

L. Kusonemus



PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY

Za upoważnieniem Rządu

REDAKTOR GŁÓWNY

Dr. H. ŁUCZKIEWICZ,

CZŁ. TOW. NAUKOWEGO W KRAKOWIE, TOW. LEKARSKIEGO
W WILNIE, DOCENT PATOLOGII I TERAPII SPECYALNEJ
W AKADEMII MEDYKO-CHIRURGICZNEJ W WARSZAWIE

SERYA IV.

Poszyt I. (Styczeń.)

OGÓLNEGO ZBIORU TOM XLVII.

Ścisłe badanie — proste leczenie.

Stawem

WARSZAWA,

Nakładem Księgarni J. KAUFMANN i Sp.
przy ulicy Krakowskie Przedmieście, Nr. 442 (71).

—
1862.

Biblioteka Główna
WUM



TRZEŚĆ POSZYTU

A. Prace oryginalne;

1. *Ścisłe badanie, proste leczenie.* Od Redakcyi... 3.
2. Zgorzel kości fosforowa. Całkowite wypłowanie obydwóch szczęk górnych, Prof. Dr. *Girsztowt*.... 12
Guz rakowaty, nerwu wzrokowego, prof. Dr.
..... 20
4. Spróbowanie szpitalne. Dr. W. *Lubelski*..... 25

B) Literatura zagraniczna:

- 5: Nacieczenie rakowe, ostre, Dr. *Łuczkiwicz*..... 38
6. O zmianach temperatury ciała w zapaleniu płuc
tegoż..... 46
7. O Tumorach czyli guzach w jamie brzusznej Dr.
Rozenzweig..... 51
8. O wdychaniu wód mineralnych, Dr. *Sztummer*.... 56

A. Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego:

10. Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego, pierwsze
i drugie .,..... 63
11. Korrespondencja z Kamieńca Podolskiego. 67

S P I S R Z E C Z Y

prze k o Ń c u t o m u .



Ścisłe badanie-proste leczenie.

Każdy, kto jakiegokolwiek w życiu podejmuje się pracy, chociażby zakres działania i wynikłości tejsze, bardzo szczerpłemi nawet zakreślone były granicami, ma obowiązek rzetelnego zbadania przedmiotu, w którym pracować zamysła i stanowczego wytknięcia celu, jakiego pracą swą dosięgnąć zamierza. Jeżeli obowiązek ten ciąży na każdym człowieku i w każdym pojedyńczem zatrudnieniu jego, o ileż bardziej dotyczy zasada ta tego, który przedsięwzięcie pracę *ogólnego* znaczenia, rozległej doniosłości, w której *wszyscy* światlejsi udział biorą, z której dla *całego narodu* korzyści płynąć mają. A taką właśnie czynnością jest obowiązek redaktora czasopisma lekarskiego; tak go przynajmniej pojmować należy, tem bardziej u nas, gdzie publicystyka w ogólności, a zwłaszcza ściśle naukowa, tak mało dotychczas okazuje znaków życia, a jeszcze mniej może obudza zajęcia w publiczności i mniej, jakby tego rzecz sama z siebie wymagała, wywiera wpływu na wykształcenie czytających i rozwój nauki, którą się zajmuje. Obejmując przeto, poruczoną mi przez uchwałę Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, redakcją Pamiętnika tegoż Towarzystwa, czuję się obowiązany tak Towarzystwu, które mię pracą

tą zaszczyciło, a którego własnością jest niniejsze pismo, jako też czytelnikom jego, przedłożyć zasady, którymi się w wydawnictwie kierować zamyslałam, i wskazać główny cel, do którego za pośrednictwem powierzonego czasopisma dążyć postanowiłam.

Głównem i ostatecznem założeniem Pamiętnika pod moim kierunkiem wychodzącego, ma być *rozkrzewianie postępu medycyny praktycznej, na podstawie wszechstronnego rozwoju nauki lekarskiej w szczegółowych jej gałęziach*, a zasadą w pracy tej pośredniczącą, czyli środkiem do zamierzonego postępu prowadzącym, godło na czele pisma zamieszczone, to jest: *ściśle badanie-proste leczenie*.

Potrzeba wszechstronnego rozwoju nauki lekarskiej w kraju naszym i ważność korzyści dla ogółu ztąd wynikających, są tak jasne, i same przez się wymowne, że nie widzę potrzeby dłuższego nad tym przedmiotem rozpisywania się. Niedostatek wymaganego rozkrzewiania i brak korzyści jego, czuje każdy z nas za nadto żywo, aby prawdziwość zdania bliżej rozbieraną i nowemi dowodami popieraną być miała.

W artykule tym, służącym niejako za przewodnika pisma naszego, zamierzyłem sobie, powiedzieć kilka słów o zasadzie, którą do założonego celu postępować postanowiliśmy, a którą wyraziliśmy w słowach: *ściśle badanie-proste leczenie*.

W słowach tych zawiera się zdaniem naszym, nie samo tylko hasło czynności lekarskiej pojedynczego człowieka, nie samo zadanie pojedynczego czasopisma lekarskiego, ani nawet dążność szczegółowego, odrębnego stronnictwa, czyli tak zwaną szkołę medyczną, ale przeciwnie *zasada ta powinna być i jest rzeczywiście panu-*

jącą obecnie w całej nauce, której kapłanami być się zaszczycamy.

Dziwna zaiste, że po tyluwiekowym życiu, po tylo-licznych kolejach losu, jakie medycyna od początku swego, aż do naszych czasów przechodzić musiała, stała się nauka lekarska dziś znowu na tem stanowisku, jakie wyznaczył nieśmiertelny mistrz *Koicki Hipokrates* swojej, w pierwszym zarodzie powstającej sztuce.

Pod względem jak najściślejszego badania chorego bowiem, czytamy w piśmie: „Epidemicorum liber“ w rozdziale trzecim „Morbos dignoscimus edocti, ex communi omnium natura, et ex uniuscujusque proprio, ex morbo, ex his quae offerruntur, ex eo qui offert.....Sudor, rigor, frigiditas, tussis, sternutationes, singultus, spiritus, ructus, flatus silentes, strepentes, sanguinis eruptiones, hemorrhoides; ex his autem, et quae per haec fiunt, considerandum.“

Za wzorem i przykładem Hipokratesa, poszli nietylko najdzielniejsi lekarze greccy, ale także wszyscy najznakomitsi mężowie nauki wszystkich wieków i każdy z wielkich reformatorów Medycyny, którzy wprowadzając do nauki nowe myśli, pojęcia i zasady, w gałęzi dyagnostycznej do prawidła przez Hipokratesa wskazanego zwrócić się byli zmuszeni. Zadziwiać to nas z resztą wcale nie może, gdyż najprostszy rozum pojmie łatwo, że o leczeniu mowy być niemoże tam, gdzie niema dokładnego rozpoznania, a rozpoznania stanowić nie może, kto chorego starannemu niepodda badaniu. „*Jak podstawą Fizyologii musi być Anatomia, a Patologia ostać się nie może bez Fizyologii, tak samo Dyagnostyka musi być główną podstawą Terapii.*“

Bez Dyagnostyki niemasz Terapii, jak niemasz Patologii bez Fizjologii, o to pierwsza połowa naszego godła, a tem samém i głównego założenia naszego czasopisma.

Drażliwszą, że się tak wyrażę, częścią naszego zdania jest myśl, w drugiej połowie wyrażona słowami „proste leczenie.“ Nie jeden z kolegów zagadnąć nas może jakie znaczenie przywiązujemy do pojęcia „proste leczenie?“ Czy to oznaczać ma przedłuższe użycie jednego środka, czy tańszego albo ludowego lekarstwa, czy może leczenie wielu chorób tym samym sposobem, albo systematyczną Terapię jakiego Koryfeusza, czy zresztą leczenie wyczekujące albo nawet skeptyczne i nihilistyczne?

Odpowiedź na to pytanie jest w rzeczy samej trudna *do wypisania*, ale nie trudna wcale dla zrozumienia lekarzowi, który usiłował zbadać stanowisko dzisiejszej nauki i dla kogo historia Medycyny nie jest obcą.

Zasada prostego leczenia nie jest bynajmniej rezultatem nowszych poszukiwań lub rozumowań na polu umiejętności lekarskiej. Przeciwnie, jest to jedno z najwcześniejszych prawideł Medycyny, które niestety, z niepowetowaną dla nauki i ludzkości szkodą, przez długie wieki, dzięki wrodzonej człowiekowi żądzy mędrkowania i nowatorstwa, dziwaczniemi, najczęściej błahemi syllogizmami i przewrotnem tłómaczeniem postrzeżeń klinicznych, niezręcznie wykładaniem, albo samowolnie przekręcanem było.

Już pierwszy twórca sztuki lekarskiej Hipokrates, położył najistotniejszą podstawę naturalnego, czyli prostego leczenia, głęboko pomyślanem zdaniem: *Νούσων φύσις ἴατροι* (morborum, natura medicatrix), równie jak arcyznaczącem: *Κατὰ φύσιν*. (secundum naturam).

We wszystkich pismach Hipokratesa, a mianowicie w rozprawach: *De prisca medicina*, *De victus ratione in acutis*, *Aphorismi*, znajdujemy obfity jeszcze dla nas, zapas najszczytniejszych i najtrafniejszych myśli i zdań odnoszących się do powyższej zasady, którą niezachwianie kierował się lekarz Koicki. Gdy dla oszczędzenia czytelników nie możemy dłużej zajmować się rozbiorem dzieł Hipokratesa, przytaczamy tu zdanie znakomitego historyka *Haesera*, który w tym przedmiocie tak pisze:

„*Den grössten Ruhm und die unvergänglichste Ehre hat sich Hipokrates erworben durch die Naturgemässheit seiner therapeutischen Grundsätze und die Einfachheit seines ärztlichen Handelns.....* „*am meisten aber, ist der Arzt von Kos zu allen Zeiten gepriesen worden, wegen seiner hohen Achtung vor dem Walten erhaltender Naturkräfte, auch inmitten der anscheinenden Zerstörung.* (*)

Całą wartość téj zasady, ocenili słusznie następcy Hipokratesa; wszyscy najszacowniejsi lekarzy po wszystkie czasy zalecali najmocniój to prawidło terapeutyczne, i z największą przechowywali je wiernością, a takimi są: *Erasistratus*, *Arteus*, *Galen*, *Alexander Trallianus*, daléj *Sydenham*, *Boerhave*, *Hofmann*, *Baglivi* wreszcie *Barthez*, *van Svieten*, *Hufeland*, *P. Frank*, *Hildebrand* i t. d. a nawet z pomiędzy lekarzy naszych czasów, wszyscy uczeni, po długoletniem doświadczeniu zwracają się do téj zasady, jako *jedynéj* i *najpewniejszéj*.

A zatem, nie *Communia remedia Methodystów*, ani *Teriak Adromacha*, ani *Arkanum Paracelsa*, ani *Tartarus stibiatus Rasorego*, niemniój jak *côu sîr côu Bouil-*

(*) Lehrbuch der Geschichte d. Medicin str. 59.

lauda i *Cuprum Rademachera* albo *Mixtura Gummosa Hamernika*, nie stanowią wcale istoty prostego leczenia, ale: *postępowanie stanowcze, naturze choroby odpowiednie, wprost do celu zmierzające, posiłkujące się środkami pojedynczemi bez zagmatwania farmaceutycznego, ale skutecznemi*, oto zasada i cel prostego leczenia. Że tego rodzaju stanowcza, świadoma siebie Terapia nie może powstać, rozwinąć ani utrzymać się bez równie ścisłej i stanowczej dyagnostyki, i że tylko ta sama, jedynie i wyłącznie tamtęj miejsce w nauce wyrobić zdoła, nie potrzebuje dowodów.

W określeniu założenia Pamiętnika powiedzieliśmy: *rozkrzewianie postępu medycyny praktycznej*. Oświadczenie to wyraźne, położyliśmy na zasadzie niezwichnionego przekonania, że *ostatecznym kresem dążności medycyny* i najszczytniejszem zadaniem lekarza, nie może i nie powinno być nic innego, jak: *leczenie i uzdrowienie chorego*. Jakiegokolwiek wzniosłe, szlachetne i zaszczytne mogą być innego rodzaju dążenia mężów, uprawiających, oddzielne gałęzie nauki medycznej, jakakolwiek świetność otacza wypadki ich dociekań i rozumowań abstrakcyjnych utracają one pożądaną swą barwę, jeżeli rezultat ich nie zmierza do postępu *medycyny zastosowanej*. Medycyna wtedy dopiero stanie się prawdziwą i czynną, jeżeli każde dochodzenie, każde pojedyncze postrzeżenie, nacechowane będzie *pożytkiem terapeutycznym*. W uzupełnieniu zatem powyższych zdań naszych, dodajemy tu jeszcze: ***jak bez Dyagnostyki nie masz Terapii, tak bez Terapii nie masz Medycyny***. Taki to właśnie charakter, na chlubę dla lekarzy i szczęście dla chorych, przybrała medycyna dzisiejsza, a którego to pożytecznego zwrotu kierunku wskazał czcigodny *Sydenham*.

Pojmując w ten sposób zadanie medycyny, nie mamy tu bynajmniej zamiaru, lekceważenia innych pomocniczych gałęzi rozległej nauki, ani uszczuplenia zasług tych, którzy trudnym i zmuśnym badaniom teoretycznym, mikroskopowym i chemicznym, siły swe poświęcają. Prace te oceniamy wysoko, wypadki dochodzeń tych, chwytamy chciwie i przechowujemy z wdzięcznością, ale zasługi tych uczonych, mierzymy wedle stopnia terapeutycznej użyteczności ich owoców.

