddałem płwocinę badaniu i znowu otrzymałem wynik ujemny w badaniu na laseczniki gruźlicze. W ciągu dni następnych duszność zaczęła się gwałtownie wzmagać, a dnia 13 Maja doszła do tak wysokiego stopnia, że wieczorem dnia tegoż kolega SZTEJNER zmuszonym był dokonać u chorego przecięcia tchawicy, który to rękoczyn natychmiast duszność w zupełności usunął. Pomimo jednakże tego, w ciągu następnych tygodni stan ogólny chorego pogarszał się stopniowo, kaszel wzmagał się, płwocina stawała się obfitszą wielce utrudniając oczyszczanie rurki tracheotomicznej. Gorączka zaczęła przybierać charakter gorączki ciągłej z wieczornymi nasileniami do 38° C. i wyżej, z rannymi wahaniami między 37 a 38° C., chory stopniowo upadał na siłach, połykanie stało było utrudnione. Obraz laryngoskopowy pozostał bez zmiany. Jak to już wyżej wzmiankowałem, od czasu do czasu płwocina przedstawiała się zabarwioną krwawo, objawy zgęszczenia u szczytu płuca stawały się coraz wyraźniejszymi. Z wyjątkiem więc laseczników gruźliczych, mieliśmy obraz niemal klasyczny gruźlicy postępującej płuc i krtani w okresie początkowego się rozpadu, z objawami gorączki charłaczkiej. Rozpozna-

nie to, o ile się zdawało nie ulegać najmniejszej wątpliwości, zachwiane zostało następującą okolicznością. Dnia 8 Czerwca, w czasie wydobywania wewnętrznej rurki tracheotomicznej, wypadł kawałeczek masy białej jakby ziarninowej, wielkości grochu. Kawałek ten, po stwardnieniu w alkoholu, poddałem wspólnie z kolegą PRZEWOSKIM badaniu drobnowidzowemu, które ku mojemu wielkiemu zdumieniu, wykazało nam obecność typowego raka rógowego krtani.

Wynik ten zmieniał natychmiast nasze rozpoznanie, nie ulegało bowiem najmniejszej kwestyi, że mieliśmy w danym przypadku do czynienia nie z gruźlicą lecz z rakiem pierwotnym krtani, badanie bowiem drobnowidzowe, poparte wysoką kompetencyją w tej materii kolegi PRZEWOSKIEGO, nie pozwalało pod tym względem mieć nawet jakichkolwiek wątpliwości. W obec jednak tak zasadniczo zmienionego rozpoznania, zachodziło pytanie, jak wytłómaczyć sobie stopniowo rozwijające się zmiany miąższu płuc w połączeniu z gorączką hektyczną, krwiopluciem i innymi objawami płucnymi, opisanymi szczegółowo powyżej? Czyby w danym przypadku zachodziła tak szczególna koincydencyja, przypominająca głośny przypadek FOULISSA¹⁾ z Glasgowa, w którym to przypadku obok raka krtani istniały jednocześnie i suchoty płuc?

Cały obraz kliniczny, jak to już wyżej wielokrotnie wspomniałem, przedstawiał niemal klasyczny obraz suchot płuc; nie mieliśmy wprawdzie laseczników gruźliczych w płwocinie, wiadomo jednakże, co wielokrotnie sam sprawdziłem na wielu moich chorych, że w niektórych przypadkach suchot płuc bardzo długo, nieraz całe miesiące, pomimo wyraźnych objawów suchot w płucach, nawet z gorączką przebiegających, laseczników w płwocinie, pomimo wielokrotnego badania, wykazać nie można.

Wynik ten jednakże ujemny badania płwociny nasunął mi w danym przypadku jeszcze inne przypuszczenie. Czy też objawy płucne nie były warunkowane rozwijającym się następczo w płucu rakiem? Przypuszczenie to jednakże w braku badania pośmiertnego, nie wykroczy z dziedziny hipotezy.

Dalsze losy chorego były następujące. W szpitalu pozostał on jeszcze do 15 Czerwca. Gorączkował ciągle z typem gorączki ciągłej, z wahaniami rannymi około 38°C., wieczornymi do 39°C., pocił się. Kaszel ciągle pozostawał męczącym, pod koniec zaczęły występować coraz wyraźniejsze objawy wyniszczenia, puchnienie nóg i silny upadek sił. W tym stanie 15 Czerwca, na własne żądanie, wypisał się i, o ile mi wiadomo, w kilka tygodni potem umarł w innym szpitalu, gdzie niestety badania pośmiertnego nie dokonano.

Przypadek niniejszy opisałem może za zbyt obszernie, jest on jednakże zdaniem mojem tak wielce ciekawym i ważnym pod względem praktycznym, że sądzę rozwlekłość ową zechcą Sz. Czytelnicy przebaczyć.

[D. n.]

¹⁾ U 28-letniego mężczyzny dotkniętego rakiem krtani, nagłośni i prawej zatoki MORGAGNI'ego wykonał D-r FOULISS 10. IX 1877 wycięcie całkowite krtani z wynikiem pomyślnym. Chory umarł 1. III. 1879, a badanie pośmiertne wykazało suchoty płuc i gruźlicę tchawicy (*Lancet* 1877 i 79).

II. SPRAWOZDANIE

Z DZIAŁALNOŚCI SZPITALA OFTALMICZNEGO WILEŃSKIEGO.

zostającego pod dyrekcją D-ra Cywińskiego, za rok 1885 do 1. I. 1886,

przez

D-ra J. Strzemińskiego.

Ogłaszając pierwsze to sprawozdanie ze Szpitala Oftalmicznego Wileńskiego, poczytuję sobie za obowiązek wspomnieć choć w kilku słowach o nim i jego przeszłości. Początek jego datuje od r. 1859, kiedy D-r Cywiński, kosztem zmarłego niedawno hr. RAJNHOLDA TYZENHAUZA, otworzył przy wileńskim Towarzystwie Dobroczytności zakład dla chorych ocznych na 8 łóżek. Pomimo szczupłego początkowo i nieodpowiedniego pomieszczenia, zakład ten, dzięki niezmordowanej i umiejętnej działalności kierownika, stanął wkrótce na wysokości swego zadania; coraz też większa liczba chorych napływała z całej przestrzeni ziem Litwy i Białorusi, tak, iż po kilku latach liczbę łóżek musiano powiększyć do 14. Siostra hr. RAJNHOLDA TYZENHAUZA, hr. PRZEŹDZIECKA, urzeczywistniając szlachetne zamiary ojca i brata, wystawiła dla rzeczonoego szpitala gmach, nie szczędząc kosztów i starań, hojnie zakład uposażyła, stawiając go na wysokości współczesnych wymagań nauki i w dalszym ciągu zapewniając mu możliwość istnienia. W Kwietniu r. 1884 pomieszczono chorych w nowym gmachu. Zakład ten wznosi się na przedmieściu Wilna, zwanem Nowy-Świat, składa się z parteru i dwóch pięter i oprócz części gospodarskich, mieszkania ordynatora, intendenta i infirmerek, zawiera: dwie sale ogólne dla chorych, z których każdej wymiary i objętość wynoszą $8 \times 5\frac{1}{2} \times 4 = 176$ [m²] metrów na 8 łóżek; pokoje oddzielne [w liczbie 6], które służą w części dla operowanych, w części dla dotkniętych chorobami zakaźnymi, w części zaś dla chorych zwykłych; wymiary każdego z nich $2\frac{1}{2} \times 3\frac{1}{2} \times 4 = 77$ [m²] metrów; w każdym mieści się 1- 2—3 łóżka, zależnie od rodzaju choroby. Oprócz tego znajdują się trzy gabinety, o takichże wymiarach, dla chorych zamożniejszych, którzy żądają oddzielnego pomieszczenia. Ogółem łóżek dla chorych znajduje się 34, z których 31 na ogólnych salach i pokojach [pomiędzy nimi 14 miejsc bezpłatnych, a 17 płatnych po 10 rs. miesięcznie i 3 w oddzielnych gabinetach. Wodociągi, wanny, oświetlenie gazowe i całe w ogóle urządzenie odpowiada wszelkim potrzebom; zbiór narzędzi i biblioteka, złożona z dzieł odnoszących się do oftalmologii, nie pozostawiają nic do życzenia. Szpital posiada ogród, zajmujący do 5 morgów gruntu i zapewniający chorym świeże powietrze i miejsce do przechadzki. Opis gmachu szpitalnego pomieścił D-r TALKO przed kilku laty w „Medycynie“, tudzież w księdze jubileuszowej wydanej w r. 1884 na cześć prof. SZOKALSKIEUO.

W ubiegłym roku 1885 chorych leczonych w szpitalu było 197 [83 mężczyzn, 114 kobiet], zaś do ambulatoryjum, istniejącego przy szpitalu, zgłosiło się przez ten czas 5679 chorych [2154 mężczyzn, 3525 kobiet], w tej liczbie 991 [481 mężczyzn i 510 kobiet] po raz pierwszy.

