

# GAZETA LEKARSKA.

## I. O WPŁYWIE OSTRYCH GORĄCZEK NA PRZEBIEG SUCHOT PŁUCNYCH.

Napisał

A. Chołmoński.

D. 19. XI. 1889 r. przybyła do kliniki dyagnostycznej Wyszyńska, żona malarza pokojowego, wieku lat 38. Wzrost mały, budowa wątpa, znaczne wychudnienie [skóra cienka, blada, tkanki podskórnej bardzo mało]; ciepłota wieczorem  $38^{\circ}$  C., rano  $37,4^{\circ}$  C., tętno 75; oddechów 32.

Chora skarżyła się na męczący kaszel, ból gardła przy łykaniu, brak sił i lekkie klucie w prawym boku, występujące na wysokości głębokiego wdechu, głównie tylko wtedy, kiedy się chora położy na boku lewym. Prócz tego zapytana, odpowiedziała, że się nocami poci i miewa dreszcze kilka razy dziennie.

Kaszel trwa od dzieciństwa: raz się zmniejszał, to znowu powiększał; znaczne pogorszenie w kaszlu datuje od 2 miesięcy; wraz z tem pogorszeniem zjawiał się ból gardła, dreszcze i nocne poty; wzmiankowany ból w boku odzywał się często i dawniej, obecnie trzyma się już tydzień; krwioplucia nigdy nie było.

Chora od urodzenia była wątpa i słabowita, cięższych jednak chorób, o ile pamięta, nie przechodziła; do syfilisu się nie przyznaje. Peryjod pokazał się w 14-tym roku życia, zwykle się nieco opóźniał, był obfity i blady.

O rodzicach i rodzinie niczego pewnego dowiedzieć się niepodobna. Do 14 roku życia chora była przy rodzinie i biedy nie zaznała; w 14 roku wyszła za mąż i od tego czasu „różnie bywało“; nigdy nie rodziła; mąż zdrów.

Przy badaniu poszczególnych narządów znalazłem:

Klatka piersiowa wązka, płaska; granice odgłosu płucnego po stronie prawej przy głębokim wdechu nieruchome, od tyłu od dołu po stronie prawej na dwa poprzeczne palce poniżej kąta łopatki odgłos wypukowy stłumiony z lekkim bębnowym odcieniem; na miejscu stłumienia szmer oddechowy nieokreślony i trzeszczenia dźwięczne; głos i drżenie głosowe na temże miejscu wzmożone, poza obrębem stłumienia odgłos płucny, szmer oddechowy głośny, mocno zaostrzony z wydłużonym wydechem, rżenia furcząca i świszczące.

Płwocina śluzo-ropna z niezbyt obfitym osadem w ilości około 120 ctm. sześciennych na dobę; przy drobnowidzowym badaniu znaleziono wśród ciałek ropnych dość obficie występujące t. zw. komórki nabłonka płucnego i nieliczne, acz niewątpliwe, drobne *laseczniki* Koch'a.

Po zbadaniu jamy ustnej i gardzielowej znaleziono na prawym łuku podniebiennym dość głębokie owrządzenie, blisko 1 ctm. średnicy o brzegach krętych, zlekka wałkowato zgrubiałych i dnie pokrytem brudno-żółtawym nalotem; naoko-

ło wrzodu porozrzucane szare przezroczyste guziczki wielkości łepka od szpilki i nieco większe; podobne owrzodzenie dojrzeć można na tylnej ścianie gardzieli. W zeskrobanej wydzielinie wrzodu nie udało mi się znaleźć laseczników Koch'a.

Serce zdrowe. Tętno 72, małe, dość puste.

Gruczoły szyjowe i podszczękowe nieco powiększone.

Ze strony wątroby i śledziony nie nieprawidłowego nie zauważono; brzuch lekko zapadnięty; wy różnienie co 2, 3 dzień; łaknienie małe.

Mocz prawidłowy. Waga ciała 41,4 klgrm.. Rozpoznanie: u kobiety w średnim wieku wątłej, mocno wychudzonej *pneumonia chronica indurativa tuberculosa cum l. gr. febre; exulcerationes ad palatum molle et pharyngem ejusdem originis.*

Od 19. XI. do 4. XII. ciepłota wahała się zrana między 36° C. do 37,4° C. i wieczorem 37,8° C. do 38° C..

D. 4. XII. t. r. ciepłota 38,8° C., tętno 120, oddech 50. Chora skarży się na ból głowy, wielkie osłabienie i mocny kaszel; poprzedniego dnia wieczorem były mocne dreszcze; na twarzy charakterystyczne zaczerwienienie oraz bolesność, co razem wskazywało na poczynającą się różę twarzy. [Na sąsiednim łóżku leżała chora, dotknięta różą twarzy, będąca już na wyzdrowieniu].

Ciepłota wieczorem 39° C..

D. 5. 6. XII. t. r. 39,1° C. i 39° C.. Kaszel wzmógł się wyraźnie tak, że chorą doprowadzał często do wymiotów; mocny ból głowy, róża się rozszerza; suchych rzężeń więcej; tętno 120, oddechów 66; ciepłota wieczorem 39,1° C. i 39,4° C..

D. 7. XII. ciepłota rano 39,4° C.. Męczący kaszel; ból gardła się zmniejszył, bólu w boku nie ma; tętno 108, oddech 48; jama ustna i gardzielową mocno zaczerwieniona, brzegi wrzodów nieco obrzmiałe, róża przechodzi na głowę; stan płuc, jak dnia poprzedniego; płwocina [około 200 ctm.] zawiera nieco krwi niezmięnionej co do barwy; laseczników Koch'a w tej płwocinie nie znaleziono [nb. przed różą nie za każdym razem udawało mi się wykazać laseczniki]. Zastosowano maść jodoformową i watę na miejsce zajęte różą. Ciepłota wieczorem 40° C..

D. 8. XII. ciepłota rano 38,2° C., róża pobladła, tętno 100, oddech 42; chora skarżyła się na kaszel i lekki ból gardła; liczne rżenia suche; owrzodzenie na lewym łuku podniebiennym oczyszcza się; białkomocz; ciepłota wieczorem 39,9°.

D. 9. XII. ciepłota rano 37,4° C., tętno 30, oddech 32; mocny kaszel, płwocina [około 100 ctm.] śluzo-ropna, zawiera nieliczne komórki nabłonka płucnego, laseczników Koch'a nie znaleziono; owrzodzenia oczyszczają się z nalotu i zmniejszają się, ciepłota wieczorem 39,5° C..

D. 10. XII. ciepłota rano 37,5° C.; róży na twarzy i głowie nie ma; ból gardła prawie wcale nie dokucza; kaszel mniej męczący; płwocina [około 75 ctm.] laseczników Koch'a nie zawiera; rżenia suche, mniej obfite; na miejscu stłumienia oddech nieokreślony i trzeszczenia; nalotu na owrzodzeniach nie widać; owrzodzenia zmniejszyły się do połowy, guziczki koło wrzodów zniknęły; białka w moczu nie ma; brak łaknienia. Waga 38 klgrm.. Ciepłota wieczorem 36,6° C..

Od 11. XII do 5. I. 1890 subiektywny i obiektywny stan chorej niezmiennie, choć stopniowo, się poprawiał: w ciągu tych 25 dni ciepłota ciała nie sięgała nigdy wyżej 37° C., częstość tętna i oddechów doszła do stanu prawidłowego [tętno około 74, oddechów około 22]; ból gardła ustąpił zupełnie, kaszel stopniowo się zmniejszał, tak, że 5. I. kaszel wcale chorej nie dokuczał, wraz z kaszlem ubyło i płwociny: 5. I. chora w ciągu doby wypluła około 2 łyżeczek od kawy, przeważnie śluzowej płwociny; przy niemal codziennym drobnowidzowym badaniu płwociny znajdowano jedynie ciała ropne i śluz, ani komórek nabłonka płucnego, ani laseczników gruźliczych nie udało mi się wykazać; d. 14. XII. można było skonstatować zagojenie owrzodzeń w jamie ustnej i gardzielowej, po owrzodzeniach pozostały jedynie lekkie, prawie niewidoczne zagłębienia w błonie śluzowej; stłumienie odgłosu wypukowego [może nieco mniejsze],

wzmoczenie głosu i drżenia głosowego pozostały bez widocznej zmiany na dawnem miejscu; na temże miejscu słycać oddech nieokreślony, trzeszczenia zaś znikły zupełnie 15. XII; 5. I. poza granicą stłumienia słycać było szmer oddechowy zaostrzony, rżężeń suchych nie słycać wcale; waga ciała [do 5. I.] podniosła się do 38,8 klgrm.; sił przybyło, łaknienie lepsze. 7. I. chora, uważając się za zdrową, opuściła szpital.

Z powyższego opisu okazuje się, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z przewlekłą gruźlicą płucną, powiklaną owrzodzeniami w jamie ustnej i gardzielowej, zdaje się, tej samej natury. Do gruźlicy przyłączyła się róża twarzy, która trwała 6 dni i niewątpliwie wywarła wpływ na przebieg gruźlicy. W ciągu tych 6 dni zauważono: wzmożenie kaszlu, powiększenie ilości płwociny, ślady krwi w niej, zniknięcie laseczników Koch'a, obrzmienie i zaczerwienienie owrzodzeń oraz poczynające się gojenie tychże; białkomocz 3 dni trwający.

Po ustąpieniu róży objawy gruźlicy zaczęły stopniowo znikać tak, że po 26 dniach można było uważać chorą za uleczoneą.