Dla tego też założenie nasze, lubo przeważnie praktyczne, niewyklucza bynajmniej z pisma naszego artykułów treści teoretycznej, i owszem, będziemy je skrzętnie wyszukiwać i z ochotą zamieszczać o tyle, o ile one będą miały związek z medycyną praktyczną.

Treść każdego zeszytu składać się będzie: *a*) z rozpraw oryginalnych w jakiejkolwiek z licznych gałęzi medycznych przez rodaków napisanych, i sprawozdań z czynności szpitali krajowych, których wartość i znaczenie powszechnie uznane zostały, *b*) z artykułów podających w tłumaczeniu wiadomości z pism zagranicznych (których 20 służy na użytek redakcyj) z doborem naszego założeniu odpowiedniemi, a które to tłumaczenia w medycynie, nie tylko że nie mogą ujmować, ale przeciwnie dodawać muszą wartości pismu, czyniąc je przystępniejszym i użyteczniejszym, *c*) z protokołów posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, na ostatek, *d*) z rozporządzeń rządowych, korespondencyj i krótkich, a użytecznych doniesień rozmaitej osnowy.

Wyłożywszy w ten sposób cel zakreślony Pamiętnikowi, którego redakcją podejmuję i stanowisko, jakie pismo to, od 24 lat wychodzące, mojem zdaniem dziś zająć powinno, pozostaje mi w końcu zanieść prośbę

do szanownych P. T. Kollegów, Professorów, Lekarzy ordynujących w Szpitalach i wolno praktykujących, niemniej pp. Weterynarzy i naukowych Aptekarzy, aby pracami swojemi raczyli wspierać mnie w dopełnieniu tego trudnego obowiązku, od czego zależy będzie wzrost czasopisma, a tem samem i postęp nauki lekarskiej w kraju, a wykonanie któregożo zamiaru, nie tyle od samego redaktora, ile od gorliwości współ-pracowników zawisło.

Dnia 30 Stycznia 1862 r.

Dr. Łuczkiwicz.

Redaktor Pamiętnika Towarzystwa
Lekarskiego w Warszawie.

Zgorzel kości fosforowa. Całkowite wypilowanie obydwóch
szczęk górnych (*Necrosis phosphorica, Resectio totalis utriusque
maxillae superioris.*

opisał

Dr. GIRSZTOWT,

*Professor chirurgii w medyko-chirurgicznej Akademii
w Warszawie.*

Już lat 30 ubiega od czasu, jak zapalniczki chemiczne weszły w powszechne użycie. Niemcom należy się sława wynalezienia ich. Rok 1834 powszechnie znaczą jako początek fabrykacji zapalek. *Wiedeń* i *Darmstadt* nasamprzód stały się głównymi ogniskami tego wyrobu. Od 1836 roku, ta gałąź przemysłu przeszła do Francji; Paryż, Lyon i Sarreguemines na szeroką skalę rozwinęły u siebie wyrabianie zapalek. W tychże latach i w Warszawie zawiązały się dwie fabryki tego wyrobu, a założycielami ich byli *Waszański* i *Hirschenfeld*. W obecnym czasie następne fabryki istnieją w naszej stolicy: 1) *Semela*, na Rybakach, Nr. 2567; 2) *Zygmunta Hirschenfelda*, w tak zwaną gęsią karcznię, ulica Gęsia; 3) *Winterhofa*; 4) *Weinberga* na ulicy Śliskiej; 5) *Araona Kalwari* za rogatkami Wolskimi; 6) *Robert Hirschenfelda* przy ulicy Marszałkowskią. Prócz tych, o ile wiadomo, kilka nowych fabryk jeszcze się urządza, a nadto,

jak w samój Warszawie, tak i na prowincyi mnóstwo osób zajmuje się potajemnie wyrabianiem zapalek.

Kiedy Technologia winszowała sobie tego nowego i rzeczywiście dogodnego wynalazku, a fabrykanci cieszyli się z korzystnego odbytu swojego wyrobu, Medycyna bardzo prędko zaczęła zapisywać na stronicach swoich dziejów, nowe ofiary z powodu szkodliwego wpływu fosforu na zdrowie wyrobników zapalek. W 1839 roku w Wiedniu, umarła wyrobница w skutek otrucia fosforem na fabryce zapalek; pierwszy ten wypadek śmierci w piśmiennictwie lekarskiem znany, pozostał prawie niepostrzeżony; w roku 1843 umarła druga chora, też w Wiedniu, w skutek zgorzeli fosforowej szczęki dolnej i gruźlicy płucnej. Odtąd lekarze zaczynają zwracać uwagę na urządzenie fabryk chemicznych zapalek, oraz na szkodliwe działanie fosforu na zdrowie ludzkie, i w r. 1845 po raz pierwszy, został opisany nowy rodzaj zgorzeli kości pod nazwą: „Necrosis maxillarum phosphorica, Phosphornecrose der Kiefer, Nécrose phosphorée. Autorem opisu téj mało znanéj jeszcze choroby był Niemiecki uczoney *Lorinser*. Od tego czasu, obserwacye choroby i wypadki śmierci coraz gęściej się mnożą; Warszawa nie mało też liczy nieszczęśliwych ofiar pomiędzy wyrobnikami na fabrykach zapalek; w ciągu dwóch lat miałem sposobność obserwować *sześciu* chorych ze zgorzela fosforową kości, z których dwaj, na szczególną zasługują uwagę tak ze względu stopnia rozwoju choroby, jak również i z ważności wykonanych przezemnie operacyi w celu uleczenia choroby.

Chcę mówić tutaj o *całkowitej* zgorzeli obydwóch szczęk górnych i szczęki dolnej, oraz o *całkowitem* ich wycięciu z pomyślnym skutkiem.

Ponieważ *resectio totalis utriusque maxillae superioris*, oraz *excisio totalis maxillae inferioris*, o ile mi wiadomo, po raz pierwszy na Polskiej ziemi przezemnie zostały wykonane, i zgorzel fosforowa kości, która była powodem do tych operacji, w piśmiennictwie lekarskiem polskiem także nie była opisana, czuję się zatem w miłym dla mnie obowiązku wyłożyć obecny stan nauki o zgorzeli kości fosforowej (*necrosis phosphorica*), a następnie rozebrać znaczenie i wskazać sposoby całkowitego wycięcia szczęk górnych i dolnej.

Literatura. W roku 1845 napotykaemy pierwsze opisy zgorzeli fosforowej. *Lorinser* pierwszy wystąpił z samodzielną pracą; rozprawę swą p. n. *Nekrose der Kieferknochen in Folge der Einwirkung von Phosphordämpfen* pomieścił w *Oester Jahrb. 1845 Marzec t. 51 str. 257; Wien. Zeitschr. Bd. VII 1851: 1*; a także i w *Schmidts Jahrbücher, 1851, t. 71, p. 82*. Za podstawę do pierwszej pracy *Lorinsera* służą dziewięć obserwacji. W tymże roku prof. *Heyfelder* zrobił resekcję dolnej szczęki u młodej wyrobnicy z powodu zgorzeli fosforowej, a Dr. *Bibra* dokonał rozbioru chemicznego i mikroskopicznego chorej kości (*Heyfelder, Preuss. Vereinsz. 1845, N. 45; i Archiv für physiol. Heilkunde. Stuttgart, 1845, p. 400*). Dnia 7 Sierpnia 1845 r. Dr. *Strohl* czytał swą rozprawę na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Strasburgu p. n. *Note sur une nécrose particulière des maxillaires, développée dans les fabriques d'allumettes chimiques*, którą następnie wydrukował w *Gazette médicale de Strasbourg, 1845, Nr. 20, p. 360*.

W 1846 roku trzej niemieccy uczeni *Dietz, Rose* i *Blumhart* w pracach swoich czytanych na kongresie naukowym w Nürembergu, starają się dowieść, że zgorzel

fosforowa głównie zależy od obecności arszeniku w massie, używaną do przygotowania zapalek chemicznych (Dietz, Corresp. Blatt, 1852, t. 22, Nr. 52 i 76). W tymże roku Th. *Roussel* przysłał swe poszukiwania nad chorobą w mowie będącą, do Akademii umiejętności w Paryżu p. n. ., *Recherches sur les maladies des ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques*, (*Revue médicale*, mars et mai 1846), a w r. 1848 wydał osobne dzieło: *Nouveau manuel complet pour la fabrication des allumettes chimiques*. W Marcu tegoż 1846 roku Profs. *Sédilot* dostarczył nowego materiału do nauki o zgorzeli fosforowej, ogłaszając trzy obserwacye chorób z kliniki chirurgicznej w Strasburgu (*Académie des sciences*, 9 Marca 1846 r. i *Gaz. méd.* 1846, p. 214). Kiedy tak liczne i ze wszechmiar niepokojące ogłaszano postrzeżenia o *necrosis phosphorica*, — w Lipcu 1846 roku *Dupasquier* w Lyons zwiedził fabryki zapalek, i na zdumienie wszystkich, to wyniósł przekonanie, że fabrykacja fosforu i zapalek niema nic w sobie niebezpiecznego dla zdrowia ludzkiego, a zdarzające się czasem nieszczęsne wypadki przypisał obecności arszeniku, (*Mémoire relatif aux effets des émanations phosphorées sur les ouvriers employés dans les fabriques de phosphore et les ateliers où l'on prépare les allumettes chimiques*. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Juillet, 1846, t. 36, p. 342). W tymże czasie nowe przedstawił obserwacye: *Pluskal* (*Oesterreichische medicinische Wochenschrift*, 1846 r. Nr. 30), *Neumann* (*Preuss. Vereinstiftung*, 1846. Nr. 28, 30 i 31; i w *Canstatts Jahresbericht*, 1846, t. 3 i 4, p. 312); *Hubauer* (*Württemberg. méd. Correspondenz-Blatt*. 1, *Gazette méd.* 1846, p. 350) i *Geist* (*Bayer. Corresp.* Nr. 13—17).

Rok 1847 wydał kilka nader ważnych rozpraw i dzieł o zgorzeli fosforowój, między nimi pierwsze zajmuje miejsce szacowna praca. „Die Krankheiten der Arbeiter in den Phosphorzündholzfabriken, insbesondere das Leiden der Kieferknochen durch Phosphordämpfe, von Ernst v. Bibra und Lorentz Geist.“ Dzieło to po dziś dzień jest najzupełniejszym traktatem o fosforowój zgorzelinie kości. Francuzcy uczeni *Bricheteau*, *Boys de Loury* i *Chevallier* wykazali różnice zgorzliny fosforowój kości od zgorzliny wskutek innych przyczyn pochodzącej, (*Mémoire sur la fabrication des-allumettes chimiques. Academie des sciences, 5 Avril 1847*). Kilka lat potem *Chevallier* wydrukował oddzielnie: *Rapport fait à l'académie de médecine, le 12 Septembre 1854 sur un mémoire de M. Caussé d'Alby, sur l'empoisonnement par les allumettes chimiques; i w Annales d'hygiene et de médecine legale (Kwiecień 1856), pomieścił „Notice historique et chronologique sur l'innocuité du phosphore rouge introduit dans l'economie animale.“* W tymże 1847 r. *Meyer Hoffmeister*, pomieścił kilka obserwacji w *Schweizer Zeitschr N. F. B. III, H. I.*—W 1848 r. *Blandin* (*Union médicale, p. 101* *nécrose de la machoire inférieure, ayant nécessité l'extraction complète de cet os*) i *Hervieux* (*Union méd. p. 200, de la nécrose des mâchoires produite sous l'influence des vapeurs phosphorées dans la fabrication des allumettes chimiques*) wydrukowali swe postrzeżenia o zgorzeli fosforowój.

W roku 1849 Angielscy uczeni *Taylor w Nottingham* (*The Lancet, Nov. t. 2 p. 498*) i *Hanley* w Londynie (*The Lancet, t. II, p. 529*) opisali nowe wypadki choroby w mowie będącej. We Francyi prof. *Maisonneuve* podał obserwację zupełnej zgorzeli obydwóch kości

szczęki górnej (Ablation sous-cutanée des deux maxillaires supérieurs atteints de nécrose par le phosphore, Gaz. des Hôpit. 1849 p. 218 i 1850 p. 410).

W roku 1850 *Jungken* i *Bührig* opisali też zupełną zgorzel obydwóch kości szczęki górnej (Deutsche Klinik, 1850 Nr. 5 i 8, oraz Schmidt's Jahrbücher, 1850 N. 66, p. 347), *Beaugrand* w Journal des Connaissances médicales pratiques (Juillet 1850, p. 400) podał obserwację zgorzeli szczęki dolnej. Prof. *Virchow* też w 1850 r. opisał wypadek zupełnego odrodzenia się (regeneratio) jednej połowy kości szczęki dolnej, zniszczonej wskutek zgorzeli fosforowej (Verhandlungen der phys. medic. Gesellschaft in Würzburg, 1850 t. I w Archives gén. de méd. 4 Série. t. 27. p. 215). *Kleyporth* w the Lancet (1850, t. 1, p. 44) wydrukował jeszcze jedno postrzeżenie z tegoż roku.

W 1851 roku *Ebel* w Caspers Wochenschrift Nr. 10 i 11 zamieścił swe uwagi o wpływie fabrykacji zapalek chemicznych na zdrowie robotników. *Mayer* w Würt. Med. Corresp. (Nr. 36) podał też kilka uwag o zgorzeli fosforowej.