Wyznanie i pochodzenie chorych w ten sposób się przedstawia:

1) W szpitalu:

Wyznania.	Z miasta Wilna.	Z gubernii Wileńskiej.	Z gubernii Kowieńskiej.	Z gubernii Grodzieńskiej.	Z gubernii Minskiej.	Z gub. Mohylewskiej.	Z gubernii Witebskiej.	Z gubernii Suwalskiej.	Z innych gubernij.	Wojskowi i służba kolei żelaznej.	Ogółem.	Stosunek procentowy.
Rzymsko katolickiego	12	78	49	4	5	4	4	8	2	2	168	85,28
Grecko-katolickiego	2	9	2	2	2	—	1	—	—	4	22	11,17
Starowiery [sektą poprzedniego]	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	0,51
Ewangielicy	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—	6	3,05
Ogółem	14	87	57	6	7	4	6	8	2	6	197	100,00
Stosunek procentowy	7,14	44,32	28,72	3,05	3,56	2,04	3,05	4,07	1,02	3,05	100,00	—

2) W ambulatoryjum:

Wyznania.	Z miasta Wilna.	Z gubernii Wileńskiej.	Z gubernii Kowieńskiej.	Z gubernii Minskiej.	Z gubernii Grodzieńskiej.	Z gubernii Suwalskiej.	Z gubernii Witebskiej.	Z innych gubernij.	Wojsk. i służba kolejowa.	Ogółem.	Stosunek procentowy.
Rzymsko katolickiego	121	185	79	14	4	5	8	8	34	458	46,22
Grecko katolickiego	29	20	4	7	7	1	1	4	37	110	11,10
Starowiery	3	6	1	—	—	—	2	1	—	13	1,31
Ewangielicy	12	1	5	—	1	1	—	3	7	30	3,53
Żydzi	134	165	46	9	8	5	—	3	1	372	37,54
Karaimi	—	4	—	—	—	—	—	—	—	4	0,40
Machometani	1	2	—	1	—	—	—	—	—	4	0,40
Ogółem	300	383	135	31	20	12	12	19	79	991	100,00
Stosunek procentowy	30,27	38,65	13,62	3,13	3,02	1,21	1,21	1,42	7,97	100,00	—

Wiek chorych.	W szpitalu.		W ambulatoryjum.	
	liczba chor.	stosunek pr.	licz. chorych.	stos. procent.
Do 1 roku włącznie	—	—	13	1,31
Od 1—5 lat włącznie	2	1,02	66	6,66
„ 5—14 „	19	9,64	107	10,80
„ 14—21 „	40	20,30	176	17,76
„ 21—35 „	56	28,21	250	25,23
„ 35—45 „	27	13,71	148	14,33
„ 45—60 „	41	20,81	175	17,66
„ 60—70 „	9	4,58	47	4,74
„ 70—80 „	3	1,53	3	0,31
	197	100,00	?	100,00

Podział chorych według rodzaju chorób :

1) W szpitalu:

	mężcz.	kob.	razem	%
Jaglica (<i>trachoma</i>) ograniczona do błony łącznej	2	2	4	2,04
„ z powikłaniami ze strony rogówki	29	40	69	35,03
„ zadawniona z przeistoczeniem chrząstki powiekowej	3	19	22	11,17
Zapalenie ziarniste łącznicy ostre (<i>conjunctivitis granulosa ac.</i>)	1	3	4	2,04
Śluzotok łącznicy (<i>conjunctiv. blenorrhoica</i>)	1	—	1	0,51
Przyszykowe zapalenie łącznicy (<i>conjunctivitis phlyctae-nulosa</i>)	2	1	3	1,53
Przyszykowe zapalenie łącznicy i rogówki (<i>kerato-conjunctiv. phlyctae-nulosa</i>)	1	3	4	2,04
Zapalenie rogówki miąższowe (<i>keratitis parenchymat.</i>)	1	1	2	1,02
Zapalenie rogówki ograniczone (<i>keratitis circumscripta superf.</i>)	3	—	3	1,53
Zapalenie rogówki ropne (<i>keratitis suppurativa, ulcera, abscessus, hypopyon</i>)	9	12	21	10,66
Plamy rogówki (<i>leucomata corneae</i>)	2	1	3	1,53
Zapalenie tęczówki (<i>iritis</i>)	5	2	7	3,56
Zapalenie sympatyczne tęczówki i naczyńiówki (<i>irido-choroiditis sympathica</i>)	—	1	1	0,51
Zapalenie siatkówki i nerwu wzrokowego (<i>neuro-retinitis</i>)	2	4	6	3,05
Przymiotowe zapalenie siatkówki i nerwu wzroko-wego (<i>retino-choroiditis syphilitica</i>)	1	—	1	0,51
Zanik nerwu wzrokowego (<i>atrophia nervi optici</i>)	2	—	2	1,02
Jaskra (<i>glaucoma</i>)	1	1	2	1,02
Zaćma (<i>cataracta</i>)	13	18	31	15,68
Zézowatość (<i>strabismus</i>)	1	1	2	1,02
Zwężenie przewodu noso łzowego, nieżyt i zapalenie worka łzowego (<i>stenosis canalis lacrymonasalis et dacryocystitis</i>)	2	1	3	1,53
Cierpienia oka traumatyczne (<i>ophthalmia traumatica</i>)	2	1	3	1,53
	83	114	195	100,00

2) W ambulatoryjum :

	mężcz.	kob.	razem	%
Nieżyt łącznicy ostry i przewlekły (<i>conjunctivitis catarrhalis ac. et chron.</i>)	69	38	107	10,80
Śluzotok łącznicy (<i>conjunctiv. blenorrhoica</i>)	5	6	11	1,11
Śluzotok noworodków (<i>ophthalmia neonat.</i>)	6	4	10	1,91
Zapalenie łącznicy przyszykowe (<i>conjunctiv phlyctae-nulosa</i>)	37	28	65	2,83

	meżcz.	kob.	razem	%
Zapalenie ziarniste łącznicy ostre (<i>conjunctivitis granulosa ac.</i>)	15	13	28	2,83
Jaglica (<i>trachoma</i>) ograniczona do błony łącznej	12	15	17	2,73
„ z powikłaniami ze strony rogówki	41	65	108	10,90
„ zadawniona z przeistoczeniem chrząstki powiekowej	11	20	31	3,13
Skrzydlik (<i>pterygion</i>)	3	—	3	0,30
Podbieg krwisty łącznicy (<i>extravasatio subconjunctiv. spont.</i>)	—	1	1	0,10
Zapalenie przyszykowe łącznicy i rogówki (<i>keratoconjunctiv. phlyctaenulosa</i>)	15	14	29	2,93
Zapalenie rogówki ograniczone (<i>keratitis circumscripta superf.</i>)	19	27	46	4,64
Zapalenie rogówki miąższowe (<i>keratitis parenchymatosa</i>)	10	15	25	2,52
Zapalenie rogówki ropne (<i>keratitis suppurativa</i>)	15	22	37	3,73
Plamy rogówki (<i>leucoma corneae</i>)	5	13	18	1,82
Zapalenie tęczówki (<i>iritis</i>)	6	11	17	1,72
Częściowy brak tęczówki (<i>iridemia incompleta</i>)	—	1	1	0,10
Zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego lub naczyniówki (<i>irido-choroiditis et irido cyclitis</i>)	2	3	5	0,50
Zapalenie naczyniówki, siatkówki i nerwu wzrokowego (<i>neuro retinitis et retino-choroiditis</i>)	14	10	24	2,42
Zapalenie tylnego wycinka białkówki i naczyniówki (<i>sclero-choroiditis post. progressiva</i>)	11	3	14	1,41
Oddzielenie siatkówki (<i>amotio retinae</i>)	3	4	7	0,40
Zapalenie siatkówki barwnikowe (<i>retinitis pigmentosa</i>)	2	2	4	0,40
Zanik nerwu wzrokowego (<i>atrophia nervi optici</i>)	11	5	16	1,61
Niedoślep wskutek zatrucia (<i>amblyopia toxica</i>)	2	—	2	0,20
Niedoślep bez zmian oftalmoskop. i przyczyn wyjaśnionych	2	1	3	0,30
Kurzoslep (<i>haemeralopia</i>) bez zmian oftalmoskopowych	2	1	3	0,30
Jaskra (<i>glaucoma</i>)	8	20	28	2,82
Zaćma dojrzała ,	22	19	41	4,14
Zaćma poczynająca się i niedojrzała	11	10	21	2,12
Krótkowzroczność (<i>myopia</i>)	12	7	19	1,92
Nadwzroczność (<i>hypermetropia</i>)	5	4	9	0,91
Astygmatyzm	2	3	5	0,50
Starowzroczność (<i>presbyopia</i>)	14	12	26	2,62
Skurcz akomodacji (<i>spasmus accommodationis</i>)	2	2	6	0,60
Porażenie nerwu okoruchowego (<i>paralysis n. oculomotorii</i>)	—	1	1	0,10
Porażenie nerwu rozocznego (<i>paralysis n. abducentis</i>)	—	1	1	0,10
Zéz rozbieżny (<i>strabismus divergens</i>)	2	2	4	0,40

	mężcz.	kob.	razem	%		
Zéz zbieżny (<i>strabismus convergens</i>)	1	3	4	0,40		
Ropień powiek (<i>phlegmone palpebr.</i>)	—	1	1	0,10		
Pryszczyca powiek (<i>eczema palpebr.</i>)	—	2	2	0,20		
Zapalenie brzegu powiekowego (<i>blepharitis ciliaris</i>)	22	33	55	5,56		
Jęczmień (<i>hordeolum</i>)	3	4	7	0,71		
Odwinięcie powiek (<i>ectropion</i>) [wskutek przewlekłego zapalenia łącznicy i brzegu powiekowego]	1	1	2	0,20		
Zwężenie przewodu noso łzowego, nieżyty i zapalenie worka łzowego (<i>stenosis canalis lacrymo nasalis et dacryocystitis</i>)	23	45	63	6,6		
Nowotwo- ry oka.	}	Łuszczyk łącznicy (<i>lipoma conjunctivae</i>)	—	1	1	0,10
		Gliomat siatkówki (<i>glioma retinae</i>)	2	—	2	0,20
		Rakowiec powiek (<i>epithelioma palpebr.</i>)	2	—	2	0,20
		Chalazion	3	3	6	0,61
Cierpienie traumatyczne oka	19	8	27	2,73		
Choroba BAZEDOW'a	—	2	2	0,20		
Zanik oka (<i>atrophia bulbi</i>)	5	4	9	0,91		
	481	510	991	100,00		

W ciągu r. 1885 wykonano w zakładzie następujące operacje:

Operacja wydalania zaćmy (<i>extractio</i>)	29
„ rozdzielenia zaćmy (<i>discissio</i>)	1
„ sztucznej źrenicy	3
„ wycięcia tęczówki przy jaskrze	3
Przekłócie rogówki (<i>paracentesis corneae</i>)	5 [4 w szpitalu, 1 w ambul.]
Przypalenie wrzodu rogówki zegadłem PAQUELIN'a	8 [5 w „ 3 w „]
Przypalenie połączone z przekłóciem	1 [1 w „]
Operacja zézu	5 [3 w „ 2 w ambul.]
Obrzezanie łącznicy (<i>syndectomia</i>)	1 [w szpitalu]
Operacja na górnej powiece z powodu <i>entropion</i> i <i>trichiasis</i>	67 [29 w szpitalu, 38 w ambul.]
Operacja na dolnej powiece	25 [11 w „ 14 w „]
Kantoplastyka	10 [8 w „ 2 w „]
Rozszczepienie kanalikę łzowego	81 [8 w „ 73 w „]
Wycięcie łuszczyka łącznicy	1 [w ambulatoryjum]
Wycięcie chalazion	5 [w ambulatoryjum]
Wydobycie ciał obcych z rogówki	17 [w ambulatoryjum]

Największa tedy liczba chorych, tak w szpitalu, jak i w ambulatoryjum, dotknięta była jaglicą, zwłaszcza w późniejszych okresach, z powikłaniami ze strony rogówki i zmianą chrząstki powiekowej. Kraj nasz z Belgiją i innemi podlega endemicznemu panowaniu tej choroby. Łuszczyk (*pannus*) stanowiła najczęstsze powikłanie, obok tego jednak spotykało się wrzody rogówki [5 przypadków w szpitalu, 9 w ambulatoryjum], wypadnięcie tęczówki [1 przypadek

w szpitalu, 2 w ambulatoryjum], garbiec (*staphyloma*) całkowity rogówki jednego oka [7 przypadków w szpitalu. 12 w ambulatoryjum], *ectasia corneae* [1 przypadek w szpitalu, w ambulatoryjum nie oznaczono], *synechiae posteriores* [1 przypadek w szpitalu], zanik jednego oka [1 przypadek w szpitalu. 5 w ambulatoryjum].

Najczęściej używanym środkiem i najpomyślniej działającym przy jaglicy było przyżeganie siarczanem miedzi; inne używane środki były: azotan srebra osłabiony, roztwór azotanu srebra, skaryfikacje, masę z żółtego tlenku rtęci, przemywanie roztworem kwasu bormego, obok tego atropina lub ezeryna, stosownie do stanu rogówki lub tęczęwki. *Jequirity* po niepowodzeniu, jakiego doznała w tutejszym wojennym szpitalu, nie była u nas próbowaną. Środki wymienione o tyle pomyślnie działały, że z wyjątkiem kilku chorych, którzy z powodów osobistych przedwcześnie wypisali się ze szpitala, inni wyszli uleczeni lub przynajmniej ze znacznem polepszeniem.

Nieżytowe zapalenie łącnicy, ostre lub przewlekłe, rozmaitego natężenia, często spotykano w ambulatoryjum, szczególnie zaś na wiosnę i w końcu jesieni. Zwykłe środki [siarczan cynku, kwas borny, czasem siarczan miedzi lub azotan srebra] były dostatecznymi po pewnym czasie do usunięcia tego rodzaju cierpień. Nieżyt łącnicy, zależny od wadliwości refrakcyi, lub zwężenia kanału noso-lzowego, zaliczaliśmy w powyżej umieszczonym spisie do rubryki tych ostatnich cierpień.

Przypadki śluzotoków łącnicy (*conjunctivitis blenorrhoica*) były wszystkie słabego natężenia i bez niebezpiecznych powikłań ze strony rogówki; przy pomocy zwyczajnych środków ustępowały. Śluzotok noworodków dostarczył 10 przypadków, z których w jednym obie rogówki u przyniesionego dziecka były już przedziurawione, w dwóch zaś innych po jednej. W pozostałych choroba ustąpiła bez śladu przy pomocy roztworu [2% i słabszego] azotanu srebra; w dwóch wymienionych przypadkach jedno przynajmniej oko zostało ocalonem. W ostatnich miesiącach w szpitalu miejskim w Wilnie [Św. Jakuba], dla uprzedzenia śluzotoku noworodków, stosowano metodę CRÉDÉ'go [wkraplanie wszystkim noworodkom zaraz po urodzeniu do każdego oka, po obmyciu letnią wodą, jednej kropli 2% roztworu azotanu srebra].

Zapalenie przyszykowe łącnicy (*conjunctivitis phlyctenulosa*), bez powikłań lub z powikłaniami ze strony rogówki, spotykaliśmy dość często. Przy użyciu wtrzępywań kalomelu szybko ustępowało, jeszcze łatwiej atoli powracało i jedynie ogólne leczenie było w stanie trwale je poskromić. Z pomiędzy chorych tego rodzaju, dwóch przybyło do szpitala z przedziurawieniem rogówki i wypadnięciem tęczęwki [wskutek uprzedniego nacieczenia w rogówce i owrzdzenia] i jeden, u którego sprawa ta zakończyła się na owrzdzeniu rogówki. I tu kalomel ostrożnie użyty przy innych środkach [głównie ezeryna], jak najlepsze przyniósł skutki. Przyczep przedni i niewielkie zmętnienie rogówki przy wzroku zupełnie zadawalniającym, były skutkami choroby w dwóch pierwszych przypadkach, niewielkie zaś zmętnienie w trzecim.

Dyfterytycznego zapalenia łącnicy nie mieliśmy.



Do przypadków rzadko spotykanych należy znaczny podbieg krwisty łącznicy, bez żadnej widocznej przyczyny powstały, przy ogólnym stanie zdrowia i stanie oka zadawalniającym, z przebiegiem zupełnie pomyślnym.

Pomiędzy chorobami rogówki dość pokaźną liczbę stanowiły ropnie i wrzody, z których pewna część, podczas letnich robót w polu, powstała z przyczyn traumatycznych, jak zranienie kłosem (*abcès des moissonneurs*). Godną jest uwagi rzeczą, że po większej części istniało obok tego zapalenie nieżytowe lub ropne worka łzowego, którego wydzielina powiększała niewątpliwie złośliwy charakter wrzodów. W takich przypadkach pomyślnie wpływało przypalenie wrzodu żegadłem PAQUELIN'a (*thermocauterisatio*), jeżeli zebranie ropy w przedniej komórce (*hypopyon*) nie było bardzo znaczne [jeżeli np. nie dochodziło połowy tej komórki]. W przeciwnym bowiem razie jedynie przekłucie pomagało. *Thermocauterisatio* korzystnie też działało przy wrzodach bez *hypopyonu*, wrzodzie pełzającym (*ulcus serpens*), niezapalnym (*ulcus torpidum*). Używaliśmy w tym celu żegadła (*thermocautère*) PAQUELIN'a, odpowiednio do ocznych operacji zastosowanego, którym przypalaliśmy w kilku punktach mniej lub więcej powierzchownie brzegi wrzodu. Kokaina, znieczulając rogówkę, oddawała przytem pewne usługi, nie była jednak konieczną, gdyż ból jest nieznaczny, tak, iż w kilku przypadkach obchodziliśmy się bez niej. Opaska naciskająca, wkraplanie ezeryny, przemywanie worka łącznicy 4% roztworem kwasu bornego [zwłaszcza przy cierpieniu worka łzowego], czasem ciepłe okłady, stanowiły leczenie następcze. Metodę tę zastosowano w ambulatoryjum u trzech chorych z pomyślnym skutkiem. U jednego z nich [kobieta lat 50, z obszernym wrzodem i *hypopyon*, zajmującym trzecią część przedniej komórki przy zastarzałej jaglicy] po jednym przypaleniu i następnem stosowaniu ezeryny i opaski naciskającej, *hypopyon* w ciągu 4 dni znikł i wrzód zagoił się. W szpitalu chorych leczonych w ten sposób było 3 [dwóm jednokrotnie przypalono, jednemu dwukrotnie]. Prócz tego w jednym przypadku [kobieta lat 25, wrzód wskutek zranienia kłosem, *hypopyon* połowę komórki zajmujący i obok tego ropne zapalenie worka łzowego], gdy wskutek przypalenia nastąpiło pogorszenie, w dwa dni potem połączono przypalenie z przekłuciem rogówki ostrym końcem żegadła, co sprawiło natychmiastową ulgę, usunęło silne bóle i w końcu doprowadziło do wyleczenia. W przypadkach, w których *hypopyon* większych dochodził rozmiarów, wykonywano natychmiast paracentezę, z następczym stosowaniem opaski naciskającej i ezeryny. Z wyjątkiem jednego przypadku, w którym, mimo wszelkich starań, oko nie mogło być ocalonem, we wszystkich innych wyleczenie nastąpiło kosztem odpowiedniego zmętnienia w rogówce. Przy wrzodach mniej złośliwych zupełnie dostateczną była ezeryna, a nawet przypominam sobie przypadek wrzodu pełzającego (*ulcus serpens*), dochodzącego już znacznych rozmiarów, którego wyleczenia dokonała ezeryna, stosowana razem z ciepłymi okładami.

Miąszkowe zapalenie rogówki (*keratitis parenchymatosa*) dość często spotykaliśmy. O ile chorych tego rodzaju badano szczegółowo, zawsze znajdowano ze strony gruczołów limfatycznych, skóry, zębów, kości [2 przypadki], uszu [1 przypadek] objawy, które w niektórych przypadkach dawały się wytłómaczyć żoźłami, w innych zato łącznie z anamnezą [poronienia u matki, śmierć w mło-

dym wieku rodzeństwa] wskazywały niewątpliwie na przymiot wrodzony. Jodek potasu i sublimat, obok środków miejscowych, wywierał pomyślny wpływ na przebieg upartego tego cierpienia. Ze środków miejscowych ezeryna, jak wogóle przy wszystkich cierpieniach rogówki, działała najkorzystniej, zasługując na stanowcze przed atropiną pierwszeństwo.