Że róża leczy przymiot, to, zdaje się, nie ulega żadnej wątpliwości [NEUMANN <sup>1)</sup>, SCHWIMMER <sup>2)</sup>]. O wpływie róży niekiedy dobroczynnym na przebieg sprawy wilkowej (*lupus*) oddawna wspominało [FEHLEISEN <sup>3)</sup>, SCHWIMMER <sup>4)</sup>]. SCHWIMMER <sup>5)</sup> widział znikanie gruźlicy gruczołów szyjowych pod wpływem róży twarzy. SOLLES <sup>6)</sup> przekonał się na zwierzętach, którym szczepił najpierw gruźlicę, a potem różę, że róża posiada działanie antygruźlicze i przedłuża życie zwierząt gruźlicą zakażonych i wpływa wessaniem na miejscową gruźlicę.

W końcu 1888 r. WAIBEL <sup>7)</sup> opisał przypadek wyleczenia gruźlicy płucnej za pomocą róży twarzy.

W Grudniu 1888 r. zgłosił się do mnie kolega S., wieku lat 30, średniej budowy i średnio odżywiany, w stanie bezgorączkowym i opowiedział, co następuje: pochodzi z rodziny zdrowej, dużo pali, oddawna kaszle i rankami sporo płwociny odpluwa; na początku roku miewał od czasu do czasu dreszcze i ranne poty, przy czem ciepłota nieco się podwyższała; od Września kaszel się wzmógł, i częściej poczęły się zjawiać dreszcze i poty. Po zbadaniu chorego rozpoznałem: *rhinitis et pharyngitis chronica; bronchitis chr. diff.; condensatio l. gr. ad ap. pulm. dextr.; tumor lienis durus; koprostasis.*

Drugi raz miałem sposobność widzieć kol. S. 21. IV. 1889 r.. Odżywianie niezłe; chory opowiada, że poprzedniego dnia dostał wstrząsających dreszczów [jakie bywają przy zimnicy]; dawne dreszczyki i poty nie zjawiają się już półtora miesiąca, pozostał tylko kaszel. Ciepłota 38,4° C., tętno około 100; *bronchitis diff.*; ekkie zgęszczenie w prawym wierzchołku i nieco rżężeń trzeszczących; wielki twardy guz śledzony. Zaleciłem choremu zwrócić się do miejscowych lekarzy, a sam powróciłem do Warszawy ze słoikiem płwociny. Przy badaniu płwociny,

1) Allg. Wien. med. Zeit. 1888. Nr. 4.

2) Wien. med. Presse. 1888. Nr. 14, 15, 16.

3) W BAUMGARTEN's Mycologie. 1888, pg. 397.

4) L. c.

5) L. c.

6) Ref. w Centralbl. f. Bacter. 1889. B. VII. pg. 569.

7) Ref. w Centralbl. f. Bact. 1889. B. V. pg. 187.

zostałem uderzony niesłychaną ilością laseczników gruźliczych dość dużych, paciorkowatych. Po 2 miesiącach dowiedziałem się, że kol. S. przebywał ciężki tyfus wysypkowy; tyfusem tym zaraził się podobno od więźniów, których leczył. Oto pokrótce przebieg tyfusu: ciepłota szybko, bo w ciągu 1-o dnia podniosła się do 39,3° C. wieczór i wahała się między 38,4°—39,9° C. rano, a 38,7°—40,1° C. wieczorem; najdłużej trzymała się wysokich cyfr [40°—40,1° C.]; stan gorączkowy trwał 14 dni, t. j. od 22. IV do 6. V; poczem ciepłota krytycznie doszła do stanu prawidłowego. W ciągu tyfusu kaszel znacznie się wzmógł [była obawa o zapalenie płuc]; badanie płwociny na laseczniki w czasie choroby dało podobno rezultat ujemny. Waga ciała przed tyfusem 170 funtów, po tyfusie 140 funtów. W ciągu 3 miesięcy po tyfusie ani kaszlu, ani dreszczów, ani potów zupełnie nie było; w ciągu miesiąca przybyło choremu 20 funtów [1] wagi.

We Wrześniu miałem sposobność widzieć kol. S. wraz Szanownym prof. BARANOWSKIM. Wówczas kol. S. trochę pokasliwał, choć nie gorączkował. Znalazono: odżywianie dobre, bardzo lekkie bliznowate zgęszczenie w prawym wierzchołku; płwociny kol. S. tak mało odpluwał, że trudno było ją otrzymać do zbadania.

O obecnym swym stanie tak pisze kol. S.: „czuję się zupełnie dobrze, cząsem rankiem odpluwam bardzo małą ilość płwociny przeważnie śluzowej, którą wczoraj badałem wraz z kolegami: laseczników gruźliczych nie znalazłem. O kaszlu uciążliwym, jaki miewałem dawniej [przed tyfusem], dziś nie ma mowy. Waga obecnie 172 funtów“.

Miło mi na tem miejscu wyrazić serdeczne podziękowanie kol. S. za chętnę udzielenie mi szczegółów, dotyczących jego choroby.

Historja kol. S. jest drugim wymownym przykładem leczniczego wpływu ostrych zakaźnych chorób na gruźlicę płucną: kol. S. jest obecnie zdrow, jak się zdaje, dzięki temu, że przebył tyfus wysypkowy.

Rodzi się przedewszystkiem pytanie, dlaczego podobnych przykładów tak mało spotykamy. Aby dać odpowiedź na to pytanie, przejrzałem protokoły sekcyjne, spisane w prosektoryjum prof. BRODOWSKIEGO przez D-ra PRZEWO-SKIEGO, dotyczące ostrych gorączek, jak: róża, tyfus, włóknikowe zapalenie płuc, i zwracałem uwagę na obecność u tych chorych jakichkolwiek zmian gruźliczych w płucach: w żadnym przypadku nie znalazłem śladów gruźlicy płucnej. Jeżeli wziąć pod uwagę powszechność suchot u nas i znaczną ilość [setki] przejranych przypadków ostrych gorączek, to spostrzeżenie to wraz ze spostrzeżeniami klinicznymi upoważnia mnie w pewnym przynajmniej stopniu do przypuszczenia, że suchotnicy bardzo rzadko zapadają na ostre zakaźne choroby. Do takiego zakażenia, sądzę, potrzebne są jakieś szczególnie sprzyjające warunki: W naszych przypadkach możnaby myśleć o blizkiej styczności z ogniskiem zarazy: nasza suchotnica zaraziła się różą od sąsiadki; kol. S. dostał tyfusu w więzieniu, gdzie tyfus panował.

Nie kuszę się bynajmniej o wytlómaczenie spostrzeganych faktów: zamało mam danych na to; pozwolę sobie wszakże przytoczyć hipotetyczne wyjaśnienie, pomny na słowa BAKON'a: „*Ex errore prius emergitur veritas, quam ex confusione*“.

Przy rozważaniu wpływu ostrych gorączek na przewlekłą gruźlicę płucną, przedewszystkiem zwraca na siebie uwagę szereg mniej lub więcej dostępnych dla zmysłów spraw, które stanowią gorączkę.

W ciągu kilku ostatnich lat pogląd na gorączkę, tak wśród klinicyстів, jakoteż wśród eksperymentatorów, zasadniczo się zmienił. Minęły już czasy entuzjazmu, z jakim za przewodem LIEBERMEISTER'a usiłowano wszelkimi sposobami zwalczać gorączkę; minęły czasy, kiedy gorączkę uważano za coś bezwzględnie szkodliwego dla ustroju. Wśród klinicyстів miło mi przypomnieć swego najlepszego nauczyciela szan. prof. BARANOWSKIEGO, który był u nas jednym z pierwszych zwolenników bardzo ogłędnego stosowania metody antytermicznej. Wyrażał to szan. profesor niejednokrotnie w swych klinicznych wykładach, oraz w odczycie w Tow. Lek. w 1885 r. <sup>1)</sup>. W odczycie tym czytamy: „Pewną miarę gorączki, choćby była wysoką, o ile jest danej sprawie chorobowej właściwą, poczytywać na ogół należy za objaw raczej korzystny, niż szkodliwy“. O ile mi wiadomo, większość poważnych klinicyстів doszła już dziś na drodze empiryi do tego samego przekonania: wrócono do poglądów, którym hołdowali lekarze starożytni.

Przechodząc do prac doświadczalnych, wypada mi zaznaczyć, że niewiele jest dotąd takich, któreby dostarczyć mogły wątku, zbliżającego umysł do rozumienia gorączki jako objawu pożytecznego dla ustroju. Na tem miejscu przytoczę dwie prace w tym kierunku podjęte.

GAMALEIA <sup>2)</sup> obserwował wpływ gorączki, spowodowanej przez wakcynę karbunkułową, na laseczniki karbunkułowe. Oto niektóre fakty, spostrzegane przez tego badacza: 1) jeżeli zabić owcę w czasie gorączki, dochodzącej do 41° C., spowodowanej przez zaszczepienie ochronnej osłabionej hodowli karbunkułowej, to często ani jednego żywego lasecznika bądź we krwi, bądź w narządach spotkać niepodobna; 2) bardzo jadowite laseczniki karbunkułowe, które spowodują śmierć w ciągu 5—8 godzin, nie spowodują żadnej gorączki; 3) w lasecznikach karbunkułowych, wziętych z narządów [szpik kostny, śledziona] zwierząt mocno gorączkujących [gorączka spowodowana przez „second vaccin“], zachodzą wydatne morfologiczne zmiany: laseczniki nabrzmiewają, rozpadają się na krótkie pałeczki, te się zaokrągłają i zbliżają swą formą do koków; tak zmienione laseczniki już nie są zdolne do życia. Podobne zmiany morfologiczne w lasecznikach czarnej krosty pod wpływem gorączki obserwował także ROLOFF i BUCHNER <sup>1)</sup>.