W 1852 roku zjawily się prace: *Maschka* z Pragi o wyrobie zapalek pod wzgledem policyi lekarskiej (Canstatt's Jahrb. t. VII, p. 15), *Weiche* (Med. Zeit. v. d. Verein für Heilkunde in Preussen, N. 16, 23, 44), Geista o reprodukcji szczęki dolnej po zgorzeli fosforowej (Erlangen, 1852, z 2 kolor. tablicami), i *Bigelowa* o zgorzeli i szczęki górnej i kości nosowych (American: journal of the Med. sciences, 1852, VI. p. 82). Od 1850 roku zaczyna się nowa era w wyrobie zapalek chemicznych. *Schroetter* (w Wiedniu) dowiódł, że fosfor czerwony czyli bezkształtny, przez niego bliżej zba-

dany, nie wywiera szkodliwego wpływu na zdrowie ludzkie jak fosfor biały, który dotychczas wyłącznie był używany do wyrobu zapałek. W r. 1851 chociaż zaczęto robić zapałki z fosforu czerwonego, fabrykacya ta jedna do r. 1855 była tylko w zawiązku, od tego jednak czasu, znajdujemy ją w pełnym rozwoju na fabrykach *Coignet'a* w Lyonie i *Camaille*, w Paryżu. Za danem hasłem przez *Schroettera*, wkrótce wystąpił cały obóz pracowników i badaczy co do sposobu działania fosforu czerwonego, mianowicie: *de Vry*, *Bussy*, *Raynal*, *Lassaigne*, *O. Henry* i *Chevallier*, wszyscy oni w zupełności podzielają zdanie swego przywódcy. *Orfila* i *Rigout* (Note sur l'action que le phosphore rouge exerce sur l'economie animale et sur l'empoisonnement par le phosphore ordinaire. Académie des sciences, seance de 5 Fevrier 1856, Archiv gén. de Méd. 1856, t. I. p. 373) wykazali nieszkodliwość fosforu czerwonego przyjmowanego wewnątrz w wielkich nawet dawkach (dosis). W tymże kierunku, pojawiły się prace *Tardieu* (Etudes hygiéniques et Méd. lég. sur la fabrication et l'emploi des allumettes Chimiques. Annales d'hygién. et de Méd. lég. Juillet 1856, t. VI, p. 1), *Glenard'a* (sur la fabrication du phosphore et des allumettes phosphorées à Lyon. Gaz. Méd. de Lyon, 1856, p. 95), *Nélaton'a* (Leçon clinique sur la necrose des os maxillaires produits par le phosphore. (Monit. des hôpit: 17 Juillet 1856), *Kuechlera* (Gaz. Hébd. 1856, p. 188) i *Trélat*, (de la necrose causée par le phosphore 1857, Paris). Do szacownych prac o fosforze odnieść winniśmy traktat Prof. *Mayera* (w Bonn): Ueber den Phosphor und seine Wirkung auf den thierischen Körper als Arzneimittel und Gift, — Dra *Ehrle*, Charakteristik der acuten Phosphorver-

P. T. L. W. Tom XLVII.

giftung d. Menschen. W ostatnich czasach o działaniu fosforu, pisali *Herzog, Dankworth, Hauff, Scherer* i w. i.; w Dorpacie i Berlinie wyszło kilka inauguralnych rozpraw: de necrosi phosphorica; w roku zeszłym nauuczające toczyły się rozprawy o fosforze i zapałkach w Akademii lekarskiej w Paryżu, które w peryodycznych piśmiech lekarskich podane były. W piśmiennictwie lekarskiem polskiem, nie było jeszcze ani wzmianki o zgorzeli fosforowój kości, chociaż ta straszna choroba często gęsto zdarza się w Warszawie; ostatniemi tylko czasy, wydrukowane zostały ze strony rządu prawidła dla zakładających fabryki zapałek.

Przy opisie zgorzeli kości fosforowój, korzystać będę z przytoczonego powyżej materiału, jak niemniej z szczęściu własnych moich postrzeżeń; dla bliższego jednak zbadania przedmiotu w mowie będącego, zwiedziłem wszystkie fabryki zapałek istniejące w Warszawie, zwracając szczególną uwagę na higieniczne warunki, w których postawieni są pracujący na fabrykach, oraz na stan zdrowia robotników, przyczém nieomieszkałem zbadać ich dziąsła, zęby, kości, twarzy i czaszki. Bez najmniejszej chęci ostrzeżenia kogokolwiek bądź wyznać muszę, że wycieczka ta do fabryk chemicznych zapałek, najsmutniejsze na mnie zrobiła wrażenie. Wszystkie fabryki, z małym wyjątkiem zakładu Roberta *Hirschenfelda*, pomieszczenie mają bardzo ciasne; dobra wentylacya nigdzie nieurządzona, cała procedura wyrobu zapałek, jak przygotowanie masy fosforowój, maczanie patyczków, suszenie ich, układanie w pudełka, odbywa się w jednym małym pokoju, do którego wchodząc czuje się nieprzyjemny zapach, do zapachu czosnku pobobny, dostrzegają się białe obłoczki od ulatniania pary fosforu pochodzące,

w skutek czego oddech robi się trudnym, kaszel się wzbu-
dza i rozwija się ból głowy. W podobnej atmosferze
robotnicy zostając bez przerwy dnie całe, nabywają nie-
żyty płuc, następnie ulegają gruźlicy, w kościach zaś
twarzy i czaszki rozwija się zapalenie, którego bezpośre-
dnim następstwem bywa zawsze zgorzel, najczęściej
w szczęce dolnej, lub górnej obierając sobie siedlisko.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Guz rakowaty nerwu wzrokowego.

Obserwacya Dra Szokalskiego, Professora Okulistyki
w Akad. med. chirurgicznej, Dyrektora Instytutu Oftalmicznego
w Warszawie.

W początkach roku 1855, przedstawiono mi w Instytucie Oftalmic: w Warszawie, dziecko wiejskie czteroletnie, dobrej budowy, zdrowe i dobrze odżywione, dotknięte na lewym oku znacznych wymiarów exophtalmią, czego przyczynę rodzice wyprowadzali z silnego uderzenia, otrzymanego w skroń przed czterema lub pięcioma miesiącami. Gałka oka wystawała znacznie, powieki jednak dosyć ją przykrywały; będąc wypchnięte naprzód, nie zezowało wcale i zachowywało ruchomość zupełną; między okiem a brzegiem oczodołowym tegoż, nie można wysledzić ani twardości, ani chęłbotania, jedynie tkanka łączna była więcej wystająca i przedstawiała większą sprężystość; wzrok był zachowany w zupełności, dziecko rozróżnić mogło zegarek, rękę i t. p. przedmioty; źrenica zachowała prawidłowe rozmiary i ruchomość.

Dno oka badane oftalmoskopem, okazywało się przez środki przezroczyste prawidłowe, tylko rozgałęzienia żyły od środkowej, były więcej rozszerzone i przedstawiały wyraźne tętnienie w czasie nacisku na gałkę.

Dziecie dosyć wesołe, skarżyło się na bóle w czole i skroni lewej przychodzące od czasu do czasu, które w ostatnich dwóch tygodniach, stały się tak mocne, iż pozabawiły dziecko snu, oddziałując i na stan ogólny; zauważano również, że oko coraz więcej poczyna wystawać. Wtedy błona łączna zaczęła się czerwienić, puchnąć i powieki nie mogły zakryć samej gałki. Wkrótce, rogówka stała się tak nieprzezroczystą, iż nie można było rozróżnić źrenicy—a oko, które poprzednio dotknięte było światłowstrętem, stało się nieczułem, wtedyto i drugie oko uległo również podrażnieniu sympatycznemu.

Było więc widocznem, iż z tyłu gałki znajdował się guz, cisnący na nerw optyczny, bez zupełnego wszakże zniszczenia jego, ponieważ wzrok zachowywał się bardzo długo, pomimo wypchnięcia samego oka; byłem również przekonany, że guz ten nie przylegał ani do gałki, ani do samego oczodołu, ponieważ w takim razie wywarłby swój wpływ niekorzystny na ruchy samego oka, czego tu nie widzimy.

Nieobecność pulsacyi tatniakowej i brak znaków, przy guzach sprężnych naciskiem arteryi szyjnych wywołanych, jakoto twardości, trzeszczenia, chęłbotania w obwodzie gałki oka, pozwalały mi przypuszczać, że mam do czynienia z guzem torbielowatym, który się rozwija w tylnej części oka, obok nerwu optycznego, pomiędzy mięśniami prostymi.

Biorąc więc na uwagę, tak zdrowie chorego jak niepodobieństwo zachowania oka, przedsięwziętem bezwzględnie wyłuszczenie zawartości oczodół wypełniającej. Rozszerzywszy szelinę powiekową przez cięcie prostopadłe do skroni i odsunąwszy należycie obie powieki, oddzieliłem drugim cięciem kolistém i głębokiem, gałkę

oka od ścian oczodołu; wprowadzony bezpośrednio w głąb rany palec natrafił na ciało twarde, wżgórkowate i ruchome. Ciało to oddzielone starannie od części otaczających cięciami strychowemi, ujęte mocnymi haczykami, zostało wysunięte ku przodowi a następnie nożyczkami zupełnie oddzielone od wierzchołka oczodołu; krwotok dosyć obfity, łatwo został powstrzymany, przez wprowadzenie kawałka lodu w głąb oczodołu i pozostawienie go tamże przez przeciąg dwóch minut.

Sposób ten niejednokrotnie przynosił mi zbawienne skutki w podobnych okolicznościach.

Badanie części odciętej, okazało co następuje: gałka oka była zupełnie zdrowa, wszakże jeden centymetr za nią, dostrzegłem na samym nerwie wzrokowym guz okrągły, wżgórkowaty, wielkości orzecha tureckiego, w poprzek którego, na małej przestrzeni przebiegał nerw. Powierzchnia tego guza, padała prostopadle na przebieg samego nerwu, na podobieństwo perły nawleczonój na sznurek; osłona nerwu (neurilema) przechodziła bezpośrednio w guz, gdzie była zbityszą i więęej przylegającą.

Mięsz samego guza był twardy, szary, włóknisty, trzeszczący na przecięciu, pod drobnowidzem przedstawiał oczka siatkowate, w pośród których widzieć można było zbiór komórek z wypustkami, zawierających jedno lub więęej jądro; ale najciekawszą była tu obecność *właściwych elementów nerwowych* pośród rzeczonych komórek, co można było doskonale widzieć na przecięciach delikatnych w kierunku samego nerwu optycznego i w poprzek guza. Włókna nerwowe wchodzące w skład nerwu optycznego, są jak wiadomo, zebrane w wiązki, rozdzielone pomiędzy sobą przegródkami, które pocho-

dzą z przedłużenia osłonki nerwowej w kierunku osi nerwu.

Otóż śledząc te wiązeczki na przecieciach wskazanych, można było widzieć doskonale, jak się rozchodziły wachlarzowato i nieznacznie nikły w samym guzie; dalej znów pokazywały się zebrane w jedną całość, ciągnąc szlakiem samego nerwu optycznego. Te wiązeczki nerwowe, poddalane jedne od drugich, wskutek rozrostu samego guza, znikły nakoniec i zmarniały, gdy tenże począł się nad miarę rozwijać. Nie ulega i to także wątpliwości, że guz ten będąc natury rakowatej, rozwijając się bardzo prędko, zniszczył same włókna nerwowe, i wtedyto nastąpiło przerwanie stosunku między samą siatkówką, a mózgiem. Lecz co jest tutaj godne uwagi to, to iż stosunek ten bardzo długo się utrzymywał, a wzrok zachowany został prawie do ostatnich chwil, chociaż już oko znakomicie naprzód było wysadzone. Rozrzucenie więc włókienek nerwowych wachlarzowato na boki, nie tamowało samej czynności przewodzenia; ta czynność dopiero ustąpiła, gdy powiększający się guz zniszczył same włókna nerwowe.

Chociaż sam nerw optyczny, został o ile możności jak najgłębiej odcięty, można było jednak widzieć na jego przecięciu, zabarwienie szare, wskazujące, iż zatoki ropne, ciągną się dalej aż do samego mózgu. Okoliczność powyższa pozwalała mi z góry już przewidzieć niepomysłny skutek operacji, ponieważ widoczne było, iż guz prędej lub później na nowo się odrodzi.

Obowiązkiem moim było wiadomość tę zakomunikować samym rodzicom. Dalsze następstwa, potwierdziły w zupełności moje rokowanie, jakto z dalszego ciągu będziemy mieli sposobność się przekonać. Oko samo,

wyłuszczone z guzem, przedstawiło na swój powierzchni rogówkę zciemnioną, przednia komórka zawierała dużo skrępego płynu, a soczewka, ciało szkliste i inne błony oka, nie przedstawiały nic chorobowego. Ponieważ jednak sama operacya, podjęta została z przyczyny wyrodzenia nerwu optycznego, wypadało więc zbadać starannie samą siatkówkę, chociaż ta przy badaniu oftalmoskopem nic szczególnego nie pokazywała. W tym jednak celu, rozdzieliłem gałkę oka na dwie połowy, i rzeczywiście przekonałem się, iż naczynia siatkówki były przepelnione krwią. Zaszła jednak tutaj bardzo ciekawa okoliczność, która zwróciła mą uwagę; siatkowka (retina) była zupełnie przezroczystą, w chwili przecinania; w przeciągu kwadransa, powoli stała się białawą, jak to bywa zwyczajnie u trupów, poczem w miarę zastygania tkanki oka i zmiany koloru jęj, zaczęła pod naszymi oczyma, występować *żółta plama*, której zrazu wcale nie było.