Z pomiędzy siedmiu przypadków zapalenia tęczówki, leczonych w szpitalu, w trzech jako przyczyna dał się niewątpliwie wykazać przymiot. Z tej liczby dwaj chorzy dotąd znajdują się w szpitalu, a u jednego z nich na tęczówce z zewnętrznej strony źrenicy znajduje się żółto-brunatny guziczek [lepiej przymiotowy]. Takie pochodzenie zapalenia tęczówki było p e w n e m u 6 z pomiędzy 17 chorych ambulatoryjnych; nie wątpię, że w rzeczywistości liczba syfilityków była tu znacznie wyższą. Wcierania maści rtęciowej, sublimat, jodek potasu stanowiły leczenie ogólne przy zwykłych środkach miejscowych.

Z wad wrodzonych tęczówki mieliśmy częściowy brak tejsze (*irideremia incompleta*) u dziewczyny lat 17, żoźlowej, z utrudnionemi czyszczeniami miesięcznemi: tęczówka na obu oczach miała kształt wąziutkiego paska, jaki bywa przy rozszerzeniu źrenicy po zastosowaniu atropiny; ezeryna zwięża źrenicę, oddziaływanie na światło słabe; wzrok prawidłowy; siła wzroku osłabiona; stan oka zresztą zupełnie prawidłowy; wada nie była dziedziczną.

Przypadki *neuro-retinitidis* i *retino-choroiditidis* spotykane w ambulatoryjum, nie przedstawiały nic szczególnego; cztery z pomiędzy nich były w związku z przymiotem, trzy z białkomoczem. Z przypadków szpitalnych tego rodzaju wymienimy następujące: 1). *Retino-choroiditis syphilitica*. Mężczyzna lat 50, urzędnik sądowy, w młodości w Petersburgu poddał się syfilizacji [szczepieniu przymiotu], która miała go uchronić od przymiotu, w rezultacie jednak, według jego opowiadania, właśnie nabawiła go tej choroby [?]. Po całym szeregu objawów, rozwijających się pomimo leczenia, wywiązało się w końcu zapalenie siatkówki i naczyńówki, ze znacznem zmniejszeniem ostrości widzenia naosnego. Chory wyszedł ze szpitala z polepszeniem wzroku dla dokończenia ogólnego leczenia [jodek potasu, sublimat, środki wzmacniające] w domu. 2). *Neuro-retinitis* z przejściem w zanik nerwu po pierwszym porodzie. Kobieta lat 29; stan ogólny zdrowia zadawalniający. Przy wstąpieniu chorej do szpitala [w kilka miesięcy po porodzie] obustronny zanik nerwu wzrokowego był już daleko posuniętym, utrata wzroku zupełna. Wypisana bez polepszenia. Podczas pobytu chorej w szpitalu białkomoczu nie było. 3). Dziewczyna lat 16; w lewym oku *neuro-retinitis* z poczynającym się zanikiem nerwu, w prawem, znacznie zmniejszonym (*microphthalmos*), prawie zupełne oddzielenie (*amotio*) siatkówki. Wypisana również bez polepszenia. Z innych przypadków, trzech chorych (*retinitis parenchymatosa*) wypisano z polepszeniem, jeden (*retinitis serosa*) pozostaje dotąd w szpitalu.

Dwa ambulatoryjne przypadki *amblyopiae toxicae* zawdzięczały pochodzenie swoje wyskokowi.

Z pośród przypadków zaniku nerwu wzrokowego w ambulatoryjum, w pięciu zanik był zupełny i obustronny, w dziewięciu zupełny jednooczny, w dwóch początek zaniku jednoocznego. U dwóch chorych szpitalnych tego rodzaju zanik

zupełny z jednej strony i poczynający się z drugiej. Oprócz ogólnego leczenia próbowaliśmy podskórnych wstrzykiwań strychniny, wdechań *amylenis nitrosi*, galwanizacji, jak dotąd jednak, bez żadnego skutku.

Zaśmy mieliśmy w ciągu 1885 roku 31 przypadków w szpitalu. W tej liczbie: zaśmy zwykłe [miękkie, półmiękkie i twarde] 29, zaśma traumatyczna 1, zaśma wrodzona 1. Dokonano operacji wydalenia zaśmy 29, rozdzielenia (*discis-sio*) 1 [zaśmy wrodzonej], jeden zaś przypadek zaśmy zwykłej pozostał na rok następny. Operacji wydalenia zaśmy dr. CYWIŃSKI dokonywa sposobem GRAEF-ŃEGO, z tą różnicą, że, według powszechnie obecnie przyjętego zwyczaju, cięcie umieszczone jest nieco niżej w samej rogówce i tworzy niewielki płat. Tym sposobem unika się wypadnięcia ciała szklistego, będącego skutkiem zbyt obwodowej rany. Wycięcie tęczówki (*iridectomia*) zawsze przy tem bywa dokonywanem. Nałożona po operacji opaska naciskająca pozostaje bez zmiany całą dobę, następnie zaś bywa odmieniana dwa razy dziennie i po 3, 4 lub 5 dniach zastąpiona przez zwykłą opaskę. W rzadkich tylko przypadkach, jeżeli stan oka tego wymaga, bywa wkraplaną atropina lub ezeryna. Do obmywania oka przy zmianie opatrunku używaną jest ciepła woda i roztwór kwasu bornego, do dezynfekcyi narzędzi przed operacją wyskok. W trzech przypadkach rezultat operacji został zniweczony wskutek następczego zapalenia. Godną jest uwagi rzeczą, że przypadki te były z liczby tych, w których zastosowano kokainę przed operacją. Mimowoli więc nasuwają one na myśl podobne przypadki ogłoszone zagranicą ¹⁾ i przypisywane roztworom kokainy, zawierającym zbyt często chorobotwórcze zarodki, szkodliwie wpływające na wynik takiej operacji jak zaśmy, która zarodkom łatwy dostęp otwiera do wnętrza oka. Operacja ta tembardziej może obejść się bez kokainy, iż sama przez się jest bardzo mało bolesną, a najboleśniejszy jej okres, wycięcie tęczówki, może być złagodzony przez zastosowanie kokainy jedynie w tym razie, jeżeli użyjemy jej w mocnych roztworach, co znów często wywołuje objawy ogólnego zatrucia ²⁾. Przypadków podobnych w szpitalu naszym nie mieliśmy, lecz zawsze też przy wycięciu tęczówki operowani uczuwali ból, mimo użycia kokainy [3—5 kropeł 3% roztworu]. Przy innych zato operacjach kokaina oddawała niezaprzeczone usługi. Przy *strabotomii* ból

¹⁾ NETTLESHIF, MAC-HARDY i BROWNE widzieli całą seryję zapaleń oka (*panophthalmitis*) wskutek użycia przed operacją zaśmy kokainy, czy to w roztworze, czy w krążkach żelatynowych, czy też nawet z dodatkiem kwasu bornego [*Brit. Med. T. 21 List. 1885 r. str. 971* Posiedzenie bryt. tow. oftalmicznego]. HENSE wspomina o *panophthalmitis* po wycięciu, przy zastosowaniu kokainy, wypadniętej tęczówki (*Klin. Monatsbl. Wzrzesień. 1885, str. 265—268*). BUNGE widział wskutek użycia kokainy *keratitis parenchymatosa* i *keratitis vesiculosa* (*Klin. Monatsbl. Wzrzesień. 1885, str. 402—407*). GAŁĘZOWSKI *keratitis neuroparalytica* i zmętnienie płata rogówki (Zebrańie francuzkich chirurgów w Kwietniu 1885 r.). Można by też przypuszczać, że roztwory atropiny i ezeryny zawierają również czasem zarodki chorobotwórcze (*Brit. Medic. T. l. c.*).

²⁾ Przypadki podnego otrucia dość często były w ostatnich czasach spostrzegane: *Wien. Med. Presse, Centrbl. für gesamt. Therap.* Paźdz. 1885; DUJARDIN w *Journ. des connoiss. méd. de Lille* ; Grudnia 1885; HENSE w *Klin. Monatsbl.* [Wzrzesień 1885, str. 265—268] przytacza cztery przypadki; REICH dwa przypadki w *Ruskaia Medicina* [1885, Nr. 30]; BELLARMINOW pięć przypadków *ibid.* [r. 1885, nr. 33]. W niektórych z tych przypadków objawy otrucia występowały po użyciu 6 kropeł 2½% roztworu; nigdzie zaś nie użyto więcej nad 15 kropeł 2% roztworu.

w zupełności bywał dzięki jej usunięty, również przy rozszczepieniu kanalika łzowego, wydobyciu ciała obcego z rogówki, przypaleniu wrzodu rogówki i t. d. Przy operacjach na powiekach, kokaina wstrzyknięta podskórną i wkroploną do worka łącznicy znacznie zmniejszała ból.

Wycięcie tęczówki przy jaskrze trzy razy było dokonaniem z pomyslnym skutkiem. Kokaina przytem ujemnego wpływu nie wywierała.

Choroby powiek i dróg łzowych nie przedstawiały nic szczególnego. Po między przypadkami jęczmienia (*hordeolum*) był jeden ze znacznym obrzmieniem powieki i *chemosis*; po przekłuciu zjawiska te ustąpiły. Przy zwężeniach kanału nosołzowego, rozszczepienia kanalika łzowego górnego i następnego sondowania, zaś przy niezycie worka łzowego szprycowania letnią wodą lub roztworem kwasu borowego stale używano z najlepszym skutkiem.

Przypadki traumatyczne były następujące w szpitalu: 1). *Hyphaema* lewego oka, zajmująca większą część przedniej komórki przy całości rogówki i tęczówki [mężczyzna lat 40, uderzenie oka śniegiem]. Krew uległa wessaniu, pozostały jednak przyczepy tylne; wzrok zadawalniający. 2). U dziewczynki lat 13 wskutek uderzenia nożykiem na oku lewym pozioma rana zewnętrznej części rogówki, zachodząca nieco na białkówkę i wypadnięcie tęczówki. Przy stosowaniu opaski naciskającej, ezeryny i atropiny zagojenie z przyczepem przednim i wzrokiem zadawalniającym. 3). Trzeci przypadek podobny do pierwszego nie przedstawia nic szczególnego. Wrzody i ropnie rogówki, wskutek traumatyzmu powstałe, wspomniane były powyżej przy chorobach rogówki.