Prof. von FODOR <sup>3)</sup> z Budapesztu przekonał się, że krew posiada zdolność zabijania bakterij karbunkułowych w stopniu najwyższym, przy ciepłocie 38° C.—40° C., że zdolność ta szybko się zmniejsza przy ciepłotach wyższych nad 40° C..

Z przytoczonych danych okazuje się, że klinika i doświadczenie zgadzają się dziś na jedno: gorączka jest czynnikiem leczniczym; zdawałoby się, że jest to

<sup>1)</sup> „O leczeniu ostrych gorączek“. Gaz. Lek. 1885, pg. 680.

<sup>2)</sup> GAMALEIA. Sur la destruction de microbes dans les organismes fébricitants. Ann. de l'Institut PASTEUR. 1888. Nr. 5. pg. 229 i Centr. f. Bact. 1888. IV. B. p. 213.

<sup>3)</sup> Centr. f. Bact. I. c.

<sup>4)</sup> Prof. von FODOR. Neuere Untersuchungen fiber die bacterientödtende Wirkung des Blutes etc. Centr. f. Bact. 1890. VII B. Nr. 24.

odczyn ustroju, mający na celu niszczenie bakteryj i usuwanie ich z ustroju wraz z produktami życia tychże. Na czem taki odczyn polega, jaki w niem udział biorą nerwy, jaki naczynia, jaki komórki, *resp.* makrofagi MIECZNIKOW'a, a jaki płyny, *resp.* surowica krwi [FODOR, NUTTAL, BUCHNER, NISSEN, CHARRIN et ROGER, LUBARSCH], dziś rozstrzygać niepodobna.

Pojmując gorączkę jako dobroczynny odczyn ustroju, wyobrazić sobie można, że przyłączenie się do gruźlicy jakiegoś nowego zakażenia spotęgować może ów odczyn i na tej drodze sprowadzić wyzdrowienie. Tak objaśniałoby można dwa przypadki uleczonej gruźlicy, powyżej opisane.

Ale podobnie jak mięsień sercowy tłuszczowo przeistoczony nie jest w stanie wyrównać zaburzeń w krążeniu, tak samo ustrój wątły od natury, przez chorobę wyczerpany, może nie mieć dosyć energii życiowej do odczynu potrzebnego dla pozbycia się wroga. Wówczas gorączka, choćby zdradzająca się wysoką ciepłotą, nie uwalnia chorego od nieprzyjaciela, lecz odbiera mu resztki sił, podkopuje ustrój, zmniejsza jego odporność, słowem: staje się czynnikiem szkodliwym. Przyłączenie się w takim przypadku nowego zakażenia, potęgując odczyn, na który już danego chorego niestać, może jedynie śmierć przyspieszyć.

---

## II. Z KAZUISTYKI OKULISTYCZNEJ.

Podał

**Zygmunt Kramsztyk.**

---

### **Kawałek bicza utkwiony w gałce ocznej.**

Dwudziestoletni furman, jadąc przez most, spotkał kilka fur, jadących z przeciwnej strony, a chcąc je wyminąć, mocno zaciął konie batem; w tej chwili zemdłał, a gdy go ocucono, poczuł ból w oku prawem. Czy sam się w oko uderzył, czy przez innego furmana zstał uderzonym, ani sam nie wiedział, ani nikt z towarzysów objaśnić go nie umiał. Ból wreszcie nie był dotkliwym, skoro chory do wieczora jeszcze jeździł; nie przekonał się też, czy okiem prawem widzi. W ciągu nocy i następnej doby ból wciąż się wzmagał, tak, że po dwóch dniach wezwano mnie do chorego. Skarżył się on na bezustanne a straszne cierpienia; powieki oka prawego mocno były obrzękłe, po otwarciu ich przedstawiła się równie obrzękła i wałem rogówką otaczająca łącznica, sama rogówka była owrzodzona, gałka oczna znacznie powiększona i twarda. Jednym słowem: miałem przed sobą rozwinięty obraz ropnego zapalenia gałki ocznej. Niezwykłym był tak szybki rozwój choroby, a przedewszystkiem tak szybko powstałe rozległe owrzodzenie rogówki; opowiadanie chorego wcale mi sprawy nie rozjaśniło. Przysznażę nawet, że wobec pewnej tajemniczości, jaka początek choroby pokrywała, wobec tego, że chory sam nie wiedział, w jaki sposób oko uległo uszkodzeniu, podejrzewałem zupełnie inną przyczynę. Biorąc pod uwagę wiek chorego, wiek popisowy i uszkodzenie prawego właśnie oka, podejrzewałem uszkodzenie umyślne. Skaleczenie oka, splamienie rogówki, rozdarcie igłą torebki soczewko-

wej oka prawego u młodzieńców, w popisowym wieku będących, spotyka się wszakże tak często; operatorowie, którzy, czasami wreszcie bardzo zrećnie, dokonują tych rękoczynów, niezawsze ściśle przestrzegają prawideł aseptyki, bo już widziałem ropne zapalenie gałki, jako następstwo takich operacyj. Chorzy naturalnie przyczyny właściwej swego cierpienia nigdy nie podadzą i mają na pogotowiu zawsze jakąś źle ułożoną bajeczkę.

Nie rozbierając wreszcie na razie bliżej samego mechanizmu uszkodzenia, poleciłem chorego bezzwłocznie zawieźć do szpitala i poprosiłem listownie lekarza miejscowego, aby wstrzyknął morfinę, kazał postawić kilka pijawek za uchem i nałożyć ciepły okład na oko.

Cierpienia chorego po zastosowaniu tych środków złagodniały, ale wygląd oka nie wiele się zmienił. Przy dokładniejszym obejrzeniu oka w szpitalu znalazłem obszerny wrzód, zajmujący więcej niż połowę rogówki od strony wewnętrznej. Na twardówce z tej samej strony o kilka milimetrów od brzegu rogówki, widać było owrzodzenie okrągłe, mające kilka milimetrów średnicy; dno było nieczyste i prawie czarne. Zdawało się, że czarna barwa zależy od obniżonej w części naczyniówki, ale owrzodzenie, przedziurawienie twardówki trzeciego dnia choroby wydało mi się rzeczą bardzo niezwykłą. Ropne zapalenie gałki ocznej kończy się zwykle w ten sposób, że przez twardówkę, najczęściej od góry, ropa drogę sobie toruje; ten pożądany, bo ulgę zawsze sprowadzający, otwór daleko dłużej zwykle każe czekać na siebie. I czas więc, w jakim otwór spostrzegłem i wygląd jego, były niezwykłe i tymczasem, zamiast rozwiązać zagadkę, jeszcze ją bardziej wikłały. Przez 5 pierwszych dni pobytu chorego w szpitalu obraz choroby małej uległ zmianie, tylko ropienie coraz było obfitsze i ból coraz mniej dotkliwy.

Piątego dnia, obmywając oko, spostrzegłem cienką nitkę, wlokącą się po rogówce; wziąłem to zrazu za włókienko waty, które z opatrunku na gałkę się dostało; uchwyciłem włókno szczypczykami, chcąc je usunąć. Uniósłszy włókno i pociągając je, spostrzegłem, że trzyma się ono dość mocno i że wychodzi z owego czarno zabarwionego owrzodzenia na białkówce, a pociągawszy mocniej, spostrzegłem, że cały pęczek takich samych włókien tkwi w owym otworze, że dno jego czarne, to właśnie zbity pęk nitek. Wtedy dopiero spostrzegłem, że jakies ciało obce, kawałek sznura tkwi w gałce ocznej. Zanim usunąłem tak zdradliwie ukrytą przyczynę choroby, przyjrzałem się jeszcze dokładniej oku. Po nad rogówką, na centymetr może od wrzodu białkówki oddalona, znajdowała się druga podobna, lecz mniejsza, czarna plama na powierzchni gałki ocznej; był to drugi koniec ciała obcego, bo gdym ujął mocno za nitki w większym otworze i pociągnął, drugi koniec cofnął się do wnętrza gałki, aż wreszcie z użyciem pewnej siły całe ciało obce wyciągnąłem na zewnątrz.

Jest to koniec bata w węzeł związany. Węzeł znajduje się w samym środku wydobytego kawałka sznura, a każde ramię ma 1,5 centymetra długości, ramiona nachylone są pod kątem około 60°. Jedno ramię, końcowe, jest twarde, pomimo tak długiego przebywania wewnątrz oka; w drugim ramieniu włókna są rozmiękłe i rozdzielone, prawie zupełnie równo ucięte; najgrubsze miejsce, węzeł, ma 7 milimetrów szerokości; barwa sznura czarna wskutek napojenia smołą.

Dopiero teraz cały mechanizm uszkodzenia wystąpił jasno. Kazałem przynieść bat chorego i okazało się, że koniec jest oderwany. Baty furmańskie związane są w końcu w dwa węzły; na bacie mojego chorego końcowego węzła brakło. Bat był zupełnie nowy, koniec jego smołą napojony, był twardy, co właśnie cały wypadek możliwym zrobiło, bo po pewnym czasie, kiedy się smoła wykruszy i włókna rozdzielią, uderzenie w oko takich następstw spowodować nie mogło.