Brzeg przecięty błony zawinął się ku wewnątrz, a obok żółknącej coraz więcej plamki *Soemmeringa*, potworzyły się fałdy na powierzchni poprzednio zupełnie gładkiej. Tak więc *zadymiony kolor siatkówki, plama żółta i fałdy pozostałe*, są to zmiany występujące w pierwszych chwilach pośmiertnych. Oftalmoskop zresztą, nie okazuje nam takowych w oku zdrowym i żywym.

Poszukiwania czynione na winowajcach, dały nam już poznać powyższe okoliczności, a postrzeżenie moje daje świeży tego dowód.

Zabliżnienie samego oczodołu postępowało tak szybko, iż w trzy tygodnie po operacyi, chory opuścił szpital. Od tej chwili aż do końca r. 1860; przez przeciąg pięciu lat, nie miałem o nim żadnej wiadomości.

(D. n.)

SPRAWOZDANIE

Z ODDZIAŁU KOBIET EPILEPTYCZNYCH

W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE

NA ROK 1861.

SKREŚLIŁ LEKARZ ORDYNUJĄCY,

DOKTÓR MEDYCyny

Wilhelm Lubelski.

Oddział kobiet epileptycznych, poprzednio z sąsiednim mu oddziałem kobiet obłąkaniami dotkniętych połączony, powierzonym mi został w końcu Mca Kwietnia 1861 r. Ze względu jednakże na zwyczaj powszechnie przyjęty i przepisami uświęcony, objąłem w sprawozdaniu niniejszem cały przeciąg 1861 roku, przyczem nadmienić winienem, że wiadomość o stanie oddziału przed mojem do takowego przybyciem, zawdzięczam szanownemu koledze F r y d r y c h o w i, który przez wiele lat zarówno w tym oddziale jako i w oddziale obłąkanych ordynując, mnie, początkującego w zawodzie szpitalnym, doświadczeniem swem i radami zasila.

Jakkolwiek oddział, przedmiotem niniejszego sprawozdania będący, nosi w kontroli szpitalnej nazwę oddziału epileptycznych, jednakże oprócz chorych padaczką

właściwą czyli pierwotną (*Epilepsia genuina seu protopathica*), lub drgawkami padaczkowatemi (*Convulsiones épileptiformes Brown-Séguard*) dotkniętych, znajduje się w nim kilka hysteryczek, oraz dwie inwalidki czyli nieuleczone, oddawna w szpitalu przebywające chore nerwowe.

Przeważną jednakże liczbę pacjentek, stanowią, jak o tem w dalszym ciągu niniejszego sprawozdania obszerniej pomówimy, kobiety nadużyciu trunków oddane, które policja znajdując bez przytomności na ulicy, do szpitala odsyła. Ztąd niekiedy jedna i taż sama chora, kilkakrotnie do Szpitala przywożoną bywa, a po wytrzeźwieniu na czas niejaki takowy opuszcza.

OBRAZ

RUCHU CHORYCH ODDZIAŁU W ROKU 1861.

	<i>chorych</i>
Z roku 1860 i lat poprzednich pozostało	20.
w ciągu roku 1861 przybyło	121.
	Razem 141.

Z liczby téj:

wydzrowiało lub wyszło na żądanie	100.
przeniesiono do innych oddziałów	10.
zmarło (powiększėj części już konającemi do oddziału przyniesione)	7.
pozostaje w oddziale d. 1 Stycznia 1862 r.	24.
	Razem 141.

WIEK CHORYCH.

Jakkolwiek wiadomości nasze w tym względzie są bardzo niedokładne, w przybliżeniu jednakże obliczyłem, że

liczących mniej od lat 10 było	.....	8.
„ „ „ 20	.....	37.
„ „ „ 30	.....	28.
„ „ „ 40	.....	33.
„ „ „ 50	.....	12.
„ „ „ 60	.....	19.
„ „ „ 70	.....	0.
„ „ „ 80	.....	4.
Razem j. w.		141.

UKSZTAŁCENIE.

Stosunek umiejących czytać do nieposiadających tej umiejętności, wynosi 5: 10; to bynajmniej dziwić nas nie powinno, jeżeli zwłaszcza przypomniemy sobie, że większa część chorych należała do klasy roboczej, której początkowe wykształcenie tak jest zaniedbane.

Z ogólnej liczby 141 chorych, większa część jak już nadmieniałem, uległa tak częściowym drgawkom padaczkowatym jako i padaczce zupełnej, *skutkiem nadużywania trunków*. Stosunek pacjentek tego rodzaju, do ogólnej liczby chorych, wynosi 3: 5.—Jednakże wyznać muszę, iż ani razu chore nasze nie przedstawiały zupełnego majaczenia opilczego czyli drżącego (*delirium potatorum seu tremens*), pomimo że inne oznaki zakażenia wysokowego (*alcoholismus chronicus s. dyscrasia potatorum*), które *Magnus Huss* ¹⁾ z taką dokładnością opisał, niejednokrotnie widzieć mogłem.

¹⁾ Magnus Huss, *Alcoholismus chronicus*. 1852.

Przedewszystkiem mam tu na myśli niezyt przewlekły przewodów pokarmowych i oddechowych oraz wszystkich błon śluzowych, *śpiączkę* (coma), drgawki cząstkowe, kończyn, (spasmi clonici extremitatum), a niekiedy i zapalenie płuc (pneumonia potatorum), które u osób trunkom oddanych, tak zjadliwym cechuje się przebiegiem. W jednym przypadku (u chorój Strzałkowskiej Józefy) zauważaliśmy, że przez czas trwania zapalenia płuc, drgawki i padaczka zupełnie ustały, a po ustąpieniu przypadłości zapalnych na nowo wróciły. Była to więc tak zwana *pneumonia intercurrentis*. Wyraźnego drżenia członków (tremor artuum), jak je kilka razy mieliśmy sposobność widzieć po za obrębem Szpitala, u powierzonych mi chorych, nie zauważałem ani razu.

Drugą równie nieomal częstą przyczyną padaczki (u naszych przynajmniej chorych) była *nędza*. — Już dawniej Mulder i Moleschott ²⁾ a u nas kolledzy Löwenglück ³⁾ i Frydrych ⁴⁾ okazali, że *nędza* i *pijaństwo* w parze zesobą chodzą, a ekonomja polityczna i etiologja dowiodły, że obie te plagi rodu ludzkiego, wzajemnie z siebie wyradzać się mogą. — Z tego powodu higienisci i patologowie (Henle, Michel Levy, Oesterlen i Virchow), zaliczają drgawki z wycieńczenia i niedostatecznego odżywiania sił powstające, do najwybitniejszych objawów tak zwanój „*maladie de misère*”. Już przed wielu laty fizyologia doświadczalna, dowiodła wpływu odżywiania ustroju na *innerwację* u zwierząt ⁵⁾ a w ostatnich cza-

2) Die Ernährung in ihrem Verhältnisse zum Volksgeist.

3) de delirio trementi, diss. Vars. 1843.

4) Rozprawa czytana na publicznem posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. 1861 r.

5) Chossat sur l'innervation.

sach, przekonano się, że jedynie zapewnienie materialnego dobrobytu uboższych warstw ludności, odzwyczajają takową od pijaństwa, zmniejsza zarazem liczbę chorobliwych następstw tego nałogu, (Morel i G uslain), — trwałej i pewniej od wszelkich towarzystw wstrzemięźliwości.

Wspomnieliśmy już powyżej, że większa część chorych w oddziale naszym będących, należała do ludności roboczej, nie więc dziwnego, że w nich objawy padaczki były następstwem pijaństwa i nędzy.

Najwyraźniejszym zapewne dowodem, wpływu odżywiania na chorobę o której mówimy jest 12-to letnia pacjentka Ewa Sękowska, przywieziona do oddziału d. 4 Grudnia 1861 r. Dziewczynka ta, która według opowiadania przywożących ją osób, miewała oddawna wyraźne napady konwulsyjne, na kilka dni przed przywiezieniem jej do Szpitala, w czasie napadu wpadła w ogień, i tak mocno poparzoną została, że skóra z ramienia zeszała i prawie cały mięsień dwugłowy ramienia obnażonym został. Nadto dodać winniem, iż cały ustrój pacjentki przedstawiał wysoki stopień ogólnego wycieńczenia sił (marasmus), a władze umysłowe i mowa, były prawie w ciasnych granicach pierwszych lat wieku dzieciennego (puerilitas mentis). Szczególniej też zasób wymawianych przez chorą wyrazów, zaledwie do kilku się ograniczał. Na grzbiecie, mianowicie w okolicy lędźwiowej, znajdowały się szerokie rany z odleżenia pochodzące (decubitus), a skóra w około takowych bezbarwna i wyschła, nieprzyjemny sprawiała widok. Nakoniec moczu i odchody stolcowe bezwiednie oddawane były.

Wobec tak smutnych objawów, zapisałem wewnątrz przetwory żelaza i gorzkie, oraz tran; rany z odleżenia zaleciłem okładać odwarem ziół aromatycznych i od cza-

su do czasu przypiekać takowe saletranem srebra. Co do rany na ramieniu z oparzenia pozostałej, takowa również opatrywaną była tymże roztworem. Już po kilku dniach zauważaliśmy, że ogólny stan zdrowia choréj znacznie się polepsza; kurcze i drgawki, które przez kilka pierwszych dni miewała, już się nie objawiają, a dzięki starannéj opiece opatrującej chorą Siostry Miłosierdzia, wejrzenie ran na rękę i na grzbiecie robi niejaką nadzieję.

Najważniejszem jednakże postrzeżeniem, jakie nad tą chorą zrobiliśmy, jest stopniowe rozwijanie się albo raczej adświeżanie przyćmionych władz umysłowych i mowy; jakoż już dzisiaj chora wymawia daleko więcej wyrazów jak w początku, niekiedy nawet się uśmiecha i w ogólności coraz to więcej życia okazuje. Dotąd jednakże nic pewnego o jéj wyzdrowieniu powiedzieć nie możemy, zwłaszcza że oznaki ogólnego wycieńczenia i zaniku (atrophia), oraz bezwład dolnéj połowy tułowia i obu kończyn dolnych, w niczem się niezmieniły.

Drgawki z utraty krwi (convulsiones clonicae ex exhaematosi), tak częste po krwotokach macicznych, widziałem tylko dwa razy. U obu chorych towarzyszyły one eklampsyi i były zwiastunami blizkiéj śmierci.

Drgawki hysteryczne (spasmi hysterici), w praktyce tak częste, w Szpitalu stosunkowo rzadziej się zdarzają, potwierdzając tem samem w pewnym względzie spostrzeżenie p. Briquet ⁶⁾, że hysterya należy głównie do tak zwanych, „maladies de boudoir”. Tu wypada nadmienić, że u jednéj z naszych chorych, kurczom hysterycznym towarzyszył płacz serdeczny (luctus sardonius), u innéj zaś ból w okolicy dołka sercowego (cardialgia).

⁶⁾ Traité de l'hysterie. 1860.

Jeden przypadek drgawek cząstkowych przerywanych (spasmi clonici partiales), będących następstwem płonicy i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, w wieku dzieciennym przebytych, zasługuje na uwagę ze względu, że dopóki chora niemi dotknięta, była w ciąży, kurcze te miały więcej cechę eklampsyi. Po odbyciu nader trudnego porodu, pacjentka wróciła do naszego oddziału, a konwulsye przeistoczyły się więcej w drgawki hysteryczne, przyczem władze umysłowe ciągle były w stanie prawidłowym. Chora dawniej już przez niegdy Profess. Bierkowskiego i wielu innych lekarzy leczona, opuściła Szpital bez żadnego polepszenia.

Trzy przypadki drgawek, skutkiem użycia tkanin farbami ołowianemi zabarwionych (convulsiones saturninae), miałem sposobność widzieć u dwóch haftarek i jednej kwiaciarki. Szczególniej ta ostatnia, która kilka razy do Szpitala przybywała. nosiła na sobie wybitne cechy zakażenia ołownego (cachexia saturnina), a mianowicie ziemisty kolor twarzy, ciemne dziąsła, darcie w stawach i w mięśniach, szczególniej w kierunku mięśni zginaczy (mm. flexores), niedostawało tylko tak zwaną kolki ołownej (colica saturnina), którą Tanquerel des Planches ⁷⁾, za najważniejszą oznakę tego zakażenia poczytuje. Łatwo jednakże wytłomaczyć sobie, brak tego ostatniego objawu okolicznością, że u pacjentek naszych ołów był już w połączeniu z istotami barwiącemi, a zatem mniej się go wydzielalo w proszku i głównie zgubny swój wpływ przez skórę palców wywierał, jak to już nie-

⁷⁾ *Traité des maladies de plomb. Paris 1839.*

jednokrotnie zauważali lekarze belgijscy i francuzcy u robotnic w fabrykach koronek.

Jeden przypadek epilepsyi u nałogowej pijaczki, powikłany był ze złamaniem kości ramieniowej i licznymi znakami potłuczeń, rozrzuconemi po całym ciele. Chora ta po krótkim u nas pobycie i po należytem opatrzeniu w klinice chirurgicznej, na własne żądanie wypisaną została.