W ambulatoryjum były dwa ważniejsze przypadki traumatyczne: 1). U dziewczyny lat 18 na prawem oku, wskutek silnego uderzenia w głowę i oko, pozioma rana w wewnętrznej połowie rogówki, oderwanie tęczówki od brzegu rzęskowego w stronie górnej i wewnętrznej z wypadnięciem części tęczówki, zaćma traumatyczna, niewielka *hyphaema*, zupełna utrata wzroku. 2). U mężczyzny lat 50, wskutek uderzenia w głowę *apoplexia retinae*. Oba te przypadki nie były dłużej obserwowane. Inne traumatyczne przypadki w ambulatoryjum odnosiły się do obecności ciał obcych w rogówce lub worku łącznicy i skutków teje (*conjunctivitis traumatica, keratitis circumscripta*).

III. O LECZENIU DŁUGOTRWAŁYCH ROPNYCH ZAPALEŃ UCHA ŚREDNIEGO (*Otitis media suppurativa chronica*).

(Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 9 Lutego 1886 r.).

Przez

F. Modrzejewskiego.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 16].

Spostrzeżenie XII. S W. dziewczynka, lat 6 licząca, zgłosiła się w dniu 29 Maja 1885 r. U dziewczynki tej po silnym niezycie przed 6-iu miesiącami wystąpił ból w uchu lewym, a następnie pojawił się wyciek ropny, który trwa dotąd, pomimo użycia różnych środków.

Ucho lewe. Wyciek ropny niezbyt obfity w przewodzie słuchowym zewnętrznym. Po oczyszczeniu ucha, błona bębenkowa okazuje się przedziurawioną w tylnodolnej części. Pozostała część błony bębenkowej lekko zmętniała. młotek prawidłowy. Przedziurawienie dosyć znaczne, o brzegach gładkich. Przez przedziurawienie spostrzegamy błonę śluzową ucha średniego pokrytą ziarniną, która w jednym miejscu wybujała w postaci małego polipa.

Odległość słuchowa. Zegarek chora słyszy na 1 metr od ucha. Mowę cichą na 4 metry.

Widolec słuchowy chora słyszy przez powietrze i kości czaszkowe.

Jama gardzieliwa. Błona śluzowa jamy gardzieliwej lekko obrzmiała, zaczerwieniona. Znaczny przerost migdałków gardzieliwych.

Za pomocą pętli WILDE'go odjąłem przerosłą ziarninę i przypaliłem *argento nitrico in substantia*. Po trzech tygodniach wyciek ropny ustał. Zaleciłem stosowanie proszku kwasu bornego, pozostawiając takowy w uchu na stałe, t. j. bez przemywań ucha. Dziewczynkę tę znowu badałem w Grudniu r. z. z powodu stepienia słuchu, które od niejakiego czasu wystąpiło.

Ucho lewe. Przedziurawienie błony bębenkowej zablizniło się całkowicie. W obu uszach znalazłem oprócz tego następstwa kataralnego zajęcia trąbek EUSTACHIJUSZA, to jest wciągnięcie błony bębenkowej ku wewnątrz, co było przyczyną pogorszenia słuchu. Migdałki gardzieliwe były jeszcze więcej powiększone, niż przed kilku miesiącami. Oprócz POLITZER'owskich przedmuchiwań, zaproponowałem rodzicom chorej wyjęcie powiększonych migdałków; chora jednak więcej się nie zgłosiła.

Spostrzeżenie XIII. Z. S. panna. lat 18 licząca. Do chorej wezwany zostałem w końcu Kwietnia 1885 r. z powodu gwałtownych zawrotów głowy połączonych z wymiotami, który to stan trwał od kilku dni. Chora cierpi od kilku lat na wyciek ropny z ucha lewego. Od czasu do czasu pojawiały się zawroty głowy, nigdy jednak nie występowały z taką gwałtownością, jak obecnie. W dzieciństwie chora przechodziła długotrwałe ziarninowe zapalenie prawego stawu kolanowego (*gonitis fungosa dextra*) i obecnie istnieje zeszytwnienie w tymże stawie kolanowym.

Badanie ucha wykazało Błona bębenkowa młotek i kowadełko zniszczone zupełnie. Jama bębenkowa nieco zaczerwieniona i wysłana brudną, wiotką ziarniną. W tylnodolnej części jamy bębenkowej ziarnina wybujała w postaci niewielkiego polipa. Wydzielina z ucha obfita, cuchnąca.

Odległość słuchowa. Zegarka chora nie słyszy przez powietrze, tylko przez kości czaszkowe. Mowę głośną na 2 metry od ucha. Mowę cichą chora słyszy na 10 ctm.;

Widolec słuchowy słyszy przez powietrze, słabo przez kości czaszkowe.

Chora skrofuliczna z obfitym rozwojem podskórnej tkanki tłuszczowej. Stan ogólny bezgorączkowy, niestrawność, zaparcie stolca.

Przypuszczając, że zawroty głowy spowodowane były następstwem przekrwieniem błędnika lewego, zaleciłem pijawki do lewego ucha, *inf. sennae compositum* do wewnątrz. okłady zimne na głowę, lód z winem szampańskim w razie zbyt częstych wymiotów. Do ucha przepisałem wlewania rozcieńczonego spirytusu z kwasem bornym. Po tygodniu stan chorej o tyle się poprawił, że zgłosiła się do mnie dla dalszego leczenia zajętego ucha. Polipowo rozrosłą ziarninę odjąłem pętlą WILDE'go, pozostałe resztki przypaliłem kilkakrotnie galwanokauterem. W tych miejscach ucha średniego, gdzie ziarnina była wiotką, bładą, stosowałem *argentum nitricum in substantia*. Stopniowo po kilku tygodniach zabliznienie w uchu średnim nastąpiło i chora wysłaną została na wies, mając zalecone wlewania spirytusu do zajętego ucha, oraz zasypywanie takowego od czasu do czasu sproszkowanym kwasem bornym. Słuch nie uległ poprawie.

Spostrzeżenie XIV. J. G. lat 25 liczący, robotnik fabryczny z Żyrardowa. Chory przesłany został do mnie przez lekarzy fabrycznych kol. JAWURKA i HAYA, z powodu polipów usznych i obfitego ropienia z obu uszów, które trwa od lat 9. W ostatnich zwłaszcza czasach tak w stanie uszów, jak i w ogólnym stanie chorego nastąpiło takie pogorszenie, że chory był zagrożony utratą miejsca w fabryce i już od kilku tygodni nie mógł spełniać swoich czynności zawodowych.

Badanie uszów wykazało. Ucho prawe. Obfita śluzo-ropna wydzielina. Już w przewodzie zewnętrznym, po odchyleniu *tragus*, spostrzegać się daje dosyć twarde, krwawiący polip, wielkości małej pestki od wiśni. Po zbadaniu zgłębnikiem okazuje się, iż polip ten osadzonym jest na dosyć szerokiej nóżce i wychodzi głównie z tylnej części ucha średniego, z okolicy *promontorii*. Druga nóżka polipowej tej wyrosła, cieńsza i krótsza, ma za punkt wyjścia przedniogórną ściankę części kostnej przewodu słuchowego zewnętrznego.

Odległość słuchowa. Zegarek chory słyszy słabo po przyłożeniu do ucha, również słabo przez kości czaszkowe. Mowę cichą nie słyszy zupełnie; mowę głośną na 40 ctm. od ucha.

Widielec słuchowy słyszy słabo przez powietrze, przez kości czaszkowe dobrze.

Ucho lewe wypełnione jest również całkowicie polipem groniastym, płaskim, krwawiącym, osadzonym na szerokiej podstawie, który wychodzi głównie z przedniej części *promontorii*.

Odległość słuchowa. Zegarek chory słyszy słabo po przyłożeniu do ucha i przez kości czaszkowe. Mowę cichą słyszy przy uchu; mowę głośną na 80 ctm. od ucha.

Widielec słuchowy słyszy słabo przez powietrze, dobrze przez kości czaszkowe.

Ogólny stan. Wyniszczenie dosyć znaczne i bezkrwistość. Wieczorami chory nieco gorączkuje. Narządy wewnętrzne zdrowe.

Chory pomieszczony został w szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale kol. ORŁOWSKIEGO.

W d. 24 Września 1885 r. po zachloroformowaniu chorego, dokonałem, przy łaskawej pomocy kol. GARBOWSKIEGO, KRUSZĘGO i RABK'A, wyjęcia polipów z obu uszów za pomocą pętli BLAKE'GO, co mi się udało w zupełności. Krwawienie było obfite, lecz ustąpiło wkrótce po zatamponowaniu uszów watą karbolową. Następnie zasypano oba uszy sproszkowanym kwasem bornym i nałożono na takowe opatrunek z waty preparowanej, zalecając oczyszczanie uszów dwa razy dziennie i wdmuchiwanie proszku kwasu bornego. W kilka dni potem w obu uszach średnich resztki polipowe wypaliłem galwanokauterem usznym, znieczuliwszy w pierw ucho średnie 10% roztworem kokainy. Choremu zaleciłem następnie wlewania do uszów *spiritus vini rectificatissimi* 3 razy dziennie, z pozostawieniem spirytusu przez 15--30 minut w każdym uchu. Wyciek po tygodniu leczenia ustał prawie zupełnie z obu uszów. W dniu 6 Października, t. j. po wypisaniu się chorego ze szpitala, stan był następujący:

Ucho lewe. W jamie ucha średniego wytworzyła się delikatna blizna. W przedniej tylko części średniego ucha znajdują się jeszcze pojedyncze drobne wysepki ziarninowe. Wydzielina śluzoropna bardzo nie obfita.