Machnąwszy batem, chory uderzył końcem jego w gałkę oczną z taką siłą, że przedziurawił błonę twardą; bardziej jeszcze zadziwia, że nie tylko koniec bata, ale i węzeł pod impetem uderzenia do wnętrza gałki został wepchnięty; zgięty pod kątem kawałek nasmolonego sznura tak się wewnątrz oka umieścił, że końcem dotknął znowu, a może i przebił odrazu od strony wewnętrznej błony ocznej w miejscu od rany pierwotnej odpowiednio odległym. Najdziwniejszem jednakże jest przerwanie bata. Sznur, z którego bicz kręca, jest bardzo mocny; dla przerwania go, przedewszystkiem w końcu, potrzeba siły ogromnej. Uderzywszy się w oko, zapewne chory bezwiednie, odruchowo, bat pociągnął; zdaje się, że powinien był koniecznie utkwiony w gałce koniec wyciągnąć; tymczasem bat został przzerwany, przerwany ściśle na powierzchni gałki. Niewątpliwie powieki zaciśnięte tak silnie bat trzymały, że pociągnięty ręką, rozerwał się; powieki działały tu, jak kleszcze, albo nożyczki. Przypadek wydawał mi się tak dziwnym i tak trudnym do wytłómaczenia, że starałem się go zbadać jaknajdokładniej; przypuszczałem, że może furmani, którzy się obok znajdowali, widząc, co się stało, a nie chcąc bata gwałtem wyciągać, obcięli go; chory zemdlony mógł o tem nie wiedzieć. Ale znajomy pacjenta mojego, furman, który był obecnym wypadkowi i którego wypytywałem, stanowczo temu zaprzeczał. Skoro skaleczony ocucił się z omdlenia, znalazł bat, nie pamięta, w którym miejscu; nie spostrzegł nawet, że bat był uszkodzonym.

Po usunięciu ciała obcego pozostała przetoka, przez którą z łatwością można było zgłębnik przesunąć. Chory jeszcze przez tydzień pozostał w szpitalu; gałka coraz bardziej się zmniejszała; z niezupełnie zagojonem, owiżanem jeszcze, okiem, ale wolny od cierpień, na własne żądanie chory opuścił szpital. Nie ulega wątpliwości, że sprawa zakończyła się zanikiem gałki.

### **Sparzenie oka roztopioną cyną bez uszkodzenia.**

Młoda służąca zalewała cyną uszkodzony garnek; kilka kropeł cyny przysło jej w oczy; uczuła dotkliwy ból i oka lewego otworzyć nie mogła; w takim stanie, przestraszona i cierpiąca, z samego rana, w godzinę po przypadku, zgłosiła się do mego mieszkania. Na obu powiekach widoczne były liczne białe plamy, nieco wypukłe, jakby płaskie pęcherze; rzęsy gdzieś zlepiły były kulkami skrzepłej cyny; oko prawe podrażnione było, lecz otwarte; powieki oka lewego całą siłą trzymała zamknięte. Gdy z pewną przemocą krzyczącej i opierającej się chorej powieki otworzyły, ujrzałem zamiast rogówki błyszczącą blaszkę cyny. Przewidując trudności niemałe przy wydobyciu tego niezwyklego obcego ciała i nie wiedząc, jakie po za niem zniszczenie spostrzegę, postanowiłem chorą odesłać do szpitala, aby ją uspić, a tem samem czynność sobie ułatwić, a jej oszczędzić bólu i aby natych-



miast należyty zastosować opatrunek. Przypuszczałem, że rogówka zupełnie uległa zniszczeniu. W godzinę po tem chorą ułożyłem na stole operacyjnym, przygotowaną do zachloroformowania. Przedtem jednakże, chcąc obejrzeć raz jeszcze oko, ostrożnie otworzyłem powieki; blaszka metaliczna usunęła się nieco ku dołowi, po za dolną powiekę i odsłoniła częściowo czystą, niezmienioną rogówkę. Wpuściłem wtedy kilka kropel kokainy i poczekawszy kilka chwil, wyjąłem szczypcykami cienką, o nierównych brzegach i niejednostajnie grubą blaszkę cynową. Oprócz tej blaszki, znajdowało się w dolnym worku łącznicowym i pod górną powieką kilka oddzielnych okruchów metalicznych, które usunąłem z łatwością; tak samo łatwo zdjąłem kawałki cyny, którymi rzęsy były zlepione. Na środku rogówki prawej znajdował się jeden drobny błyszczący odłamek, który zupełnie luźno leżał na powierzchni, bom go kawałkiem złożonej gazy usunąć zdołał bez wszelkiej trudności. Obie rogówki zupełnie okazały się niezmienionemi; powierzchnia ich była gładką i lśniącą. Tylko łącznica, pokrywająca gałkę lewą, poniżej rogówki była nieco obrzękłą i przekrwioną. Chora nie chciała pozostać w szpitalu; kiedy po dwóch dniach się zgłosiła, oczy były trochę zaczerwienione, rogówki zdrowe zupełnie; tylko łącznica w oku lewym pod rogówką na pewnej przestrzeni była białą, jakby strupem pokrytą; także same zmiany, tylko mniej rozległe, znajdowały się pod górną powieką tegoż samego oka. Pęcherze płaskie na skórze powiek zmieniły się przez te dwa dni w grube, suche strupy.

Przypadek ten bez wątpienia musi zastanowić. Oparzenie rogówki daleko lżejsze, zawsze zmiany wyraźne powoduje. Znane są przypadki oparzenia rogówki szczypcami przy karbowaniu grzywki; żelazo przytem nie jest bardzo gorące, zetknięcie z rogówką tylko chwilowe, a jednak następstwem tego chwilowego zetknięcia jest zawsze pęcherz, a raczej oddzielenie, zmętnienie i pofałdowanie wierzchniej warstwy nabłonka. Podobne zmiany na rogówce widziałem raz, gdy w oko dziecka padła kropla roztopionego wosku ze świeczki płonącej na choinie.

U mojej chorej krople cyny, które na powiekę prysnęły, spowodowały pęcherze, choć oczywiście daleko krócej, bo przez jedną tylko chwilę ze skórą się zetknęły; na rogówce, po odruchowem zamknięciu powiek, roztopiona cyna pozostała przez czas długi, wystygła i po kilku dopiero godzinach ją usunięto; a jednak na rogówce żadnych śladów sparzenia nie zostało. W czem szukać przyczyny tej odporności rogówki na wpływ tak gorącego ciała? Nie ma żadnego powodu przypuszczać, że nabłonek rogówki mniej jest od naskórka wrażliwym na tego rodzaju uszkodzenia; przytoczone wreszcie powyżej przypadki dowodzą, że na daleko niższą temperaturę, na wpływ krócej działający, rogówka wydatnemi zmianami oddziaływa. Prawdopodobnie bardzo wysoki właśnie stopień ciepłoty roztopionego metalu, obok zwilżonej zawsze powierzchni rogówki, uratował ją tym razem od szkody. Należy przypuścić, że warstwa łez, może w parę zmieniona, stanowią przedział pomiędzy cyną a rogówką i ochroniła oko.

Przypadek ten widocznie umieścić należy w jednym szeregu ze znanymi w fizyce zjawiskami, gdzie roztopione i do najwyższego stopnia rozgrzane metale bezpośrednio stykają się z ciałem, żadnej nie przynosząc mu szkody i nie powodując bólu. Wiadomo, że można roztopiony ołów brać w rękę i przelewać, że robotnicy w hutach żelaznych bosymi nogami biegają po roztopionem żelazie. Te

fakty, tak na pozór zadziwiające i niezwykle, fizyka tłumaczy w sposób, jaki do opisanego powyżej przypadku zastosowałem.

### Wrodzone zboczenie kanalików łzowych.

Uczeń felczerski zgłosił się do ambulatoryjum szpitalnego, skarżąc się, że, odkąd zapamięta, łzy mu płyną z oka prawego. Przy oglądaniu oka uderzył mnie brak punktu łzowego górnego; natomiast w kącie powiekowym, ale na górnej już powiece, tuż po nad mięskiem łzowym, znajduje się otwór okrągły, kilka razy większy od zwykłego punktu łzowego, otoczony szarym rąbkim. Zgłębnik, przez otwór wsunięty, po bardzo krótkim przebiegu, bezpośrednio prawie, wchodzi do worka łzowego. Bez żadnej przeszkody można dość grubo zgłębnik przesunąć przez przewód noso-łzowy; ciecz, przez otwór wstrzyknięta, swobodnie z nosa wypływa. Kanalik dolny oka prawego, zarówno jak oba kanaliki w oku lewym, zupełnie są prawidłowe.

Przypuszczałem zrazu, że nieprawidłowy otwór mógł pozostać po przecięciu kanalika; wiadomo, że przecięty kanalik czasami zrasta się częściowo, najczęściej właśnie zrasta się część jego zewnętrzna, tak, że pozostała niezarośnięta część kanalika może to samo zajmować miejsce, co i opisany powyżej otwór. Ale mam dosyć dowodów, aby to przypuszczenie usunąć. Chory przedewszystkiem nigdy się nie leczył; nie widać było blizny liniowej, jaka po zrośnięciu przeciętych brzegów zawsze pozostaje; nie widać było stanowczo ani śladu otworka łzowego na zwykłym miejscu; wreszcie sam wygląd otworu swoją postacią okrągłą i białym rąbkim stanowczo się różni od niezagojonej szczeliny.

Mamy tu więc przypadek nieprawidłowego położenia punktu łzowego; worek łzowy otwierał się na zewnątrz bezpośrednio, a nie, jak zwykle, za pośrednictwem wąskiego i dość długiego, w grubości powieki wydrążonego, przewodu; otwór był przytem znacznie większy i niżej umieszczony.