Do najciekawszych przypadków, należała młoda i silnie zbudowana 20-to letnia chora *Maryanna Kozłowska*, która po odbytych należycie porodzie i pełniąc obowiązki mamki w obrębie Szpitala Dzieciątka Jezus, bez żadnej wiadomej przyczyny, dostała naprzód zatrzymania regularności, a następnie napadów eklamptycznych, nadzwyczajnie silnych i częstych do tego stopnia, iż ich od 3--12. w ciągu jednej godziny miewała. Gdy pomimo zastosowanych baniek i innych środków odprowadzających (revulsiva), napady się nie zmniejszały, za poradą Koll. Frydrycha, zarządziłem upuszczenie krwi, które według metody przez mego szanow: profesora Waltera (w Dorpacie) używanej, było bardzo obfitem, albowiem kazałem chorą z obu rąk upuścić przeszło 1 funt krwi, poczem drgawki się zmniejszyły i następnie odzywały się coraz słabiej i rzadziej. Stan ten jednakże nie na długo pozostał, albowiem do cierpienia dotychczasowego, przyłączyło się porażenie mięśnia zwieracza cewki moczowej i samowolny odpływ uryny przy jednoczesnym kurczu ust macicznych i mięśnia strzykacza, dla których to przypadłości, chora jako wymagająca właściwego leczenia, pod opiekę kolegi Gliszczyńskiego przeniesioną została. Przypadek ten tembardziej na uwagę zasługuje, że każdy pojedynczy napad składał się z kilku oddzielnych drga-

wek, pomiędzy któremi wracała przytomność i pacjentka dawała najroztropniejsze odpowiedzi, będąc zaledwie lekko odurzona.

Inna pacjentka (Franciszka Kondracka) utraciła regularność w pamiętnym dniu 8 Kwietnia 1861 roku, skutkiem przestachu w czasie wystrzałów na Krakowskiem-Przedmieściu. Od tego czasu napady powracały regularnie za zbliżaniem się zwiastunów czyszczeń miesięcznych, które to ostatnie wszakże nie zjawiały się. Chora przybywszy do Szpitala, była cokolwiek powolną w odpowiadaniu na zadawane sobie pytania; twarz jej nabrzękła i bez wyrazu, okazywała początkujące przytępienie władz umysłowych (*depressio mentis incipiens*), jakie zwykło cechować porażenie ogólne obłąkanych (*paralysis generalis insanorum*). Napady eklamptyczne bardzo silne i częste, bo w ciągu jednej doby naliczyliśmy ich przeszło 30. a każdy z nich składał się z kilku pomniejszych. — Po upuszczeniu krwi (12 uncyi z obu rąk), napady ustały i odtąd chora wcale ich nie miewa, lubo już czas drugiego peryodu przeszedł a regularność się nie ukazała. Dla dokładności dodaję, że pacjentka przebyła u nas zapalenie nerek z białkomoczem i wodną puchliną, z których to słabości jednakże zupełnie się podźwignąwszy, obecnie w ogóle dobrem cieszy się zdrowiem, przyczem i władze umysłowe z każdym nieomal dniem się rozwijają.

Dwie co tylko przywiedzione historye chorób, zdają się wskazywać na ścisły związek, zachodzący pomiędzy nieprawidłowem zachowaniem się odchodów miesięcznych i padaczką; popierając tem samem zdanie Dra Schlager który w sprawozdaniach Szpitala obłąkanych w Wie-

dniu ⁸⁾ utrzymuje, że przeważna liczba napadów padaczkowatych, zdarza się w czasie regularności, zwłaszcza gdzie takowa odznacza się nieprawidłowym przebiegiem. Z drugiej strony jednakże wyznać muszę, że u wielu padaczkowatych, regularność była jak najbardziej prawidłową, a napady powtarzały się zarówno przed jej rozpoczęciem, jako też w czasie trwania i po ustaniu takowej. Szczególniej mam tu na myśli chorą Małgorzatę Baranowską, u której napady konwulsyjne w najgwałtowniejszej swjej postaci (*morbus herculeus*), poprzedzają i towarzyszą każdemu odchodowi miesięcznemu, gdy tymczasem w innych tygodniach wcale prawie się nie zdarzają.

Z pomiędzy inwalidek oddziałowych, na szczególną uwagę zasługuje staruszka *Dorota Chechlin*, nawiedzona porażeniem drżącym (*paralysis tremulans*); które pp. Charcot i Vulpian, w swojej z resztą bardzo staranną rozprawie o tym przedmiocie ⁹⁾, niesłusznie pomieszczyli z porażeniem miotającym (*paralysis agitans*). — Chora, o której mówimy od lat 10 przeszło, dotknięta jest zupełnym bezwładem kończyn, przytem kończyny górne są pokurczone, co wskazuje przewagę mięśni zginaczy nad mięśniami wyprostnymi, a czułość skórna w kończynach dolnych znikła prawie zupełnie. — Co do władz umysłowych, takowe obecnie są dosyć dobre; dawniej jednakże, o ile przynajmniej z karty szpitalnej wnosić można, były przytępione.

Co się tyczy wpływu padaczki na władze umysłowe i tu wyznać muszę, że doszedłem do wniosków wprost

⁸⁾ Aertzliche Berichte der Irren-Anstalt zu Wien 1858 str. 156.

⁹⁾ „Sur la paralysie agitante” w czasopiśmie: gazette hebdomadaire 1861.

sobie przeciwnych. Gdy bowiem u jednych chorych (przytoczona już wyżej Kozłowska Maryanna i Mathien, ta ostatnia pod opieką kołł. Frydrycha) nawet częste napady, nie zdołały przytępić władz umysłowych, u innych spostrzegamy chociaż przy stosunkowo rzadkich objawach padaczki, różne stopnie upośledzenia umysłowego. Tak np. w oddziale obłąkanych, epileptyczna Frączka Rozalja, daje prawdziwie klasyczny obraz niedołęztwa umysłowego (idiotismus); Kołtońska Marjanna, nosi wyraźne piętno głupoty (imbecillitas) a w moim oddziale znajduje się również kilka chorych, w których rozmaite stopnie przytępienia umysłu zauważać mogłem. Z tych więc powodów, nie mogę potwierdzić zdania p. Falrel i innych ¹⁰⁾ którzy przyjmują oddzielny rodzaj obłąkania przy padaczce i nazywają takowy: „Folie épileptique”. Bywają nawet przypadki, że chore epileptyczne przybywają do Szpitala w stanie zupełnego *odrętwienia umysłu* (torpor mentis), a w miarę powracania do sił i przy zmniejszaniu się liczby i gwałtowności napadów, odzyskują uśpione pojęcia. Najwymowniejszy tego dowód miałem na chorą *Nadolskiej*, która z początku nieruchoma jak słup i bez woli, obecnie jest na mieście w służbie i pełni należycie swe obowiązki. Była w Szpitalu przez miesiące trzy.

OGŁĄDY POŚMIERTNE.

Dochodzenia na zwłokach kilku (siedm) zmarłych w oddziale naszym chorych, robione pod światłym kierunkiem uczonego Profess. Wisłockiego, nie doprowadziły do żadnych stanowczych wypadków. Z pomiędzy

¹⁰⁾ Arch. gén. 1860. N. 12.

zmarłych, większa część ukazywała ślady dawnych cierpień mózgowych, jako to: wysięki surowicze lub wodniste w oponach i jamach mózgowia. Przytem brak krwi w mózgu, a w jednym czy dwóch razach, stwardnienie węzła czaszkowego lub też rozmiękczenie rdzenia przedłużonego.

LECZENIE.

Pomimo zadziwiających postępów terapii chorób nerwowych, leczenie padaczki na bardzo niepewnych opiera się zasadach i nie wiemy czy jest choć jeden lekarz, któryby mógł się poszczycić, że zupełnie wyleczył epilepsyę prawdziwą. Co do mnie, pomimo najstaranniejszego przestrzegania wszystkich warunków, leczeniu dopomagać mających; pomimo niezmordowanej pomocy ze strony czcigodnych Sióstr Miłosierdzia, zmuszony jestem oświadczyć, że nie wyleczyłem ani jednego wypadku padaczki. — Wprawdzie udawało mi się dosyć często, zmniejszyć liczbę napadów i czas ich trwania; i tu wszakże jeden i ten sam środek, użyty w dwóch zupełnie jednolitych przypadkach, w jednym dopomógł, w drugim żadnego nie odniósł skutku. Stosuje się to zarówno do środków wewnętrznych (naparstnica, saletrzan srebra, atropina, niedokwas cynku i. t. d.), jako i do zewnątrz używanych, a mianowicie:

1.) Zawłoka na karku, zastosowana w dwóch zupełnie jednakowych przypadkach, u jednej choréj (Wodecka Maryanna), znacznie zmniejszyła liczbę napadów; u drugiej zaś (Sokołowska Walerya) powiększyła ich liczbę i gwałtowność.

2.) Użycie żegadła (cauterium actuale), z podtrzymaniem ropienia przez czas dłuższy, również rzadko

kiedy i na krótko tylko pomagało. Zdaje się nawet, że działanie tego środka, ogranicza się więcej na przestachu, jaki widok rozpalonego żelaza na chorąg wywiera, co również i dawniejsi lekarze licznemi stwierdzili postrzeżeniami.

3.) Wtryskiwania podskórne atropiny (methodus hypodermica), nie dały nam jeszcze żadnych stanowczych wypadków.

4.) Użycie elektryczności, u której w porażeniach z bardzo pomyslnym używam skutkiem, w padaczce pomimo zaleceń niektórych autorów nie jest usprawiedliwionem.

5.) Upuszczenia krwi tak ogólne jako i miejscowe, jedynie tylko u osób pełnokrwistych, przez czas niejaki skutecznie działają.

W końcu, lekarz ordynujący nie może nie wynurzyć ubolewania, iż w najnowszej farmakopei szpitalnej, pominięty został Walerianat atropiny, który to związek, (jak p. Michéa ¹¹⁾ utrzymuje), dłużej używany, prawie cudowne odnosi skutki. Niemożność zapisywania tego preparatu, jest dla mnie tem przykrzejszą, że w praktyce prywatnej, mogłem się kilkakrotnie przekonać, o korzystnem jego działaniu w padaczce.

¹¹⁾ „Du pronostic de l'épilepsie et du traitement de cette maladie par le Valérianate d'atropine”. Paris 1858. i „Gazette des hopitaux”. 1861, N. 142, 143, 145.

LITERATURA ZAGRANICZNA.

I.

Nacieczenie rakowe ostre, prosówkowe (Carcinosis acuta miliaris).

Pod imieniem raka, *Scirrhus, Cancer, Carcinoma*, znana była już w najwcześniejszych okresach nauki lekarskiej, choroba właściwego rodzaju, która pod formą nowotworu (Neoplasma), zawsze nader szkodliwego dla ustroju, czyli tak zwanego złośliwego a *przewlekłego* przebiegu, napastowała różnorodne organa. Po długim pospolicie trwaniu, rozciągającym się na lata, a najmniej na kilka miesięcy, w którymto czasie nieszczęśliwi chorzy licznymi i częstokroć niezmiernie dokuczliwymi trapieniami byli dolegliwościami, sprowadzała choroba ta, jak wiemy, ostatecznie śmierć niechybną, a najpracowitszy i najwykształceńszy lekarz, miewał tyle tylko nadziei, że śmiertelne to zakończenie użyciem dzielnych środków, na długi przy najmniej czas odwleć zdoła. Kilkuwiekowe doświadczenie utrzymywało nas w tém przekonaniu, że przeistoczenie rakowate tkanek organicznych, nie grozi w zwyczajnym biegu, doraźnym niebezpieczeństwem. Nowsze atoli staranne poszukiwania uczą nas przecieź, że najzłośliwsza ta z chorób, potrafi niekiedy przybrać jeszcze niebezpieczniejszą naturę, jak sądziliśmy dotąd, t. j. że rak osiedlony w pewnym organie, przy całej złośliwości swój, może także *zmienić przebieg choroby i skrócić go tak dalece*, że w kilkunastu, a nawet w kilku dniach, staje się bezpośrednią przyczyną śmierci, a to bez względu na wystąpić zawsze mogące zmiany w istniejącym już poprzednio ciele rakowém, do jakich np. zaliczamy zgorzel (gangraena). Inaczéj mówiąc, za-

gnieżdżony w ustroju rak pociągnąć za sobą może, bez wiadomych do tego powodów, formę choroby szybko przebiegającej i gorączkowej, t. j. *ostrój*, która w krótkim bardzo czasie sprowadza śmierć chorego. Doświadczenia i przekonania tego, żadnej wątpliwości nieulegającego, nabyliśmy w najnowszych dopiero czasach, bo w ostatnim dziesiątku lat naszego wieku. *Rokitansky* i *Wunderlich* pierwsi zwrócili na to uwagę Patologów, a *Bamberger*, *Demme*, *Köhler*, *Friedberg* i *Erichson*, stwierdzili to postrzeżenie obserwacją kliniczną i troskliwym badaniem zwłok.