Odległość słuchowa. Zegarek chory słyszy na 6 ctm., przed leczeniem słabo go słyszał po przyłożeniu do ucha. Mowę cichą na 20 ctm., przed leczeniem przy uchu. Mowę głośną na 3 metry od ucha, przed leczeniem na 80 ctm.

Prawe ucho. Zabliźnienie również znacznie posunięte, miejscami płaskie wysepki zdrowej ziarniny. Wydzielina ropna nieobfita.

Odległość słuchowa. Zegarek chory słyszy na 20 ctm. od ucha. przed leczeniem słabo go słyszał przy uchu. Mowę cichą na 50 ctm. przed leczeniem nie słyszał takowej zupełnie. Mowę głośną na 8 metrów od ucha, przed leczeniem na 40 ctm.

Wygląd chorego uległ znacznej poprawie. Choremu zaleciłem wlewania spirytusowe przez czas dłuższy do obu uszów.

W kilka tygodni badałem powtórnie chorego. Stan uszów był jeszcze lepszy. Ucho lewe zabliznione i suche, w prawem wydzielina bardzo nieznaczna.

Badanie mikroskopowe wyjętych polipów, dokonane łaskawie przez kol. PRZEWÓSKIEGO, po zabarwieniu skrawków karminem litynowym, wykazało: w skład polipów wchodziła włóknista tkanka łączna, nacieczona w wielu bardzo miejscach ciałkami limfoidalnymi. Naczynia w niewielkiej ilości. Nabłonek płaski pokrywał pojedyncze brodawki. Polip z prawego ucha był zatem *fibroma tuberosum molle*, z lewego *fibroma verucosum molle*.

Na zakończenie niniejszej mej pracy nadmienić jeszcze muszę, że chociaż rzadko, spotykamy jednak takie przypadki długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego, w których wszystkie sposoby leczenia zawodzą. Zależnem to jest albo od ogólnego stanu wnikającego cierpienia uszne. np. suchoty, wyniszczenie skutkiem przymiotu. zółty wysoko rozwinięte; lub też przyczyna jest miejscowa, t. j. sprawa zapalna rozszerzyła się na kość skalistą i spowodowała głębsze zmiany w samej tkance kostnej (*caries ossis petrosi*). Jako przykład podaję następujące spostrzeżenie.

Spostrzeżenie XV. M. A. panna, lat 16 licząca. polecona mi przez kol. JAKOWSKIEGO, zgłosiła się w dniu 13 Listopada 1883 r. Chora od czterech lat cierpi na wyciek ropy lewego ucha.

Badanie wykazało: Ucho lewe. Wyciek z ucha obfity, cuchnący. Zupełne zniszczenie błony bębenkowej. młotka i kowadełka. W przedniogórnej części jamy bębenkowej i w jej części tylnej znajdujemy na nieznacznej przestrzeni płaską, krwawiącą ziarninę. Pozostałe części ucha średniego zabliznione.

Odległość słuchowa. Zegarek chora słyszy na 8 ctm. Mowę cichą na 50 ctm. Mowę głośną na 5 metrów.

Widzieć słuchowy słyszy przez powietrze i kości.

Chora przedstawia się jako osobnik skrofuliczny. z usposobieniem do uporczywych katarów oskrzeli. Początkowo stosowałem przyżegania *argento nitrico in substantia*. Następnie przypalałem ziarninę galwanokauterem. Oprócz tego wdmuchiwanie kwasu bornego do ucha. Po kilku tygodniach zdawało się że zabliznienie nastąpiło. Wyciek ustał i chora wyjechała na wieś. W kilka miesięcy chora zgłosiła się powtórnie, gdyż ropienie z ucha znowu się pojawiło, chociaż nie tak obfite jak przedtem. Przy badaniu znalazłem: Zabliznienie w części tylnej ucha średniego, gdzie dawniej była ziarnina. W przedniogórnej jednak części ziarnina znowu się pojawiła. Po kilkakrotnem przyżeganiu takowej, gdy ropienie nie ustępowało, przekonałem się za pomocą ostroznego badania cienkim zglębniakiem, że w jednym punkcie ucha średniego, odpowiadającym rozrostej ziarninie i przedniogórnemu odcinkowi *promontorii*, kość była ogołoconą i chropowatą. Sprawdził to również kol. JAKOWSKI, badając chorą wraz ze mną. Wobec tego zaleciliśmy chorej wyjazd na wieś. kąpiele słone, pigułki BLANCARD'a do wewnątrz. Oprócz tego stosowanie wlewań spirytusowych do ucha i wdmuchiwanie sproszkowanego kwasu bornego.

Nie ulega wątpliwości, że i w takich przypadkach długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego, powikłanych następczem zajęciem kości skalistej, może

jeszcze nastąpić wyzdrowienie przez oddzielenie się większego martwiaka [sekwestru], lub też kilku małych pod postacią proszku kostnego. Wszelkie jednak energiczniejsze leczenie, np. wyskrobywanie zmienionej kości, ze względu na trudność określenia jak głęboko może sięgać sprawa rozpadowa w kości, oraz ze względu na sąsiedztwo tak ważnych organów jak błędnik, *resp.* ośrodki mózgowce, więcej mogłoby choremu przynieść szkody, niż pożytku. Z tego powodu działalność nasza w podobnych przypadkach musi się ograniczać na oczyszczeniu ucha, zastosowaniu środków przeciwnilnych i wyczekiwaniu.

Literatura.

- BUERKNER. Beiträge zur Statistik der Ohrenkrankheiten. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. XX. s. 81.
— Archiv für Ohrenheilk. Bd. XIX. str. 1.
- BEZOLD. Zur antiseptischen Behandlung der Mittelohreiterungen. Arch. f. Ohrenheilkunde Bd. XV. str. 1.
- MORPURGO. Borsäure. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. XVI. str. 198
- POLITZER. Zur Anwendung des Paukenröhrens. Wien. Med. Wochen. 1875.
- SCHWARTZE. Notiz zur kaustischen Behandlung der chronischen Mittelohreiterung. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. IV str. 1. Bd. XI. str. 121.
- A. POLITZER. Notizen zur Behandlung der chron. Mittelohreiterung. Archiv für Ohrenheilk. Bd. XI. str. 40.
- SCHALLE. Eine einfache Methode zur Behandlung der Ohreitereung. Berlin. klin. Wochen-schrift. Nr. 32. 1879.
- BECKER. Zur Behandlung der Mittelohreiterungen. Monatschr. für Ohrenheilk. Nr. 5. 1879.
- BURKHARDT-MERIAN. Borwatte-Tampons für Ohreiterungen. Arch. für Ohrenheilkunde. Bd. XVIII. str. 303.
- GRUBER. Zur Behandlung des Ohrenflusses. Allgem. Wien. Med. Zeit. 1878. str. 1 i 2.
- CZARDA. Zur Behandlung der chronischen Otorhoe mit Jodoform. Wiener. Med. Presse. Nr. 5. 1880.
- SPENCER. Jodoform und Alaun in ihrer therapeutischen Beziehung zum Ohre. Archiv für Ohrenheilkunde. Bd. XVI. str. 143.
- JACOBY. Beiträge zur Casuistik der galwanokaustischen Behandlung intraauriculärer Neubildungen. Arch. für Ohrenheilk. Bd. V. str. 1.
- SCHWARTZE. Notiz über Galwanokaustik im Ohre. Archiv für Ohrenheilk. Bd. IV. str. 7.
- VOLTOLINI. Die Anwendung der Galwanokaustik. 2. Aufl. Wien. 1872.
- Oprócz tego podręczniki:
TRÖLTSCHA [1881]. POLITZERA [1882]. HARTMANNA [1884] i SCHWARTZE'go [1886].

IV. PROJEKT PRYZRĄDU DO PISANIA PO OMACKU

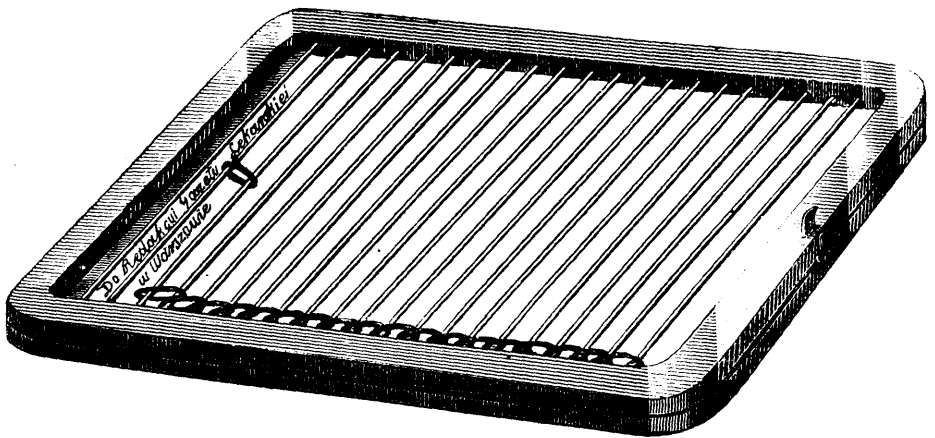
podał

Bronisław Wojciechowski,
lekarz gimnazjum w Kaliszu.

Pomysł do tego przyrzędu zrodził się we mnie po odczytaniu słów pełnych żalu, niez mordowanego naszego literata [J. I. KRASZEWSKIEGO pisanych z Magdeburga], w których między innymi skarży się na niemożność pisania z powodu osłabionego wzroku, a które przed kilkoma miesiącami podawały pisma nasze codzienne. To też zrobiwszy model przyrzędu, począłem odbywać próby i choć

te wypadły dosyć pomysłnie, jednakże dopiero do niniejszego ogłoszenia ośmieliły mnie przychylnie opinie profesorów: SZOKALSKIEGO z Warszawy i GAŁĘZOWSKIEGO z Paryża. Dla tego powodu nie mogę bawić się w historyczne wywody, krytykę, lub porównanie innych projektów z moim—zostawiam to komu innemu, lecz wprost przystępuję do opisu przyrządu, jakim się ukazał w mojej wyobraźni oraz jak następnie był wykonanym.