Bardzo rzadko napotyka się nieprawidłowości w umieszczeniu punktu łzowego. Na znaczną ilość cierpień dróg łzowych, jakie widziałem, przypominam sobie 2 przypadki podwójnych kanalików; bezpośrednie połączenie worka łzowego z łącznicowym, wrodzony brak kanalika, widziałem po raz pierwszy. Zdaje się, że jeżeli zboczenie to było kiedy spostrzeganem, to w każdym razie niesłychanie rzadko się spotyka.

Nie zupełnie zrozumiałem jest łzawienie w danym przypadku. Ponieważ przewód łzowy w zupełnym był porządku, wątpić nie można, że łzawienie wprost zależało od opisanego zboczenia. Punkt łzowy, na tylnej wardze brzegu powiekowego umieszczony i zwrócony ku tyłowi, wsysa łzy i do worka przewodzi; otwór nieprawidłowy, w jeziorku łzowym umieszczony, czynności tej nie mógł spełniać. Ale istniał punkt łzowy na dolnej powiece, który działać mógł za oba, wszak zarośnięcie jednego punktu łzowego jeszcze łzawienia nie powoduje; wreszcie łzy do worka łzowego przez otwór bezpośredni mogły się dostawać. Potrzeba przypuścić, że nie brak punktu łzowego, ale sama obecność otworu bezpośredniego, powodowała łzawienie, a zrozumieć to nie trudno; skoro worek łzowy, dzięki skurczowi mięśni, zwiężał się, łzy nietylko do przewodu nosowego się dostawały,

ale w części wypływały przez otwór. Zapalenie ropne worka łzowego i otaczającej go tkanki kończy się zwykle otwarciem ropnia ku zewnątrz, na skórę; czasami otwór niezupełnie zarasta i pozostaje przetoka cienka, włosowata, od worka na zewnątrz prowadząca; z takiej stałej przetoki zawsze łyzy wypływają, mianowicie przy każdym mrugnieniu i oczywiście wypływać muszą. Otwór powyżej opisany miał dla worka znaczenie takiej właśnie przetoki i dla tego łzawienie sprowadzał. Z tego poglądu wypływa wyraźne wskazanie dla zamknięcia otworu. Sądzę, że pomimo trudności, okrwawienie cienkich brzegów otworu, ich zasycie i następne zrośnięcie bez znacznego zwężenia worka łzowego dałoby wynik pożądany.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**4. Prof. R. Virchow. O działaniu środka Koch'a na narządy wewnętrzne u chorych gruźliczych.** [Wykład miany w Berlińskim Towarzystwie lekarskiem, w dniu 7 Stycznia r. b. przy dyskusji nad wykładem B. FRAENKEL'a].

W wykładzie swym prof. R. VIRCHOW zdawał sprawę z wyników badań sekcyjnych u zmarłych chorych, którym wstrzykiwany był płyn KOCH'a, a zarazem demonstrował odnośne preparaty. Wypadków śmierci było w Berlinie do końca roku zeszłego 21; prócz tego w pierwszych dniach Stycznia 7 [a nadto kilka sekcij wykonali asystenci VIRCHOW'a w innych szpitalach]. Z owych zeszłorocznych 21 przypadków było 16 suchotników z mniej lub więcej rozwiniętymi typowymi suchotami płucnymi [jamy i t. d.]; 1 zajęcie kości i stawów, 1 powikłanie raka trzustki z małymi jamami w płucach, 1 *Empyema* u położnicy, 1 *Anaemia perniciosa* z nieznacznymi dawnymi zmianami w płucach i gruźliczem zapaleniem opłucnej, wreszcie 1 *arachnitis tuberculosa*.

Jak przy badaniu zewnętrznych części działanie płynu KOCH'a objawia się przedewszystkiem jako p o d r a ż n i e n i e [zacerwienie, silne nabrzmienie], tak samo i w narządach wewnętrznych rzecz się ma. Typowym przypadkiem był chory 2<sup>3</sup>/<sub>4</sub>-letni chłopiec, zmarły w klinice HENOCH'a wskutek *arachnitis tuberculosa*. Zrobiono mu 4 wstrzykiwania [ostatnie na 16 godzin przed śmiercią — wszystkiego 2 mg.], w płucach były zmiany: kilka serowatych pneumonicznych ognisk, będących punktem wyjścia *arachnitis*, oraz świeże zapalne. Przy sekcji znaleziono tak olbrzymie przekrwienie *piae matris* i mózgu, jakie rzadko widzieć się daje. Gruźelki *piae* nie przedstawiały ż a d n y c h p r e m i a n w s t e c z n y c h.

Takie ostre przekrwienie i obrzmienie widzieć się daje i w innych narządach wewnętrznych. Powierzchnia starych jam płucnych przedstawia silne zacerwienie warstw granulacyjnych, nadto wylewy krwi i nacieczenia ścian jam, oraz świeże krwotoki w jamach. [Chory 30-letni mężczyzna z *fistula ani*, owrządzenie gruźlicze w *colon*, robiono 7 wstrzykiwań, ostatnie na 13 dni przed śmiercią, poczem pierwszy krwotok płucny nastąpił i śmierć].

Lecz nie tylko występują przemijające przekrwienia i obrzmienia, mogące ustąpić, ale i pozytywne sprawy zapalne, mianowicie czynne bujania w narządach wewnętrznych, zwłaszcza w brzegach istniejących owrządzeń gruźliczych i w najbliższych zajętych gruczołach limfatycznych [oskrzelowych, kręzkowych]. Znajdujemy w gruczołach limfatycznych rdzeniowate nabrzmienie, jak w ostrych podrażnieniach, z szybkim bujaniem komórek. W związku z tem we krwi daje się zauważyć leukocytoza,

a ztąd często rozmaite nacieczenia ciątkami białymi dokoła chorych ognisk, zwłaszcza w gruzelkach.

Te nabrzemia są niekiedy nader niebezpieczne, np. w krtani, gdzie mimo oczyszczenia się owrzdzeń, znajdujemy otaczające części bardzo obrzmiałe, co sprowadzić może groźne zwiężenia. Niekiedy przychodzi do ropnego zapalenia tkanki łącznej [podobnego do *oedem. glott. erysipeloides, phlegm. retropharyng.*].

Trudno tu, co prawda, rozstrzygnąć, czy gdziekolwiek zapalenie jest „wywołane przez wstrzykiwanie płynu Koch'a, lub nie“; nie mamy do tego rozpoznawczej cechy dla odróżnienia zapaleń takich od innych. Zmiany jednak w płucach zasługują na bliższą uwagę:

W śmiertelnych przypadkach suchot płucnych z owrzdzeniami znaleziono świeże obszernie zmiany w płucach, a równocześnie w opłucnej [bardzo ciężka *pleuritis*, zwykła i gruźlicza, często krwotoczna, nierzadko obustronna].

W płucach zmiany dadzą się podciągnąć pod dwie kategorie: 1) zmiany odpowiadające *pneumoniae caseosae (hepatisatio caseosa)*. Chociaż można wątpić czy zmiany te zależą od wstrzykiwań, lecz niekiedy taki wniosek należy wyprowadzić koniecznie, a dowodzi tego przypadek 30-letn. mężczyzny, u którego zrobiono 6 wstrzykiwań [ostatnie na 4 tygodnie przed śmiercią] i zaprzestano ich z powodu ciągłej gorączki przy nacieczeniu płatów dolnych płuc; to ostatnie rozpoczęło się po wstrzykiwaniach, gdy przedtem stwierdzono tylko stwardnienie w jednym szczycie, dawne, induracyjne. U tego chorego znaleziono tak rozległe serowate zwątrobienie w dolnych płatach, jakie rzadko Virchow widzieć miał sposobność.

W innych też przypadkach płuca różniły się dosyć wydatnie od zwykłego obrazu u zmarłych suchotników. Z 16 przypadków w 5 znaleziono w różnym stopniu świeże serowate zwątrobienie.

Oprócz tych form serowatego zapalenia, zdarzają się u suchotników inne, mianowicie włóknikowe i nieżytowe. U zmarłych po wstrzykiwaniach płynu Koch'a Virchow nie znajdował czystych włóknikowych zapaleń, a tylko częściowe „włóknikowe zwątrobienie“ przy innych zmianach.

Zapalenia płuc od wstrzykiwań („*Injectionspneumonie*“) najwięcej przedstawiają podobieństwa do nieżytywych, chociaż są pewne różnice. Zwykle u suchotników powstają w pęcherzykach produkty łatwo wyciskać się dające, stosunkowo nierzadkie, galaretowate [z kąd Laennec sądził, że nacieczenie gruźlicze zaczyna się od „nacieczenia galaretowatego“]. W zapaleniach po wstrzykiwaniach produkt zapalny jest wodnistszy, mętny [„mętne nacieczenie“] i podobniejszy do produktów spraw ropnego zapalenia tkanki łącznej; tylko miejscami wytwory są gęstsze, podobne do serowatego nacieczenia, lecz nie suche, słowem mamy tu sprawy nieżytowo-flegmonowe w płucach [„nieżytowe nacieczenia“ rozlane]; na 16 przypadków 7 przedstawiało to rozlane „pulchne zwątrobienie“. Niekiedy powstają wskutek tego ogniska rozmiękczenia, sprowadzające szybko rozpad miększu płuc i jamy [np. w środku dolnego płata, co bywa zwykle tylko przy *bronchopneumonia gangraenosa*]. Dowodzi to podziałania silniejszej szkodliwości (*noxa*) niż w zwykłym nieżytowym zapaleniu płuc. W każdym razie jeśli nie wszystkie, to pewna część tych zapaleń daje się porównać ze sprawami zapalnymi części zewnętrznymi, występującymi po wstrzykiwaniach, które są większe lub mniejsze, stosownie do natury osobnika i właściwości przypadku.