W tém miejscu zamierzylimy podać czytelnikom, przegląd wypadków klinicznych przez *Demme'go*, śledzonych z dołączeniem uwag jego téj choroby dotyczących, któryto autor chorobie w mowie będącej, pierwszy przekazał nazwisko: *Carcinosis acuta miliaris*, przez wzgląd na nosologiczną analogiją téjże formy raka z gruzlicą ostrą prosówkową *Tuberculosis acuta miliaris*

Demme tak określa pojęcie téj formy rakowatej, że pod imieniem *Carcinosis acuta miliaris*, należy rozumieć: *szybkie wydzielenie się obfitój ilości tworów rakowatych, wielkości ziarnka siemienia konopnego lub grochu, i złożenie się tychże w mięszu lub na powierzchni organów, wśród przypadłości gorączkowych.*

Wypadki obserwowane przez *Demme'go* są następujące:

1. *Rak oczodołu, występujący po wyluszczeniu powtórnie w 9 miesięcy, poczem powstało nagłe zajęcie i zawrót głowy, tętno 125, nudności, majaczenie, duszność w wysokim stopniu bez właściwych zmian anatom. w płucach po 10 dniach, śmierć.*

Badanie zwłok: W oczodole, oprócz dawnego z przykostni wychodzącego rdzeniaka (Ca. medullare), mnóstwo małych, pęcherzykowatych, również rdzeniowej natury, gruzelków rakowych. Na opłucnej żebrowej i mięszowej, wielka obfitość podobnych tworów ziarnkowatych, wyluszczyć się niedozwalających i wieńcem nastrzykanych naczynek okolonych. W płucach i w okolicy oskrzeli, znajdujemy także twory takie same; gruczoły limfatyczne nie-

naruszone. Twory te przedstawiają bardzo wyraźną różnicę wieku, czyli trwania swego; mniejsze wielkości soczewicy, są niewątpliwie młodsze i zawierają w sobie *tylko jądra z jądrzeczkami*, gdy przeciwnie większe i tém samem starsze, obok jąder mieszczą w sobie *komórki rakowate* pojedynczo lub podwójnie ogoniaste i załączkowe. (*)

II. Rak polyku u 58-letniej niewiaŃsty; dreszcze, tętno 125, oddech 45, ciepło znacznie podniesione, skóra sucha, twarz nabrzęta i cierpiąca, majaczenie, górna powieka prawa obwisła, źrenice rozszerzone, tęczówka mało ruchoma, oczy słupiate, brak apetytu, nudności i wymioty, na pierśsiach wysypka różyczkowa, białko w moczu; śmierć 4 dnia.

Badanie zwłok: Osłony mózgowe krwią nastrzykane, komórki osłony pajęczowej rdzeniowo nacieczone; w okolicy jamy Sylwiusa mnóstwo cisawych gruzełków zawierających młode twory rakowate; przyrostek mózgowy powiększony i rdzeniowo nacieczony, pomiędzy błoną miękką i pajęczową, wiele małych mocno zabarwionych gruzełków, z których jeden umieszczony tuż na nerwie okoruchowym, takie same gruzełki w obfitęj ilości na opłucnej i błonie śluzowej oskrzeli, na błonie Glissona i otrzewnej pęcherzowej, równie jak przeponowej ziarnka rakowe, niemniej na błonie śluzowej pęcherza i jelita okrężnego, w żyłę głównej dolnej i biodrowej prawej. Gruczoły limfatyczne głębsze, podobnież zajęte.

III. Mężczyzna 38 lat liczący, przedstawiający objawy nowotworu w mózgu, w 4-tym tygodniu obserwacyj, po powtórnym napadzie kurczowym, przyspieszenie tętna i oddechu, kaszel z plwocinami nieżyłtowemi, obrzmienie śledziony, wyraz twarzy głupowaty; w 3 dni potém: tętno 128, oddech 48, majaczenie, żółtaczkowe zabarwienie skóry, opuchlina

(*) W przebiegu chorób tutaj zamieszczonych, pomijamy opis przypadków długotrwałego cierpienia, jako do treści artykułu nie należących.

nóg skutkiem zakrzepu (Thrombosis) w żyłę kostkową większej (v. saphena major),— śmierć.

Badanie zwłok: Rak rdzeniowy w jamie Sylwiusa prawej, rakowe nacieczenie w gruczole tarczycowym i tak samo na opłucnej lewej, na błonie wewnętrznej osierdzia, w mięszu wątrobowym, niemniej na błonie śluzowej jelit, pęcherza żółciowego, na błonie surowiczej przepony i na powierzchni śledziony. W treści mięśni prostych i ukośnych zstępujących brzusznych (Mm. recti et obliqui descend. abdominis), bardzo liczne gruzelki rakowe – tudzież drobne na jelitach.

IV. U chorego 28 lat liczącego z przypadkami nieżytu żołądka, wystąpiły objawy gorączkowe, podobne do wyżej podanych: duszność, kaszel, klócie w boku, zawrót i ból głowy, biegunka, majaczenie, białko w moczu, które po 6ciu dniach zakończyły się śmiercią.

Badanie zwłok wykazało: Złogi rakowe (w postaci tworów pierwotnych), wielkości ziarnka grochu na opłucnej po obu stronach, rozszerzające się do mięszu płuc i błony śluzowej oskrzeli, z obrzmieniem głębszych gruczołów limfatycznych. Zakrzywienie mniejsze żołądka i otrzewna, pokryte są temi samemi zlogami, a na odźwierniku dawny guz rakowy. W gruczole zażołądkowym, w sieci, na błonie surowiczej jelita ślepego i biodrowego, na dolnej powierzchni wątroby i w istocie korowej nerek, gruzelki raka rdzeniowego. Dwa centymetry poniżej zastawki kiszki ślepej na błonie śluzowej: miękki w naczynia obfitujący guz do raka kosmkowego (Zottenkrebs) podobny.

V. Chory 48 lat mający u którego zrobiono rozpoznanie na raka stosu kręgowego, przedstawia przypady gorączkowe: tętno 160, ciepło podwyższone, oddech przyspieszony objawy mózgowe, — śmierć.

Przy badaniu zwłok znaleziono: Komórki osłony pajęczowej mózgu bardzo rozwinięte, wypełnione cieczą mleczną, obfitującą w komórki rakowe; na błonach

mózgowych liczne, przezroczyste ziareczka niedostatecznie stwierdzonej natury (np. gruźłkowej), gdy przeciwnie na powierzchni wewnętrznej osłony twardej mózgowej, na półkulach obydwóch i ciałkach poczwórnych (Corp. quadrigemina), na opłucnej lewej i w mięszu płuca téjże strony, wyraźne twory ziarnkowane raka rdzeniowego; takie samo nacieczenie wżołądka; na rozmaitych miejscach przewodu jelit w nerce lewej małe guzki rakowe, a w przewodzie grzbietowym kostnym, znaczny guz raka rdzeniowego.

VI. 50-letni mężczyzna cierpiący na przypadłości zwężenia płuca, bez wyraźnych innych objawów, z wyjątkiem bólu w piersiach, bezsenności i tętna do 100 podniesionego, umiera po znaczném przyspieszeniu oddechu, a badanie zwłok przedstawia:

Wielką ilość tworów rakowych w skrzepach znajdujących się w naczyniach na zasadzie czaszki (arteria et venae basilares); także twory ziarnkowane na opłucnej, a nawet, choć rzadko na tchawicy; w szczycie płuc stare złogi gruźłkowe; w płuca rak rdzeniowy znacznej wielkości.

VII. Rakowe zwężenie płuca, spowodowało śmierć chorego 58 lat liczącego, pod przypadłościami ostrego mączenia opłucznego, a przy badaniu zwłok znaleziono:

Nacieczenie rdzeniowe rakowe w gruczołach oskrzelowych, w gruczole tarczycowym kilka ognisk téjże natury, niezliczone guzki na opłucnych i osierdziu, około zgrubiałego nerwu przeponowego i błędnego prawego. W przedsionku prawém serca, znajdujemy wielki skrzep dawniejszy, zawierający drobne guzki rakowe. Te same twory napotyamy na błonach naczyniowych wrzekomych (adventitia membr.), na otrzewnej, na sieci, śledzionie i nerkach. Płuca w całej rozciągłości zajęte nacieczeniem rakowem, a błona śluzowa jego pokryta drobnymi, tu i owdzie spływającymi tworami rakowymi.

Po troskliwém rozważeniu powyższych siedmiu wypadków, ośmiela się *Demme* wyciągnąć z nich uwagi ogólne, formy ostrój raka dotyczące, a które, wraz z podanemi przez innych lekarzy opisami, mogą w rzeczy samój posłużyć jako ważne wskazówki przy obserwacji choroby rakowej. Uwagi te zatem, podajemy w wiernym przekładzie:

Rak w formie choroby ostrej, przedstawia się anatomicznie w rodzaju tworów ziarnkowatych, żółtawo-szarych, białych lub czerwonych, rozmaitej wielkości (od ziarnka prosa do wielkości pestki wiśniowej), i rozmaicie rozsypanych, t. j. albo pojedynczo, albo w gromadkach, i to tak, że niekiedy przy wielkiej ich obfitości, gromadki te przybierają pozór większych ognisk czyli nacieczenia. Rozmaitość formy i wielkość tworów, nadaje im cechę wieku, a większe i dawniejsze poczytać słuszniej można za rodzaj przejścia do formy chronicznój raka.

Z ogłoszonych dotąd wypadków niepodobna orzec, które organa ulegają najpierw, czyli pierwotnie nacieczeniu ostrému, a które następstwo, to wszakże zadziwia (co stwierdza także *Bamberger*), że choroba w mowie będąca składa złogi swe zawsze na *opłucnej*, jak niemniej, że twory ostrego raka osiedlają się nietylko w organach zdrowych fizyologicznych, ale napastują także inne części, jak np. nowotwory rakowe dawne.

W tworach ziarnkowatych ostrego raka, wykazuje mikroskop zawsze utkanie *rdzeniowe*, nawet w tych wypadkach, gdzie rak pierwotny długotrwały do innego rodzaju téj choroby należy, a przeważną częścią histologiczną onych tworów, są: większe, okrągłe, podłużne lub wrzecionkowate, nagie ziarnka o jednym lub kilku ziareczkach, pomieszane zawsze z ziareczkami drobinkowemi (molekulare Körnchen), bez wyraźnego podścieliska (Stroma). Nowo utworzone naczynka krwiste i złogi barwikowe, były również znajdywane. W ogólności zauważano, że różnica pomiędzy tworami ziarnkowatemi formy ostrój i złogami chronicznemi, polega na *obecności młodziutki, zależkowych pierwiastków* histologicznych. Wyraźnych objawów *fizyologicznego oddziaływania*, złogom tym towarzyszących, dotąd niedostrzeżono. Uwagi godne są tu *skrzepy krwiste*, zawierające twory rakowe.

Pod względem składu chemicznego krwi, który w formie ostrój raka dotychczas zbadanym nie został, dodać tu wypada, że przyjęte na doświadczeniach *Andrala* i *Hellera* zakażenie w chorobie długotrwałej, polegające na pomnożeniu włóknika,— w tej drugiej formie zmieniać się zdaje o tyle, że skutkiem obfitych złogów ziarnkowatych, krew *pozbywa się* znacznej ilości, a zatem *przewyżki włóknika*, przezco nawet staje się uboższą w części włóknikowe, o czém przekonywa rzadkość, i ciemna barwa krwi, niemniej bezkrwistość ogólna i brak skrzepów. Upuszczona w 2 wypadkach krew nieprzedstawiała najmniejszej plewki zapalnej, a skrzep był miękki i cisawo-czerwony, z wyraźnem pomniejszeniem ilości ciałek. Wyśledzone w krwi twory rakowe, pochodzą niewątpliwie z złogów raka długotrwałego. Wedle obserwacji *Köhlera* i *Bambergera*, wystąpić mogą złogi ostrój formy raku także *pierwotnie* t. j. bez poprzedniego cierpienia długotrwałego; wszelako ten sposób powstania pozostaje dla braku liczniejszych postreżeń, dotąd jeszcze wątpliwy. W wątpliwości tej utwierdza nas ta również okoliczność, że z opisów dotąd znajomych formy ostrój raka, niejesteśmy w stanie wyrobić sobie obraz objawów klinicznych tej choroby, a co ważniejsza, że do rozpoznania jej niemamy żadnych znaków fizykalnych.

Zebrawszy przypadłości, które w znajomych dotąd przykładach choroby w mowie będącej, statecznie występowały, widzimy, że wybuch formy ostrój oznacza się zawsze dreszczem, nagłym upadkiem sił, podniesieniem ciepła (do 32. 5° R.) i tętna do 120 — 135 w minucie, obok podmiotowych przypadków w narządzie oddechowym (złogami w płucach i oskrzelach wywołanych), którym częstokroć towarzyszyły przypadłości mózgowie. W narządzie trawienia napotymano statecznie: brak apetytu, zboczenia w odchodach stolcowych, ból w okolicy żołądka i wzdęcie żywota, nawet tam, gdzie organa tego narządu nie były bezpośrednio zajęte. W zabarwieniu skóry niewidziano żadnej zmiany; a śmierć następowała śród nagłego ogólnego wyniszczenia ciała.

Czas trwania choroby ostrój, rozciągał się w przecięciu wedle postrzeżeń *Demme* na 6 dni, licząc od pierwszego napadu dreszczu, który wszakże w wypadkach *Bambergera* przedłużał się do 1 i kilku miesięcy.

Sposób powstania choroby, tłumaczy *Demme* tem, że u chorych z poprzedniem długotrwałem cierpieniem, ciątka rakowe do krwi wessane, przez naczynia na cały ustrój rozprowadzone zostały, i wybuch ostry spowodować mogły; co się zaś tyczy sposobu powstania *pierwotnego raka ostrego*, niemamy dotąd żadnego wyjaśnienia.

(Schm. Jahrb. N. 1, 1862).

Dr. Ł.