Przyrząd więc składa się z deseczki, oraz równej mu co do rozmiarów spoczywającej na niej, ale ruchomej ramki. Wielkość takowych może być zależną od papieru [zatem infolio, in 4-to, in 8-vo arkusza]. Przestrzeń objęta ramką podzieloną jest na równe prostokąty drutami [użyłem grubych strun stalowych angielskich], idącymi w poprzek i w równej na jeden centymetr od siebie odległości. Na dwóch sąsiednich drutach spoczywa pętka albo nawet węzełek, mogący się swobodnie choć niezbyt luźno w jednym kierunku przesuwać. Węzélki te są tak rozmieszczone że następny zawsze przypada przed poprzednim. Wreszcie zawiaska i zamek a właściwiej zatrask, umieszczone na poprzecznych ramionach ramki dopełniają całej budowy przyrządu.



Chcąc więc z pomocą tego przyrządu pisać poomacku, postępuję s o b i w następujący sposób: Położywszy pod ramkę papier pojedynczy albo też zeszyt [nieco szerszy od przestrzeni objętej ramką], i zamknąwszy zatrask, staram się, ażeby wszystkie węzélki spoczywały przy lewym brzegu ramki. Co gdy jest gotowe, odsuwam nieco najpierwszy górny węzełek, zatrzymuję go między 3 i 4 palcem ręki prawej, a jednocześnie pisząc ołówkiem posuwam węzełek wstronę prawą. Kiedy pisząc doszedłem do prawego brzegu ramki, 5 palcem ręki prawej przechodzę do następnego przedziału, dochodzę do następnego węzélka, odsuwam takowy i tak samo jak wyżej postępuję. Takim sposobem węzełek służy mi za przewodnika w pisaniu; nawet przerwawszy sobie, mogę w dalszym ciągu kontynuować pisanie, ponieważ węzełek łatwo odnaleźć po omacku, oyrjentując się tem, że z prawej strony ramki są węzélki wierszy zapisanych, gdy z lewej jeszcze czystych. Ażeby można po omacku przewracać karty zeszytu, a właściwiej ażeby uniknąć mazaniny zeszytu [boć może się zdarzyć, że na zapisanej stro-

nie znów przez pomyłkę można pisać], to radzę sobie w ten sposób, że ucinam jeden z rogów grzbietowych zeszytu, pamiętając że tenże powinien być dolnym.

Użytki w mowie będącego przyrzędu widzę następujące: 1) Bezpośrednie: a) Dla ociemniałych nawet od urodzenia. b) Dla ludzi z podupadłym wzrokiem, a zmuszonych do częstego pisania, jak uczeni, literaci, dziennikarze, zwłaszcza starcy z jędrnym umysłem, dla których jedyną przeszkodą do zaprodukowania swej wiedzy i doświadczenia nieraz bywa niemożność pisania wskutek niedowidzenia. c) Nakoniec dla cierpiących na choroby przyrzędu wzrokowego, których nieraz całe tygodnie i miesiące skazujemy na nieczynność z powodu wzbromienia pisania. 2) Pośrednie dla każdego piśmiennego, ktokolwiek jest dbałym o ochronę swego wzroku. W szczególności zaś zmuszonym pisać: przy słabem lub nawet żadnem oświeceniu, podczas jazdy koleją lub kareta, po znużeniu inną pracą wzroku. Pisanie bowiem z pomocą tego przyrzędu nie jest uciążliwym, lecz przeciwnie rozrywką [co niejednego może zachęcić do zajęć literackich]; bo można takowego używać siedząc, leżąc, jedząc, stojąc. a może nawet i chodząc. A notując sobie po ciemku, czyli nie mając żadnych przeszkód przerywających ciąg myśli, ani się wie z jakim pożytkiem spędziło się godzinę lub więcej czasu, przeznaczonego na odpoczynek, zwłaszcza jeżeli czuje się w sobie natchnienie. Ja sam po zrobieniu pierwszego modelu, kiedy począłem odbywać próby dla wprawy w pisanie, oraz trzymania w jednej linii palców ręki prawej [co odrazu osiągnąłem nie wiedzieć nawet skąd] doszedłem do tego, że dziś brulijony ważniejszych listów i inne własne spostrzeżenia najlepiej notuję o szarej godzinie albo w nocy po uciszeniu się gwaru miejskiego. Zresztą kto wie, czy ów przyrząd albo podobny jemu, nie jest obecnie na czasie, jeżeli prof. COHN z Wrocławia w ostatniej klasie gimnazyjów niemieckich naliczył 90% krótkowidzów. Jakaż ich przyszłość, gdy dojdą do wieku późnego?..

W końcu podaję radę prof. SZOKAŁSKIEGO, który proponuje nazwać przyrząd *A m a u r o g r a f e m*.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

21. (Dujardin-Beaumetz). O kokainie.

W Styczniu b. r. wyszły w Paryżu lekcje prof. DUJARDIN'a pod tytułem „*Les nouvelles médications*“. W jednej z nich znajdujemy szczegółowe sprawozdanie z prac własnych tego autora, jakoteż innych francuzkich lekarzy o kokainie.

Od niepamiętnych czasów peruwianie używają liści z krzewu zwanego *Erythroxyton coca*, którym przypisują cudowne własności lecznicze. Lecz dopiero w r. 1862 roślina ta weszła w użycie lekarskie z powodu własności wzmacniających i pobudzających. W roku 1860 NIEMAN wykrył w liściach *coca* alkaloid krystaliczny, który nazwał kokainą a w 2 lata później WOLHER i LOSSEN znaleźli inne jeszcze ciało które nazwali hydriną.

W r. 1884 KOLLER podał do wiadomości w Towarzystwie Lekarskiem wiedeńskim o cudownem znieczulającym działaniu kokainy na błony oka. Wkrótce własność ta kokainy została w całej Europie sprawdzoną.

Działanie fizjologiczne kokainy. Gdy się wprowadzi w zetknięcie z jakąkolwiek błoną śluzową dwuprocentowy roztwór kokainy, już

po 5 lub 10 minutach też błona staje się nieczułą i skutek ten trwa od godziny do dwu godzin. Działanie to nie zmniejsza się w miarę przyzwyczajania się do sordka tak, że po ponownem zetknięciu błony śluzowej z powyższym roztworem, znieczulenie na nowo następuje.

Znieczulenie skóry otrzymamy tylko przy wstrzyknięciu roztworu kokainy pod skórę, o czem DUJARDIN-BEAUMETZ wspólnie z d-rem COMPAIN ¹⁾ doświadczalnie się przekonali. Chory, któremu pod skórę wprowadzono roztwór kokainy nie skarżył się na żadne uczucie bolesne podczas operacji. Po 5 minutach na miejscu wstrzyknięcia znaleziono: zmysł dotykania przytępiony, chory opowiada, że ma uczucie, jakby skóra pokryta była warstwą grubą waty, uczucie bólu zniesione, tak, że można bezkarnie kłuć skórę igłą. Znieczulenie to rozciąga się na bardzo małą przestrzeń ściśle odpowiadającą częściom skóry, które były w zetknięciu z roztworem kokainy. Trwa ono 20 minut, poczem powoli znika. tak że po godzinie już nie ma śladu znieczulenia.

Nie mniej ważne są objawy ogólne, jakie w pewnych razach występują po wstrzyknięciu kokainy. D-rowie BARDET i MEYER robili w pracowni prof. DUJARDIN-BEAUMETZ'a doświadczenia nad sobą. W pół godziny po wstrzyknięciu zauważyli oni wyraźne rozszerzenie źrenic; jeden z nich zbladł, stracił przytomność i upadł na ziemię, tętno było niewyczuwalne, objawy te wznawiały się za każdym razem, gdy chciał zmienić położenie poziome. Też same objawy DUJARDIN-BEAUMETZ widział u kilku chorych, którym wstrzykiwał kokainę.

We wszystkich przypadkach wstrzykiwania były robione dwuprocentowym roztworem; dawka jednorazowa nie przenosiła 1 do 2 centymetrów sześciennych; chorzy zawsze znajdowali się w postawie siedzącej lub stojącej, co widocznie sprzyja powstaniu powyższych objawów; od czasu bowiem jak DUJARDIN-BEAUMETZ zaczął robić wstrzykiwania w postawie leżącej chorego, objawów powyższych nie spostrzegał. Wnosi stąd DUJARDIN BEAUMETZ, że objawy te zależą od niedokrwiłości mózgu, będącej następstwem wpływu kokainy na nerwy naczynio-ruchowe. W rzeczy samej objawy ogólne spostrzegane po wstrzyknięciu kokainy są wyraźniejsze u osób niedokrwiłych, a zupełnie ich brak u ludzi silnych i krwistych.

Oprócz tego kokaina wywiera wpływ na ciepłotę ciała zwierząt, lecz wpływ ten nie jest stałym; podczas gdy u psa kokaina podnosi ciepłotę, u małpy po kokainie ciepłota spada.

Nakoniec d r RIGOLET zauważył gołym okiem zmiany w układzie włosowatym naczyń; kilka kropel roztworu jedno procentowego kokainy wywołuje u żaby z początku rozszerzenie naczyń, a następnie zwężenie tychże.

Wszystkie powyższe doświadczenia dają nam wyjaśnienie objawów ogólnych spostrzeganych u człowieka; objawy te nigdy nie pociągają za sobą groźnych następstw; dla wywołania otrucia trzeba bardzo znacznych dawek. RIGOLET wstrzykiwał w żyłę psa ważącego 18 kilogramów 43 centygramów kokainy bez złych następstw. Co więcej RIGNON [z Liony] sprawdził, że indyjanie mogą użyć 40 centygramów kokainy bez jakichkolwiek objawów otrucia.