Dalej sekcye wykazały występowanie świeżych gruzelków. Jest to punkt, o którym Virchow mówi w zastrzeżeniu, gdyż nie ma cech rozpoznawczych do oznaczenia czasu trwania [„wieku“] gruzelków prosówkowatych [submilijarnych]. Zawsze jesteśmy skłonniejsi do uważania ich za wytwory świeże. Już klinicznie stwierdzono w krtani występujące nowe gru-

zełki, lecz sądzono, iż one znajdują się przed wstrzykiwaniami, a tylko płyn KOCH'a je zniszczył i do owrzodzenia doprowadził. Ocenienie słuszności tego tłumaczenia jest niemożliwe. Należy jednak zaznaczyć, że sekcyje wykazały w błonach surowicznych erupcyje całkiem świeżych submilijarnych gruzełków, w warunkach, które wykluczały możebność, iżby to były gruzełki starsze. Tyczy się to opłucnej, osierdzia i otrzewnej. Gruzełki były niezmienione przez środek KOCH'a, niezmortyfikowane, nienaruszone mimo licznych wstrzykiwań. Ztąd przypuszczenie konieczne niemal, że były następstwem wstrzykiwań, i że powstały pod wpływem uruchomionego zarazka, przeniesionego drogą metastatyczną w odległe miejsca. Wobec tego, że laseczniki są odporne na płyn KOCH'a [co i VIRCHOW stwierdza], możebnem jest, że gdy środek KOCH'a wywoła rozmięczenie z płynniejszymi, ruchomymi produktami rozpadu, produkty te przenoszą się dalej i wywołują nowe ogniska gruzełkowe. Materyjał taki z górnego płatu, niewykaszlany, zostaje aspirowany i daje rodzaj serowatej „*Schluckpneumonie*“ w płatach dolnych. Zaleca się zatem ostrożność przy stosowaniu wstrzykiwań i uwzględnienie, aby chory miał siły i zwyczaj wykaszłania produktów rozpadu.

Przyjęte przez KOCH'a działanie mortyfikacyjne płynu objawia się w istocie w wielu miejscach, lecz niejasnem jest, dlaczego to działanie nie wszędzie występuje. Brak tego wpływu VIRCHOW w wielu miejscach zauważył, zwłaszcza na gruzełkach prosówkowatych [na opłucnej]. Również i wielkie gruzełki, jakie VIRCHOW znalazł w mózgu i mózdzku 3-letniego chłopca [z gruzlicą kręgow i kości długich] w liczbie 7 (*tub. „non solitaria“*), nie przedstawiały pomimo wstrzykiwań widocznych oznak rozmięczenia.

Wreszcie przytoczyć należy owrzodzenia w kiszkaach i narządach oddechowych [zwłaszcza w płucach] po wstrzykiwaniach stwierdzone sekcyjami, jako następstwo mortyfikacyjnego działania płynu, podobnie jak zewnętrznie przy wilku. W przypadku, okazanym przez VIRCHOW'a, zniszczenie w kiszkaach sięgało prawie do błony surowiczej i gdyby chory był żył dłużej, nastąpiłoby przedziurawienie [jak w przypadku B. FRAENKEL'a śmierć *post perforationem*]. Chociaż przedziurawienia zdarzają się też u suchotników wogóle, wszelako VIRCHOW uważa za obowiązek zwrócenie na to uwagi, że w krótkim stosunkowo czasie 2 miesięcy, spostrzegano kilka ciężkich tego rodzaju przypadków po wstrzykiwaniach.

Tak samo rzecz się ma z owrzodzeniami w narządach oddechowych [płuca, krtań], przy szybkim rozpadzie i wytworzeniu obfitych mas oddzielających się, będących w niestosunku do możności wyrzucenia tych mas na zewnątrz, następstwem czego może być zatrzymanie i aspiracja produktów rozpadu, a także metastazy.

W. Mayzel.

(Berl. klin. Woch. 1891. N. 2.).

### 5. J. Vollert. O t. zw. „periostitis albuminosa“.

W ostatnich czasach opisał RIEDINGER postać chorobową pod nazwą „*ganglion periostale*“. Choroba ta znana była już i dawniejszym chirurgom (*abscessus lymphaticus*), lecz dopiero OLLIER opisał ją dokładnie pod nazwą *periostitis albuminosa*. Nazwa ta nie jest jeszcze przyjętą przez wszystkich chirurgów, i tak: CARTUFFE nazywa tę sprawę [o której niżej] *periostitis exsudativa*, NICAISE „*ostéopériostite séreuse*“, GOSSELIN „*periostitis plastica*“ i t. p. Żadna z tych nazw nie jest wyczerpującą i dla tego określenie *periostitis albuminosa*, mające dziś najwięcej zwolenników, wydaje się najodpowiedniejszym.

Na czem polega ta sprawa? Wyznać trzeba, że pomimo wielu prac w tym względzie jest ona jeszcze dość ciemną. Większość chirurgów rozumie tu zwykły ropień nadkostny lub podkostny, którego pierwotna zawartość ropna w następ-

stwie uległa zwyrodnieniu śluzowemu. Przyczyna tej przemiany nie jest nam znana. Autor przypuszcza, że ma tu miejsce nieznaną zmianę własności surowicy, w której pływają ciała ropne, w następstwie której [zmiany] protoplazma tych ostatnich ulega przemianie śluzowej z jednoczesnym rozpadem komórki. Bądź co bądź, mamy tu do czynienia z ropniami, których zawartość stanowi lepki, surowiczny płyn, zawierający dość znaczne ilości mucyny.

Niektórzy autorzy, np. SCHLANGE, odrzucają możliwość takiej przemiany, twierdząc, że zawartość tych „ropni” nigdy nie była ropną, lecz śluzową, którą znajdowano w bardzo wczesnych okresach choroby, tak, iż podług SCHLANGE’go nie było czasu na taką metamorfozę. Zarzut ten upada, jeśli przypomnimy sobie, jak szybko nieraz następuje wytwarzanie się wydzieliny różnych gruczołów [mleko, sok żołądkowy i t. p.], które jest przecież następstwem rozpadu i zwyrodnienia nabłonka. Dla czegożby to samo nie mogło mieć miejsca przy przemianie leukocytów, zebranych pod okostną?

Inni, jak: PONCET, TAIVORIAN, CATUFFE, przypuszczają, że przy *periostitis albuminosa* mamy do czynienia z zapalnym stanem kości lub okostnej lub z obu sprawami razem; lecz że wskutek braku silnych bodźców zapalnych [!], stan ten nie doszedł do ropienia, lecz pozostał w okresie wysięku surowiczego, obitego w białko. Nie zwrócili oni jednak uwagi na zawartość mucyny, króra przecież przy sprawie zapalnej się nie wytwarza.

Co do natury samego cierpienia, to PONCET i BOUSQUET uważają sprawę tę za gruźliczą, badanie jednak drobnowidzowe laseczników KOCH’a nie wykazało.

Ropnie te mogą powstawać samodzielnie, i kończą się zazwyczaj nieznacznym miejscowym przerostem kości (*exostosis*); mogą one również początek swój zawdzięczać pierwotnemu cierpieniu kości, np. ogniskom gruźliczym, co jednak rzadziej ma miejsce, lub przewlekłemu *osteomyelitis*, co w  $\frac{1}{3}$  części przypadków stwierdzić się dało. Opisują również przypadki, w których ropnie te [z zawartością śluzową] powstały ze starych wynaczynień krwawych; VIDAL opisuje przypadek takiego ropnia po wylewie krwawym przy skorbutcie — wszystkie te przypadki nie są typowymi formami *periostitis albuminosae*.

Siedliskiem choroby bywają najczęściej okolice stawowe długich kości kończyn. Co do rozpoznania, to ono dotychczas nie było ściśle postawionem w żadnym ze znanych przypadków przed operacją; zawsze przypuszczano ropień, dopiero cięcie wykazało zawartość śluzową.

Leczenie również nie było dotychczas nazbyt świetnem, co należy przypisać niedość ściłej antyseptyce, z jaką traktowano te ropnie, antyseptyce, która w tych razach po przeprowadzeniu szerokiego cięcia winna być najsurowiej przestrzegana.

H. Oderfeld.

(*Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann, Nr. 352*).

## 6. Gruźlica wątroby.

Dopiero w ostatnich kilku latach zajęto się gruźlicą wątroby. Dotąd np. wątrobę stłuszczoną u suchotników uważano jako objaw drugorzędny, zależny poprostu od zaburzenia w odżywianiu. Nowsze badania, przeważnie Francuzów, wykazały, że w stłuszczeniu oraz w sklerozie wątroby, niezależnie od innych momentów etjologicznych, jak np. od wpływu alkoholu, u suchotników pierwszorzędną rolę odgrywają laseczniki gruźlicze i gruzełki, tak, że owe sprawy patologiczne w wątrobie (*steatosis hepatis, cirrhosis hepatis*) należy uważać za sprawę swoistą, natury pasorzytniczej gruźliczej.

Pod względem anatomicznym gruźlica wątroby przedstawia się pod postacią: 1) gruźlicy miąższu i przewodów żółciowych, 2) nacieczenia tłuszczowego i 3) rozlanego zapalenia, prowadzącego w końcu do sklerozy.

U większości suchotników znajdujemy gruzełki niezmiernie drobne, zwykle niedostrzegalne dla nieuzbrojonego oka, w miąższu wątroby w postaci mas szkli-

stych. Czasami taka gruzlica prosówkowa wątroby zlewa się, a w niektórych razach nawet powstają większe guziki, wielkości orzeszka.