O zmianach temperatury ciała w zapaleniu płuc,

Badanie stopnia temperatury ciała, które jak wiadomo, powszechną zajmuje uwagę lekarzy klinicznych w naszym czasie, zasługuje zdaniem profesora *Wunderlicha*, na szczególniejsze uwzględnienie przy *rozpoznaniu i rokowaniu w zapaleniu płuc*. Zmiana ciepła sądzi *Wunderlich*, wskazać może w tej chorobie różnicy, jakich żadnym innym sposobem wyśledzić niepodobna, niemniej stanowczo rozstrzygnąć wątpliwości, zachodzące w rozpoznaniu *szczególniejszych form* zapalenia płuc, a oznaczając z większych, od innych objawów pewnością *stopień nasilenia* choroby lub z wolnienia jej, staje się zarazem nieomylną miarą skuteczności zastosowanego sposobu *leczenia*. Termometr, mówi *Wunderlich*, poucza nas *o zapadłych w biegu choroby powikłaniach*, ostrzega lekarza o wywieźywaniu się zapalenia płuc w ciągu *innej jakiegokolwiek* niemocy, nakoniec dodaje autor, w ciepłomierzu mamy jedyny niezawodny znak *całkowitego zejścia choroby* i powrotu do prawidłowości płuc, albo istniejących jeszcze w mięszu pozostałości chorobowych i wyradza się *cierpień następowych*.

Pomimo jednak wysokiego znaczenia przypisywanego zmianom ciepła ciała w sprawie zapaleniu płuc, zastrzega i *Wunderlich*, że rozpoznanie tej choroby jako *takiój*, nie może i nie powinno polegać *wyłącznie* na termometrze, którego wartość okazuje się tu dopiero przy zebraniu innych znajomych przypadłości. O ile znaki czerpane z wymiaru ciepła

ciała, rozpoznanie durzycy brzusznej lub wysypkowej, bardzo często same przez się ustalić są w stanie, o tyle znowu przeciwnie, zbywa im na tej pewności w zapaleniu płuc, i nabierają znaczenia prawdziwego dopiero niejako *po przebytej chorobie*, a i wtedy jeszcze wymaga się dla uniknięcia pomyłki, uwzględnienia innych stosunków np. wieku. (*) Istotną zatem wartość i pożyteczność termometru, musi być w tym razie popartą wypadkiem innych sposobów badania choroby. Poszukiwania swoje streszcza *Wunderlich* w następujących punktach:

1. Zjawiska termometrowe same przez się, nie stanowią pewności istnienia sprawy zapalnej w płucach, która przebiegać może *bez żadnej zmiany ciepłoty* ciała, albo z towarzyszeniem wszystkich możliwych stopni temperatury.

2. Z pomocą termometru jesteśmy w możności, uwzględniając inne sposoby badania, rozpoznać i *rozróżnić główne* (typowe) *formy* zapalenia płuc, do których zaliczamy: *krupowe, nieżytowe i przestankowe* (instermittens).

3. Samoistne czyli *pierwotno-krupowe* zapalenie płuc, porządkiem przebiegiem najwyraźniej cechujące się, przedstawia następujące znamiona: szybkie, niemal nagle powstanie silnej ciągłej gorączki, która po upływie pewnej statecznej liczby dni, przy jednoczesnym wzmaganiu się miejscowej sprawy chorobowej, równie szybko ustępuje, a wraz z nią i sprawa miejscowa się ogranicza; poczem, wśród przypadłości gorączkowych następują przeobrażenia *zwrotne*, pod postacią wyzdrowiania (rekonwalescencji).

(*) Przy całej jasności wykładu i trafności wyprowadzanych ztąd wniosków, niepojmujemy zaiste, co *Wunderlich* rozumiał pod wyrażeniem „po przebytej chorobie”, „nach Ablauf der Krankheit.“ Gdzie bowiem rzecz się toczy o rozpoznawanie choroby i doniosłość przypadku semiotyczną, nierozumiemy, jak można odnosić się do *przebytej choroby*, która rozpoznania klinicznego wcale już niepotrzebuje; również trudno pojąć, jaką pomoc rozpoznawczą podać może *Wunderlichowi* *wiek* chorego w sprawie zapalenia płuc, gdzie tyle innych nieomylnych znaków stoją dziś na usługi lekarzowi.

Przyp. tlómacza.

4. Krupowe zapalenie płuc *następowe*, oznacza się wprawdzie takim samym przebiegiem porządnym czyli regularnym, jednak powstanie i zakończenie téj sprawy, niema tak wyraźnego odgraniczenia jak w tamtéj.

5. Przebieg zapalenia płuc *nieżytowego*, jakkolwiek podobny i zbliżony do krupowego, przedstawia jednak znakomite różnice, jakoto: początek choroby bywa pospolicie niewyraźny i wywiezuje się z zwyczajnego, częstokroć już gorączkowego kataru, a zmiany temperatury wskazują raczej charakter choroby *przepuszczającej*, t. j: z wieczornem nasileniem a ranném zwolnieniem gorączki, jakto np. widzimy w durzycy brzusznej. Nasilenia wieczorowe bywają mocniejsze od tychże w zapaleniu płuc krupowem, i podwyższają niekiedy ciepło ciała w wypadkach nieco tylko cięższych, do 32 stopni. Czas trwania zapalenia tego rodzaju, bywa pospolicie dłuższy jak w zapaleniu płuc krupowem, a krótszy jak w durzycy brzusznej. Gorączka nie przełamuje się również tak wyraźnie i szybko, ale zmniejsza się powoli, nieznacznie, czego dowód mamy w dłuższych okresach zwolnienia i krótszych nasilenia, a niemniej długo przeciąga się okres wyzdrowienia.

6. Najiawniej okazuje się wartość wymiaru ciepła w formie zapalenia płuc *przestankowej*, którą stanowczo oznacza, czy sprawa ta zachowuje pewny porządek w przestankach, czy nie. W formie téj, opada termometr w czasie przebiegu samej choroby do stopnia prawidłowości, a przynajmniej bardzo blisko tejże, pozostaje tak przez godzin 12—24, poczem wznosi się znowu szybko do wysokości temperatury poprzedniego napadu.

Rozróżniamy 3 rodzaje czyli *postacie* zapalenia płuc przestankowego. Przestankowanie pierwszego rodzaju polega na tem, że w okresie wywiezywaniu się zwątrobień płuc, przypadłości czynnościowe, ogólne i podmiotowe miejscowe, kilka razy (najczęściej 2 lub 5 razy) łagodnieją czyli zwalniają się, gdy jednocześnie sprawa anatomiczna miejscowa pozostaje niezmieniona albo nieznacznie tylko się zmniejsza. W drugim znowu rodzaju, po kilku dniach trwania prawdziwego na pozór zapalenia krupowego, *ustępuje czasowo obraz*

choroby zapalnej, i pojawia się znowu zaraz nazajutrz powtórnie silna gorączka, z równoczesnem wzmożeniem się zmian miejscowych obok *trwania zmian poprzednio złożonych*, co 2 lub trzykrotnie powtarzać się może. W trzecim nakoniec wypadku przestankowania, ulega za każdym nowym napadem nasilenia, *nowa część płuca* niekiedy nawet odległa, zmianom anatomicznym właściwej choroby, podczas kiedy miejsca poprzednio chorobą zajęte, przedstawiają znaki *przeobrażenia zwrotnego* w kierunku prawidłowego zakończenia sprawy zapalnej, *pneumonia erratica*.

Miarowość przestanków (typus intermissionis) w chorobach tego rodzaju, która najczęściej zdarza się w wypadkach pierwszej formy, bywa zazwyczaj *trzeciackową* lub *czwartackową* (tertianus v. quartanus).

7. Badania termometrowe niepodają nam w zapaleniu płuc *bezmiarowem* (atypica pneumonia), żadnej wskazówki przy rozpoznaniu. Niektóre wypadki tego rzędu (bezmiarowych), jako zapalenia płuc z wątrobieniem szarem, traumatyczne, krwotokowe, surowicze, posokowe, gruźłkowe, zrazikowe, mogą czasem przebiegiem swym zbliżyć się do miarowości zapalenia krupowego i nieżyłowego; wszakże zboczenia biegu ich są tego rodzaju, że niedopuszczają pewnego ustalenia.

Często bardzo dostrzegamy w tych chorobach zwolnienie gorączki, niekiedy nawet zupełne, na jakiś czas, pomimo że zmiany anatomiczne ciągle swoją drogą postępują; a ciepłomierz staje się nam tu o tyle pożytecznym, że wskazuje każde pogorszenie lub polepszenie choroby.

8. Stopień ciepłoty ciała, daje nam najpewniejszą miarę *gwałtowności* choroby, mianowicie stanowczym jest wypadek badania termometrowego w samoistnem zapaleniu płuc, w którym wysokość 32° ciepłomierza jest dowodem gwałtownej siły choroby, a $31\frac{1}{2}^{\circ}$ i poniżej, oznacza łagodny stan cierpienia.

W innych formach zapalenia płuc, przypadłość 32° daje zarówno znak ciężkiej choroby, gdy tymczasem do wyrokowania o łagodności niemocy, oprócz niższego stopnia ciepła wymagane są tu jeszcze inne ogólne warunki stanu choroby.

9. Termometr podaje lekarzowi najjawniejszy i nieomylny dowód *polepszenia* i *pogorszenia się* choroby, pomyślnego lub niebezpiecznego zwrotu jęj, niemniej skuteczności użytych środków.

10. Występujące w przebiegu zapalenia płuc powikłania, oznaczają się: niespodzewanem i formie choroby nieodpowiedniem wzmożeniem się temperatury chorego, albo opóźnionem lub przerwaniem ustępowaniem przypadłości gorączkowych, alboliteż jednostajnie podniesioną ciepłotą w chwili pomyślnego przeobrażenia zmian anatomicznych miejscowych, niekiedy także kilkoma rzeczonymi zjawiskami razem.

11. Za znak powstania zapalenia płuc *następowego* w przebiegu innej pierwotnej choroby, poczytujemy: podwyższenie ciepłoty, które w ciągu rozwijania się nowej sprawy potologicznej albo się wzmagają, albo na jednym utrzymuje stopniu, a nawet i zniżyć się może. Dodać tu wszakże wypada, że przypadłość ta podwyższenia ciepłoty, jakkolwiek dosyć często, jednak nie zawsze statecznie występuje. W każdym jednak razie, gdzie sprawa następową obfitsze powoduje zługi, podnosi się ciepło, zbliża do 32° i utrzymuje się w tem podwyższeniu przez czas wzmagania się sprawy wysiękowej.

12. Czém wybitniejsza i mniej powikłana forma zapalenia płuc, tem jawniej i wyraźniej zaznacza się chwila *zakończenia sprawy wysiękowej* zmianą termometryową, a to tak, że w przeciągu dwóch lub *jednego dnia*, a niekiedy *kilku godzin już*, stopień ciepła spada do prawidłowości, a nawet i niżej. Jestto chwila pomyślnego zwrotu choroby, w której przy ograniczeniu się sprawy wysiękowej, uspokają się oddęch, zwalnia liczba tętna i chory doznaje mięłego uczucia ogólnej ulgi.— Później, bo dopiero drugiego lub trzeciego dnia po znizeniu się ciepła ciała, wykaże badanie fizykalne przypadki rozdzielenia się wysięku.

13. Dowód *zupelnego wyzdrowienia* po zapaleniu płuc, stanowi jedynie i wyłącznie, *prawidłowy i stale utrzymujący się stopień ciepła ciała*.

(Archiv d. Heilk. III. 1).

Dr. Ł.



O tumorach czyli guzach w jamie brzusznej z przeważnym uwzględnieniem części dyagnostycznej.

WYKŁAD PROF. OPOLZERA.

Pomimo olbrzymich postępów, jakie uczyniła w ostatnich dziesięciu latach diagnostyka chorób ustroju ludzkiego, rozpoznanie guzów brzusznych niedoszło jeszcze do tego stopnia doskonałości, aby innym gałęziom téj sztuki sprostać mogła. Rzecz jasna, że nauki o nowotworach w ogóle, a szczególnie o tych, które się napotykają w żywocie, dopóty była źródłem sporów, hipotez i błędnych zdań, dopóki pochodnia patologicznej anatomii badaczom klinicznym nie zaświeciła. Uderzającym jednakowoż jest, że i po dziś dzień jeszcze, kolledzy temu przedmiotowi mniej poświęcają uwagi, aniżeli zasługuje.

W przypadkach obrzmiałości brzusznej zadowaliamy się pospolicie *ogółowym rozpoznaniem* na samem oglądaniu i powierzchownem tylko obmacaniu opartem, — podczas gdy ściśle orzeczenie o naturze i miejscowości nowotworu, zostawiamy zazwyczaj na dobrą wolę indywidualnego, najczęściej nieuzasadnionego zdania każdego lekarza. Przyczyna tego, leży wprawdzie w wielu wypadkach w niezaprzeczonej trudności badania, poczęści zaś w braku dostatecznej zręczności, a niekiedy poprzestajemy na przekonaniu niewyleczalności guzów.—Do tego wreszcie przyszło, że rzadko zadawano sobie pracę, należytego wybadania zawikłanych stosunków i zatrzymywano takie rozpoznanie, które najwięcej *prawdopodobieństwa* przedstawiało; ztąd poszło, iż w niektórych wypadkach rozpoznawano raka,

gdzie dokładne badanie wykryło nowotwór łagodnej natury, albo zdrożną nerkę i t. p.