S p o s ó b u z y c i a. Do użytku lekarskiego można się posługiwać dwuprocentowym roztworem chlorku kokainy. Znieczulenie nie zwiększa się proporcjonalnie ze zwiększeniem dawki. W pewnych razach posługiwać się można maścią z kokainy, która się rozpuszcza w tłuszczach zwierzęcych. Niektórzy używali z dobrym skutkiem wyciągu z rośliny w cierpieniach gardzieli.

Z a s t o s o w a n i e l e c z n i c z e k o k a i n y. Kokaina, jak to widzieliśmy jest środkiem miejscowo znieczulającym dla skóry i błon śluzowych.

Kokaina wywiera wpływ znieczulający tylko na skórę, pozbawioną naskórka, lub też gdy będzie wprowadzoną w tkanekę łączną podskórną. W opa-

¹⁾ Patrz. Compain, Contributions à l'étude des injections hypodermiques d. chlorhydrate de cocaine (Thèse de Paris. 1885).

zeniach pierwszego i drugiego stopnia kokaina w roztworze lub w postaci maści znosi zupełnie ból towarzyszący oparzeniu. Równie dobre wyniki osiągnąć można przy szczelinach brodawek pierśiowych i przy pewnych swędzących cierpieniach skóry.

Wprowadzona pod skórę, kokaina w roztworze dwuprocentowym pozwala wykonywać bez bólu znaczną ilość mniejszych operacyj. DUJARDIN BEAUMETZ wykonywał przy pomocy kokainy cięcie opłucnej (*pleurotomia*), wstrzykując roztwór kokainy po obu końcach linii, jaką przebiega nóż; przy pomocy kokainy można bez bólu otwierać głębokie ropnie, wyluszczać narośle skórne, wykonywać cięcie krtani, słowem można uniknąć bólu we wszystkich operacjach, gdzie cięcie skóry stanowi najboleśniejszy akt operacyj. Należy jednak przy wstrzyknięciu podskórnem kokainy operować chorego w postawie leżącej i po wstrzyknięciu czekać przynajmniej 10 minut z cięciem skóry.

W cierpieniach błon śluzowych kokaina oddaje znakomite usługi.

Błona śluzowa jamy ustnej i gardzielowej szybko ulega znieczuleniu pod wpływem kokainy; to też w owrzodzeniach błony śluzowej gardzieli, nagłośni i krtani można z pożytkiem stosować kokainę.

Chorzy na gruźlicę w oddziale DUJARDIN'a BEAUMETZ, którzy skutkiem bólu nie mogli przyjmować pokarmów, po posmarowaniu bolesnych miejsc roztworem kokainy lub wyciągiem z *coca* bywali wolni od bólu przez 3 kwadransy, co pozwoliło im swobodnie spożyć pokarmy.

Znieczulenie miejscowe za pomocą kokainy ułatwia dziś badanie wziernikiem krtaniowym i wykonywanie rękoczynów w gardzieli i krtani.

Przy bólu zębów i przy wyciąganiu ich, znieczulenie miejscowe powierzchowne nie oddaje szczególnych usług.

Co się tyczy żołądka to może kokaina oddać usługi w cierpieniach kurczowych, a mianowicie w nieprzewyciężonych wymiotach. Gdyby nie wysoka cena kokainy, można by ją próbować dla zwalczenia gwałownych bólów żołądka towarzyszących owrzodzeniom, a to szczególnie wprowadzając ją w bezpośrednie zetknięcie za pomocą pompki żołądkowej.

Przy leczeniu pewnych cierpień kiszki odchodowej kokaina oddaje nam ważne usługi. OBISSEUR ¹⁾ i DUJARDIN-BEAUMETZ w przypadkach szczelin kiszki odchodowej po wstrzyknięciu w około zwieracza z dwóch przeciwległych punktów 4 centygramów (około $\frac{2}{3}$ grana) kokainy byli w możności rozszerzyć otwór kiszki odchodowej bez bólu. Wprowadzenie do kiszki odchodowej roztworu kokainy nie jest dostateczne do wywołania znieczulenia i tem się tłomaczyą niepowodzenia d-ra FERREIR'a ²⁾.

Przy bolesnych krwawnicach (*haemorrhoides*) kiszki odchodowej z pożytkiem użyć można czopków, zawierających 1 do 2 centygr. ($\frac{1}{6}$ do $\frac{2}{3}$ gr.) chlorku kokainy.

W cierpieniach narządów płciowych korzystano też z własności znieczulającej kokainy. DUJARDIN-BEAUMETZ jeden z pierwszych stosował kokainę w nadczułości błony dziewiczej i wejścia do pochwy wraz z odruchowym kurczem mięśniowym (*vaginismus*). U kobiety, u której pod chloroformem wykonano bez skutku rozszerzenie ujścia pochwy, kilkakrotne pędzlowanie roztworem kokainy, wystarczyło do usunięcia bolesnego kurczu podczas śledzenia chorej i przy akcji spółkowania.

W tym samym prawie czasie CAZIN zakomunikował towarzystwu chirurgicznemu analogiczny przypadek. Jakkolwiek więc znieczulenie miejscowe nie usuwa w tym razie cierpienia, usuwa jednak ważniejsze dolegliwości towarzyszące cierpieniu i czyni możliwemi stosunki płciowe.

¹⁾ Note sur l'emploi de la cocaine dans la fissure à l'anus (Bull. de ther. 1885, t. CVIII, s. 10).

²⁾ CEMENT FERREIRA, Ure cas de fissure à l'anus traité sans succès par le chlorhydrate de cocaine (Bull. de ther. 1886, t. CLX. str. 216).

Gynekologija i akuszeryja może także osiągnąć korzyści ze stosowania kokainy. **DOLERIS** utrzymuje, że przez wstrzykiwanie podskórne lub pędzlowanie szyi macicznej można w pewnej mierze usunąć bóle zależące już to od roztwierania ust macicznych, już to bóle powstające przy przejściu główki przez otwór sromny.

DUJARDIN-BEAUMETZ widział dobre skutki z użycia kokainy przy przyżeganiu bolesnych wyrosła (*vegetations*) umieszczonych na około otworu kanału moczowego u kobiet. **GUXON** używał kokainy dla zniszczenia bólu i kurczu przy badaniu kanału moczowego u mężczyzn za pomocą zgłębnika.

Nakoniec błona śluzowa dróg oddechowych nadaje się do znieczulenia za pomocą kokainy przy różnych rękoczynach w nosie i krtani, jak wyluszczeniu polipów, trzeba tu jednak pamiętać o porażającym działaniu kokainy mogącem spowodować objawy zaduszenia, jak to miało miejsce u chorej **AYSSAGNIER'a**.

Na zakończenie winniśmy dodać, że ile razy idzie o znieczulenie miejscowe, powierzchowne, krótkotrwałe i nie na wielkiej przestrzeni skóry i błony śluzowej, kokaina z prawdziwym pożytkiem może być stosowaną. Kokaina stanowi dotychczas jedyny miejscowo znieczulający środek [próbę z kofeiną i mentolem przez **DUJARDIN'a-BEAUMETZ** przedsiębrane nie dały szczególnych wyników] i musi być zaliczoną do drogocennych odkryć w dziedzinie leczenia obecnej epoki.

Arnstein (Kutno).

Wiadomości bieżące.

Baden-Baden. W d. 22 i 23 Maja r. b. odbędzie się tu XI zjazd niemieckich południowo-zachodnich neurologów i psychiatrów.

Dorpat. Profesorowie tutejszego uniwersytetu **HOFFMANN** powołany został na katedrę politechniki po **STRÜMPPELL'u** do Lipska, a **THOMA** do Królewca.

Paryż. Na mający się wybudować „Instytut **PASTEUR'a**“ leczenia dotkniętych wścieklizną zebrano drogą składek przeszło 500,000 franków.

— Na jednym z posiedzeń tutejszego Towarzystwa bijologicznego, prof. **M. DUVAL** przedstawił mózg Gambety. Odznacza się on niezwykłą małością i lekkością. Ważył on w stanie świeżym 1160 gramów, a więc mniej o 200—240 gramów, niż u przeciętnego Europejczyka a nawet mniej niż u idyotów. Znakomicie w nim jest rozwinięty zawój **Broca** i będący jak wiadomo siedliskiem ośrodka mowy.

Wiedeń. Prof. **SPAETH** przeniesiony został w stan spoczynku.

Rzym. W różnych stronach Włoch, tak na południu jak i na północy pojawiły się pojedyncze przypadki cholery.

Zmarli. **BOUCHARDAT** b. prof. higieny w Paryżu, **NOWAK** prof. higieny w Wiedniu.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 1886 Zeszyt I. **FABIAN.** O warunkach powstawania i znaczeniu klinicznym podwyższenia ciepłoty w gorączce. — **ROGOWICZ.** O ciąży szyi macicznej (*graviditas cervicalis*). — **BIELIŃSKI.** Doktorowie Medycyny promowani w Wilnie. — **KRAJEWSKI.** Sprawozdanie statystyczne z wieku chorych w szpitalu Dzieciątka Jezus w ciągu 1883 r.

Medycyna Nr. 16. **WICHERKIEWICZ.** W sprawie wzroku mniej lub więcej prawidłowego przy wznikowych zmianach zanikowych tarczy nerwu wzrokowego. — **DOBZYCKI.** Sławuta. Zakład kumysowy i stacja leśna.

Przegląd lekarski Nr. 16. **KACZOROWSKI.** O środkach wypróżniających jelito, w szczególności o żwirze. — **OBZUR.** Przyczynek do nauki o żółty przewlekłym zaniku wątroby. — **OBTUZOWICZ.** O dyfteryi, szczególnie pod względem etyologicznym i patologicznym.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

Od Petersburskiej Wojennej Akademii lekarskiej, 89 doktorskich rozpraw z lat 1883—5.

Wydawca **Dr. St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny **Dr. Wł. Gajkiewicz.**

Довожено Цензурою Варшавы, 10 Апрелья 1886 г. Друк К. Ковалевскаго. Крѣлевска. Nr. 29.