Najczęściej gruzlica ogranicza się do przestrzeni otaczającej żyłę wrotną i jej rozgałęzienia; idzie więc za rozgałęzieniem otoczki GLISSON'a (*capsula Glissoni*).

W przewodach żółciowych znajdujemy również gruzełki w najrozmaitszych okresach rozwoju.

Wszystkie te gruzełki przedstawiają zwykłą budowę histologiczną; w każdym razie zauważyć należy, że bogate są w komórki olbrzymie, a ubogie — w laseczniki.

Co się tyczy stłuszczenia wątroby, to ono jest następstwem zakażenia gruzliczego miejscowego: nacieczenie tłuszczowe zaczyna się zawsze w otoczeniu gruzełka. W przypadkach, w których obok stłuszczenia wątroby gruzełków nie znaleziono, punktem wyjścia stłuszczenia były przestrzenie około żyły wrotnej; zdaje się zatem, że jad gruzliczy zostaje w tych razach zaniesionym przez układ żyły wrotnej z kiszek, w których zawsze w takich razach znajdowano wydatne owrzodzenia gruzlicze.

Rozumie się, że obok tego tłuszczotwórczego wpływu gruzlicy, nie można zaprzeczyć w zupełności udziału i innych czynników, jak zmienionym własnościom krwi u suchotników, lub alkoholowi, a mianowicie w tych przypadkach, w których cała wątroba jest stłuszczoną, a gruzełków jest bardzo niewiele, albo nawet ich nie ma.

Gruzełki, prócz stłuszczenia wątroby, wywołują i sprawę zapalną, której punktem wyjścia jest zawsze układ żyły wrotnej. Zapalenie to prowadzi do marskości (*cirrhosis*). Skoro sprawa szybko się rozwija, wątroba nie ma czasu sięgnąć się, a więc jej objętość jest znacznie powiększoną; taka wątroba przedstawia cechy: *cirrhosis hypertrophica, adiposa*. Jeżeli sprawa idzie wolniej, jeżeli tkanka łączna się wytworzyła, to wątroba ma objętość mniejszą, niż zwykle, i przedstawia wówczas wygląd podobny do: *cirrhosis hepatis atrophica*. Jeżeli wreszcie sprawa sklerotyczna jest jeszcze bardziej wydatną, to powierzchnia wątroby jest poorana brózdami głębokimi, a na przekroju widać grube pasma tkanki włóknistej. Taka wątroba makroskopijnie podobną bywa do wątroby syfilitycznej.

Co się tyczy obrazu klinicznego, to ten, według klasycznej pracy HANOT'a i GILBERT'a, bywa następujący.

**P o s t a ć s k r y t a.** Ponieważ objawy za życia ze strony wątroby są mało wydatne, więc dopiero oględziny pośmiertne właściwie sprawę gruzliczą w wątrobie wykryć mogą.

**P o s t a ć o s t r a** odpowiada *cirrhosis hepatis hypertrophica adiposa* i może powstać w każdej chwili przebiegu zwykłej gruzlicy płucnej. Wątroba jest duża, bolesną, w jamie otrzewnej niewiele przesięku (*ascites*), a obok tego duże wydęcie kiszek (*tympanitis*). Ważnym objawem przy tem bywa dość wyraźna żółtaczką. W moczu znajdujemy barwniki żółciowe, urobilinę, i znaczne zmniejszenie mocznika. Stan ogólny chorego ciężki, gorączka, krwawienia, obrzęki kachetyczne, przebieg szybki [około 6 tygodni]: wszystko to przypomina obraz żółtaczki złośliwej (*icterus gravis*).

**P o s t a ć o s t r a w a** może być dwojakiego rodzaju: albo jako *cirrhosis hepatis adiposa*, ale bez przerostu, albo też jako *hepatitis parenchymatosa nodularis*.

W odmianie pierwszej wątroba zaledwie wystaje zpod łuku żebrowego; może nawet być zmniejszoną. Na ucisk wątroba jest bolesną. Puchlina brzuszna jest daleko wydatniejszą, aniżeli w formie ostrej. Śledziona często bywa powiększoną. Żółtaczką — mało wydatną, szczególniejszą z początku. W moczu znajdujemy urobilinę (*urobilinuria*). Stan ogólny ciężki, gorączka, wychudnienie,

obrzęki, krwawienia (*purpura*). Trwa 2—3 miesięcy, śmierć następuje wskutek charłactwa, albo przy objawach żółtaczki złośliwej.

W odmianie drugiej (*hepatitis parenchymatosa nodularis*) wątroba najczęściej bywa nieco zanikłą. Nie jest bolesną. Śledziona powiększona. Puchlina brzuszna duża. Żółtaczki albo zupełnie nie ma, albo bywa ona w bardzo nieznanym stopniu. Jest to jedyna postać, w której nie znajdowano w moczu urobiliny. Postać ta rozwija się daleko wolniej, aniżeli poprzednie, może trwać rok cały, i prowadzi do charłactwa, a nie do obrazu żółtaczki złośliwej.

Postać przewlekła bywa również dwojakiego rodzaju: 1) *cirrhosis tuberculosa* i 2) *hepatitis tuberculosa adiposa*.

Odmiana pierwsza, t. j. *cirrhosis tuberculosa*, może występować nawet bez gruźlicy płuc. Wątroba jest zanikłą (*atrophia*) i nieco bolesną. Śledziona jest zawsze bardzo dużą. Puchlina brzuszna bardzo znaczna i wymagająca częstego wypuszczenia płynu. Tylko w wyjątkowych razach napotyka się żółtaczkę. Mocz zawiera urobilinę (*urobilinuria*). Jak z tego obrazu klinicznego widać, postać ta przedstawia wielkie podobieństwo do formy znanej jako *cirrhosis alcoholica*, t. j. do zwykłej formy LAENNEC'owskiej *cirrhosis hepatis atrophica*, tak, że rozpoznanie różniczkowe może w wielu razach przedstawiać poważne trudności. Opierać się należy poczęści na anamnezie [nadużycie alkoholu, gruźlica w rodzinie], oraz na badaniu płuc [gruźlica], a prócz tego pamiętać o następującej uwadze: w przewlekłej gruźlicy wątroby puchlina brzuszna występuje bardzo wcześnie i bywa bardzo obfita. Kiedy przy sklerozie alkoholowej puchlina brzuszna występuje w okresie późnym, gdy wątroba już jest znacznie zanikłą, to przeciwnie przy gruźlicy wątroby spostrzegamy puchlinę już od samego początku, gdy wątroba zachowała jeszcze wymiary prawidłowe, albo nawet gdy jeszcze jest powiększoną. Do pewnego stopnia za gruźlicą przemawiać może wczesny i wydatny wygląd charłacza (*facies cachectica*): ponieważ przesiek do jamy otrzewnej występuje w gruźlicy wątroby bardzo wcześnie, przeto i kacheksja dość wcześnie zaczyna się rozwijać, a prócz tego nie widzimy takich okresów poprawy, jak to nieraz w marskości wątroby przy odpowiedniej higijenie i leczeniu spotykamy.

Często tę postać gruźlicy wątroby, wobec wyraźnej gruźlicy płuc, lekarz bierze prosto za gruźlicze zapalenie otrzewnej (*peritonitis tuberculosa*), a dopiero sekcja wykazuje, z czem mamy do czynienia. Pamiętać bowiem należy, że nacieczenie gruźlicze wątroby, samo przez się, przy zupełnie prawidłowej otrzewnej, może wywołać dużą puchlinę brzuszna. Przy sekcji znajdujemy w tych razach wątrobę albo podobną do syfilitycznej, albo podobną do LAENNEC'owskiej; pod drobnowidzem wszelako znajdujemy w takiej wątrobie gruzełki i laseczników gruźliczych.

Odmiana druga. Wątroba tłuszczowa gruźlicza często przebiega skrycie. Wątroba bywa nieco powiększoną, nie jest bolesną. W moczu znajdujemy urobilinę (*urobilinuria*), masy kałowe bywają zlekka odbarwione. Chorzy skarżą się na rozmaite zaburzenia w trawieniu. Pod drobnowidzem znajdujemy w takiej wątrobie znaczne nacieczenie tłuszczowe. Jest to jedyna forma wątroby gruźliczej, przy której możemy nie znaleźć gruzełków i laseczników gruźliczych.

Wiktor Grostern.

---

List otwarty do Redakcji Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Z powodu artykułu D-r SĘDZIĄKA: „W kwestyi rozpoznawania, oraz leczenia t. zw. wyrosli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej“, pomieszczonego w N-rach 50 i 51 Gazety Lekarskiej 1890 roku, proszę o umieszczenie kilku następujących wyjaśnień.



Pomijając wiele poglądów autora wyżej przytoczonej pracy, z którymi zgodzić się niepodobna, piszę kilka słów sprostowania, co do punktów, w których zostałem osobiście dotkniętym. Na str. 1013 D-r SĘDZIAK mówi: „Niestychanie ważną jest rzeczą, ze względu na następcze powikłania, odpowiednie zachowanie się po operacji: przedewszystkiem unikać należy stanowczo przestrzykiwania nosa bezpośrednio po operacji. Rękoczyn ten może spowodować zapalenie ucha średniego ze wszystkimi następstwami [przedziurawienie błony bębenkowej i t. d.]. Niektórzy jednak autorowie [WRÓBLEWSKI, MOURE] nie zwracają na tę okoliczność odpowiedniej uwagi i szprycowania takie wykonywają“...

Dażeniem każdego lekarza powinna być czystość przy wykonywaniu małego, czy dużego rękoczynu chirurgicznego. Czystości tej, *resp.* antyseptyce zawdzięcza chirurgia takie olbrzymie postępy w ostatnich czasach. Operacja wycięcia wyrosła adenoidalnych nie należy bynajmniej do tak znowu błahych, ażeby dla niej wyjątkowo nie istniały przepisy ogólnej chirurgii. Przeciwnie, zaliczam ją do operacji, przy których czystość wykonania ma decydujący wpływ na cały przebieg pooperacyjny. Po operacji tej pozostaje duża, otwarta rana w miejscu, obdarzonem wielką ilością naczyń chłonnych, rana, na której przy oddechaniu nosem osiada wiele nieczystości i pyłu z powietrza, przepełnionego szkodliwymi drobnoustrojami; tem bardziej więc wymaga ona antyseptycznego traktowania. Jakim że innym sposobem można tak dokładnie oczyścić ranę jamy nosogardzielowej, jeżeli nie za pomocą przestrzykiwań płynami antyseptycznymi [kwas borny, tymol i t. p.]. Arbitralne zdanie D-ra S., że „należy stanowczo unikać przestrzykiwania nosa bezpośrednio po operacji“ uważam za zupełnie gołosłowne i bezpodstawne, nieoparte na własnem doświadczeniu, lecz na tem, co inni dziś mówią po to, aby jutro od tego odstąpić. Przed tą operacją nie można oczyścić pola operacyjnego szprycowaniem, bo gdy wyrosłe wypełniają jamę nosogardzielową woda, pchana siłą szprycy przez nozdrze, up. lewe, uderza w tylną ścianę z pewnym impetem, a z powodu zapory, stawianej jej z jednej strony przez masę wyrosła, z drugiej przez skurcz podniebienia, nie może przeniknąć ani do nozdrza prawego [jak by to było w zwykłych warunkach], ani do jamy ustnej, lecz z tymże impetem wpada do otworu EUSTACHIJUSZA, co by może jeszcze nie wywołało ropnego zapalenia ucha, gdyby nie to, że woda ta zabiera ze sobą to mnóstwo mikrobów, które jest zawsze w każdym normalnym nosie, a nie dopiero w śluzoropnej wydzielinie, jaka zawsze pokrywa wyrosłe adenoidalne i błonę śluzową nosa w tych razach. Po zupełnem zaś uwolnieniu jamy nosogardzielowej od wyrosła, woda, pchana przez jedno nozdrze, z łatwością wypływa przez drugie lub ustami, gdyż wówczas skurcz podniebienia nie tak szczerlnie oddziela od niej jamę gardzieli.

Staram się zawsze operować według wszelkich zasad antyseptyki, czy to w nosie, jamie nosogardzielowej, gardzieli, czy też w krtani i nigdy tego nie żałowałem. Wyrosłe adenoidalne wycinałem z górną 60 razy, zawsze zaraz po dokonanej operacji wymygam nos i jamę nosogardzielową wielką ilością płynów antyseptycznych i niezależnie od tego wycieram całą ranę tamponem z gazy jodoformowej, zmoczonym w sublimacie [1 na 2000], i ani razu nie miałem żadnego powikłania z tego powodu. Jeden jedyny raz widziałem po tej operacji obustronne ropne zapalenie uszu i to jednak zależało od zupełnie innej przyczyny, o czem zresztą pomówię w obszerniejszej pracy.

Dalej powiada autor: „Jak zapatrywać się należy na kwestyję następczego wypalania resztek, pozostałych po operacji krwawej wyrosła adenoidalnych? Niektórzy autorowie metodę tę stosują. I tak: LUC używa w tym celu żegadła galwanicznego, SEMON pierwotnie używał azotanu srebra [dwukrotnie w ciągu dni 8]. WRÓBLEWSKI również stosuje owe przypalania. Ja osobiście następcze owe przypalania uważam za zbytne, do celu nie prowadzące, są one przytem dla chorych bolesniejsze, niż sama operacja wycinania“.

Raz jeden w przypadku wyjątkowym zmuszony byłem do wypalania resztek wyrosła, gdyż operacja cała wykonana była pod lusterkiem u śpiewaczki scenicznej i przypalenie miało na celu doprowadzenie błony śluzowej jamy nosogardzielowej do możliwie prawidłowego stanu: szło tu nietylko o przywrócenie oddechania przez nos, lecz i o poprawieniu barwy (*timbre*) głosu; cel ten został w zupełności osiągniętym. Wogóle jednak nie stosuję przypalań.

Na tejsze stronicy nieco niżej autor mówi: „...jakkolwiek bowiem po operacji zazwyczaj nie ma objawów ogólnych, groźniejszych, zdarzają się jednak przypadki [SCHECH], w których po operacji występuje silna gorączka z dreszczami, gwałtownym bólem głowy, bóle silne przy połykaniu, obfite wydzielanie się śluzoropnej wydzieliny i t. p.. W tych razach choremu należy zalecić środek czyszczący, oraz sporą dawkę chininy“. Mnie zaś się wydaje, że zamiast przeczyszczenia i chininy najlepiej choremu w „tym razie“ zrobi dokładne wymycie, *resp.* antyseptyczne potraktowanie rany, gdyż

nie wiem, dlaczego autor nie nazwał stanu takiego po imieniu, t. j. zakażeniem, świadczącym o nie dość czysto wykonanej operacji.

Na str. 1015 powiada D-r SĘDZIAK: „Wprowadzać kleszcze należy bezwarunkowo pod kontrolą światła, ażeby nie schwycić między łyżki jęczyczka. Niektórzy autorowie, jak WÓBLEWSKI, zalecają w tym celu rurkę gumową, którą obciągają kleszcze aż do zamka. Jest to, zdaniem mojem, zupełnie zbyt czystym, nie widziałem, by który z lekarzy za granicą sposobu tego używał“. O schwytaniu jęczyczka między łyżki najmniejszej nie ma obawy, gdyż te w chwili otwierania znajdują się już w jamie nosogardzielowej, a jęczyzek wtedy wpada własnym ciężarem pomiędzy rozwarłe krótsze ramiona kleszczy i wówczas „pod kontrolą światła“ widzimy, że gdybyśmy zamknęli kleszcze, jęczyzek zostanie zmiażdżonym; aby tego uniknąć, podałem sposób obciągania tych ramion wspólną powłoką gumową. Jest to drobiazg, który jednak ułatwia operowanie, a że autor nie widział, by lekarze zagraniczni tego sposobu używali“, nie stanowi to jeszcze powodu do potępienia sposobu.

Warszawa 22. XII. 1890 r.

Z poważaniem  
Wróblewski.

## Wiadomości bieżące.

— W Warszawskim towarzystwie lekarskiem powołany został na młodszego bibliotekarza kol. ROMAN JASIŃSKI.

Na członków czynnych towarzystwa lek. wybrani zostali koledzy: BABIŃSKI LEON, BRÜHL LUDWIK, KOHN STANISŁAW, KRYŃSKI LEON, KUCHARZEWSKI HENRYK, NATANSON ANTONI, SOLMAN TOMASZ, ŚWIĄTECKI WŁADYSŁAW, SZWAJCER JAKÓB, WOLBERG LUDWIK i ZAWADZKI JÓZEF.

— Kol. J. PAWIŃSKI spółwłaściciel naszego pisma został mianowany starszym ordynatorem szpitala Ś-go Ducha.

— W Paryżu w szpitalu Salpêtrière obchodzono 12 Stycznia r. b. niezwykłą uroczystość, jubileusz 50-letniej służby szpitalnej panny BOTTARD, która w r. 1841 została przyjętą do usługi w infirmeryi, a obecnie jest główną dozorczynią w klinice prof. CHARCOT'a. W uroczystości tej brało udział mnóstwo dygnitarzy cywilnych, wojskowych, dyrektorzy szpitali Paryzkich, wielu profesorów i lekarzy wraz z żonami. Przy odpowiednich przemówieniach przez PEYRON'a, dyrektora Rady dobroczynności publicznej (*Assistance publique*), przez F. VOISIN'a, prof. CHARCOT'a i GALLET'a, dyrektora szpitala Lariboisière [wierszami], wręczono jubilatce medal złoty od ministerjum spraw wewnętrznych, medal złoty od Rady dobroczynności m. Paryża, wspaniały bronz od szpitala Salpêtrière, zegarek złoty od żony prof. CHARCOT'a, łańcuszek złoty od internów szpitala. Ceremonija zakończyła się odpowiednią ucztą.

— Zmarli: W Paryżu zmarł D-r BAILLARGER, jeden z najznakomitszych psychiatrów francuzkich, autor mnóstwa dzieł z dziedziny chorób mózgu.

W d. 11 Stycznia r. b. w Mławie zmarł kol. D. GRODZIŃSKI w 25 r. życia, zarażony się tyfusem plamistym. Zostawił szczery żal pośród grona swoich kolegów.

## Odpowiedzi Redakcyi.

Kol. F. Gr. w Prenach. Tytuł: *Centralzeitung für das Koch'sche Heilverfahren. Fried et Comp.* w Berlinie. Wartość mała, gdyż redagowana i opracowywana nie przez lekarzy.

**Sprostowanie.** W N-rze 4 na str. 76, wiersz 22 od góry zamiast: Imci, powinno być: Jaśnie, D-r ZALESKI, naczelny lekarz szpitala Ś-go Ducha donosi nam listownie, iż chorą na wilka, o której mowa w artykule kol. BUJWIDA [Nr. 4, str. 69] opiekował się nie kol. SREBRNY, lecz miejscowy lekarz tegoż szpitala kol. BĄCZKIEWICZ, który upoważniony był przez naczelnego lekarza do czasowego prowadzenia oddziału.