Patologicznej anatomii zawdzięczamy możność lepszego poznania zmian chorobowych trzewiów; ona też powinna być *podstawą nauki* o guzach, jeżeli ta nabyć ma piętna prawdy, nie zaś wznosić się na chwiejnej podstawie przesądnych wiadomości. Przedewszystkiem, wypadało przez badanie trupów dojść do należytego pojęcia o zmianach *dotykalnych* i *widocznych*, które się okazały w różnych obrzmiłościach brzusznych. Przez niez mordowane poszukiwania doszliśmy pomału do dokładnej znajomości tworów chorobowych, a przez zebranie licznych pośmiertnych opisów z dokładnemi zjawiskami za życia, będziemy dopiero w stanie skreślić obraz samego przebiegu choroby. Jeżeliśmy obecnie znaczne uczynili postępy w rozpoznaniu guzów brzusznych, zawdzięczamy bez zaprzeczenia najwięcej patologicznej anatomii; ręka w rękę z nią musiało postępować doświadczenie kliniczne, ażeby zjawiska chorobowe dokładnie odróżnić i zgodność ich z opisem pośmiertnym stwierdzić.

Anatom ma przed oczyma zmianę materjalną, *łożysko* choroby; lekarza zaś jest rzeczą, zjawiska chorobowe za życia zbadać, odpowiednie zmiany czynności jasno uchwycić, i z kombinacyi tych czynników, podać stósowny *obraz choroby*. Wyznajemy, iż przez długie lata, w których napotkaliśmy mnóstwo materiałów klinicznych, ze szczególnem zamiłowaniem oddawali się rozpoznawaniu nowotworów brzusznych. Trudności były niemałe, a zamiarem naszym było: staranne zbadanie zmian chorobowych w organach na sobie i obok siebie położonych i wzajemnego ich stosunku, ażeby to, co się za życia widziało, porównać gdzie można z wypadkiem oględzin pośmiertnych. Stateczne powtórzenie się jednych i tych samych przypadłości, daje dopiero możność poczytania tych zjawisk za prawidło stałe i pewne, które lekarzowi przy łożu chorego nadać ma punkt oparcia przy rozpoznaniu. Przez czas i wielkie prace zdobyte wypadki, są bardzo pocieszające; wyznajemy, że obecnie doszła nauka o guzach brzusznych, częścią przez nasze, częścią przez obce poszukiwania do téj doskonałości, do jakiej fizyczny sposób badania doprowadzić pozwala. Dziś

już, możemy w wielu wypadkach podać pewne, na zasadzie dodatnych oznak, objaśnienie o naturze jakiegobądź nowotworu brzuszego. W innych zaś razach, gdzie drogą dodatnią do rozpoznania dojść jeszcze nie jesteśmy w stanie, możemy przynajmniej, metodą wykluczenia, oznaczyć pewny stopień prawdopodobieństwa dyagnostycznego. Jakkolwiek wiemy, iż ten sposób okazuje się często niedostatecznym, i tylko w wypadkach *wyjątkowych* chwytać się go należy, jednakowoż zwrócić należy uwagę, iż często właśnie przy nowotworach brzusznych, starać się musimy koniecznie tylko sposobem *wykluczającym* stosownie zrobić rozpoznanie, ponieważ mnogość organów często staje na zawadzie nawet wprawnemu lekarzowi klinicznemu opierania się przy rozpoznaniu na rezultacie badania fizykalnego. Oprócz wprawnej ręki, wymaga się tu jeszcze pewności, bystrości i talentu porównawczego, których jednakowoż w klinice nabyć nie można. Nakoniec bywają zdarzenia, gdzie pomimo najściślejszego badania, z pewnością nie da się powiedzieć, jakiej natury i z jakiego narzędzia bierze nowotwór swój początek, natenczas zadowaliamy się tylko *zbliżonem* rozpoznaniem, które dalszym przebiegiem choroby stwierdzone być winno, a bardzo rzadko tylko, zostawiamy rozpoznanie w zawieszeniu.

Powiedzieliśmy już wyżej, iż wiele trudności zwalczając było potrzeba, dopóki nauka o nowotworach brzusznych nie dosięgła stopnia doskonałości, na jakim się obecnie znajduje, i dziś jeszcze uznajemy wszystkie trudności, jakie spotykać musi lekarz mniej do badania wprawny, nawet w wypadkach niezbyt zawikłanych.

Rozmaita grubość ścian brzucha, mnogość trzewów, ich względna niestałość położenia, przemienna ilość części stałych, płynnych i gazowych w jelitach, wszystko to są przyczyny, które badanie utrudniają, a niekiedy czynią je niepodobnem.— Opierając się na doświadczeniu, podajemy następujące wskazówki:

Często po *pierwszem badaniu nie można być pewnym* czy jest jakiś nowotwór, jednakowoż to niepowodzenie nie powinno nas odstraszać od powtórnego badania. Najwprawniejszemu przytrafia się, iż dopiero po kilkakrotnych starannych poszukiwaniach, wyjaśniają się wyobrażenia, a miejsce samych przypu-

sceń zastępuje pewne przekonanie.— Następnie, należy badać chorego w *różnych położeniach ciała*, gdyż stósownie do prawa ciężkości, pozycya ciała stojąca, leżąca lub siedząca, wykaże rozmaitości co do miejscowości guzów i zależnych od nich zmian chorobowych.

Pomimo całej trudności, jaką napotykamy w diagnostyce guzów brzusznych, niepodobna zaprzeczyć wysokiej wartości jej przy *rozpoznaniu i leczeniu*. Tak dla pacyenta jako i lekarza, jest rzeczą nazbyt ważną wiedzieć z pewnością, jakie będzie zakończenie tego lub owego nowotworu, czy po dłuższym lub krótszym czasie nie nastąpi pogorszenie, i czy chory bez trosk swoim zatrudnieniom oddawać się może w tém przekonaniu, że jego cierpienie nie grozi niebezpieczeństwem.— Leczenie znowu, zależy po większej części od prawdziwości rozpoznania, a doświadczenie uczy, że w gałęzi potologii, treścią rozprawy będącej, możemy pod względem leczniczem *więcej działać*, jak się dotąd zdawało, gdyż np. są guzy, które po użyciu stosownych wód mineralnych, usunięte być mogą.

W wypadkach *niewyleczalnych*, gdzie stanowczo przekonani jesteśmy, iż zdrowia choremu nie powrócimy, udaje się nam przecież, stan jego nieco poprawić, cierpienia zmniejszyć, i od bezskutecznych, męczących metod leczenia uwolnić, nic tam nie psując, gdzie nic naprawić nie można.

Zanim przejdziemy do wyłuszczenia fizycznej metody badania guzów brzusznych, chcemy utrwalić stanowisko, które przy cierpieniach tego rodzaju zajmujemy, i które za jedyne do celu prowadzące uważamy. Bezskutecznem byłoby, opierać dyagnostykę guzów brzusznych na podstawie *jednej* nauki t. j. patologicznej anatomii; i jeżeli ta nauka uniknąć ma zarzutu jednostronności, należy powołać więcej czynników do współdziałania, których wypadek stanowić winien lekarzowi pewny tryb postępowania, a którego przy łożu chorego z uwagi spuszczać się niegodzi.

Za najgłówniejszą i niezbędną potrzebę, uważamy znajomość *topograficznej anatomii* żywota, za pomocą niej tylko bowiem, można rozeznąć małe nawet zboczenia od stanu prawidłowego. Później dopiero, następuje jako istotna pomoc, znajo-

mość potologicznej anatomii, która poda objaśnienia do pewnego stopnia dostateczne, o zmianach chorego organu.

Wprawdzie w obecnym czasie pomocnicze jej środki jeszcze nie są tak doskonałe, ażeby przy każdym zboczeniu fizyologicznem mogła wykryć materyalne łożysko, ale przy guzach, gdzie napotyka się grubsze materyalne przeistoczenia, tu właśnie zajmuje patologiczna anatomia wartość dostatnią.

Trzecim punktem widzenia, który był skazówką do złożenia wcałość nauki o guzach żywota była *obserwacya kliniczna*, t. j. doświadczenie. Bez wątpienia, wiele błędów które się zakradły do tej nauki, pochodzi po części ztąd, iż w braku dokładnego doświadczenia, uważano zjawiska chorobowe spolem pojawiające się, jako stałe, i z niewielu wypadków wprowadzano ogólny wyrok.

Z wykładu naszego, wykluczamy rzecz o przepuklinach, jako wyłącznie do chirurgii należąca.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Dr. *Rozenzweig*.



O wdechaniu wód mineralnych.

Wiadomo zapewne czytelnikom naszym, że już przed kilku laty Dr. *Sales-Girons*, zalecał skuteczność wdychania wód niektórych mineralnych, rozdrobnionych do najsubtelniejszego deszczu, które tym sposobem, nie tracąc nic z swoich własności mineralnych, działać bezpośrednio mogły na organa oddechowe. Tym sposobem chciał on skutecznie zastąpić urządzone już dawniej w niektórych zagranicznych zakładach kąpielnych, tak zwane *Vaporaria*, lub też Sale do inhalacyi. Co więcej, Dr. *Girons* kazał zbudować w fabryce *Chariera* mały przyrząd przenośny, pozwalający używać go w prywatnej praktyce lekarzom. Dr. *Gavarret* przedstawiając go w Maju 1860 r. na posiedzeniu Akademii, zalecał go jako łatwy w użyciu i mogący niezaprzeczone oddać usługi cierpiącym.

Myśl ta, rzucona pośród uczonego Areopagu, wywołała niesłychanie zajmujące dyskusye i dalsze doświadczenia biegłych patologów i chemików. Po dziesięćkroć w przeciągu roku 1861 na posiedzeniach Akademii medycznej wznawiane odczyty i toczone rozprawy, w których koryfeusz sztuki żywy brał udział, wskazują, jaką przywiązywano wagę do gruntowego zbadania istotnej i możebnej skuteczności leczenia pomienionym sposobem, tak powszechnych i rozlicznych a ważnych zbroczeń narządu oddechowego.

Nie naliczylibyśmy broszur i artykułów drukowanych w tej materji po różnych dziennikach specjalnych francuzkich, listów otwartych pełnych tekstu i bystrości autorów, jak pp. *Pietra Santa*, *Fournié*, *Tampier*, *Auphan*, *Demarquay* i innych.

Otoż dziś, kiedy już uczone grono po wyczerpaniu licznych argumentacyi, i odczytaniu raportu sprawozdawcy, powiedziało

pra wie ostateczne swoje w tym względzie zdanie, nie odrzeczy zdaje mi się będzie, podać treść rzeczy, na czym stanęły niniejsze dyskusye.

Na cztery postawione kardynalne pytania, takie są odpowiedzi:

1. Czy płyny subtelnie rozdrobnione dostają się do dróg powietrznych? Doświadczenia p. Demarquay na człowieku i na zwierzętach, poszukiwania pp. Moura-Bourouillon i Tavernier, próby wreszcie p. Henry na króliku i świni, nie zostawiają żadnej wątpliwości co do dostawania się wody rozdrobnionej do dróg powietrznych.

2. Czy płyny rozdrobnione ziębną wychodząc z przyrządów rozpryskujących też płyny?

Jakkolwiek niezaprzeczenie tak jest, jak utrzymuje p. Pietra-Santa robiąc doświadczenia u wód siarczanych w Eaux Bonne, że wody mineralne mogą doznawać znacznego oziębienia przez sproszkowanie, zwrócić jednak na to uwagę należy, że nie ma na to ogólnego prawa, i że w tego rodzaju doświadczeniach, trzeba zawsze oznaczyć ściśle warunki, w których się je stawia. Dodać również wypada, że gdy zanurza się kulka ciepłomierza w mieszaninie powietrza i wody wpył rozbitej, nie mamy właściwej temperatury tejże wody. Należy więc, dla zapobieżenia oziębienia w salach do wdychania przeznaczonych, żeby powietrze nasycone było parą wody, (co powinno bezustannie mieć miejsce) i aby temperatura jej była cokolwiek wyższą, jak wody używaną do rozdrabniania.

3. Czy wody siarczane zmieniają się w składzie swoim chemicznym przez rozdrobnienie?

Zbierając wodę z tego drobnutkiemu deszczu mineralnego w naczynie, i poddając ją następnie rozbiorowi, zmniejszenie pierwiastków siarczanych znaczną jest istotnie; lecz wiadomo jest z drugiej strony, jak szybko wody siarczane zmieniają się w zetknięciu z powietrzem zwyczajnym. Wskutek tego, ostateczne rezultata jakie posiada nauka, nie są pewne i nie można spodziewać się dojść ściśle stosunku pierwiastków siarczanych zostających w wodzie rozdrobnionej, jak przez zbieranie jej w chwili osiadania.

Rozczyn kwasu siarko-wodowego traci przez pulweryzacją znaczną ilość tego gazu, chociaż rozczyń nie zbyt jest skoncentrowany; stratę tę jednak w części przypisać należy ulatnianiu się kwasu siarkowodowego do otaczającego powietrza.

Woda d'Enghien i prawdopodobnie wszystkie wody zawierające kwas siarko-wodowy, tracą przecięciowo 60 na 100 tego pierwiastku siarczanego; wody zawierające siarkan sody, jak Pyrenejskie, niezmieniają się zupełnie, lub bardzo mało przez rozdrobnienie.

Utrata pierwiastku siarczanego, mniejszą się zdaje przy używaniu przyrządu pana Sales-Girond, jak przyrządu p. *Mathien*.

4. Czy można przy dzisiejszym stanie wiadomości naszych, oznaczyć skutki lecznicze wdychania płynów rozdrobnionych?

Dr. Auphan studjował przez 2 lata skutki wody rozdrobnionej na organizm zdrowy lub chory, i oto treść rezultatów wpływających ze ściśle obserwowanych faktów:

a. Wdychania mineralne dobrze zastosowane, są niezmiernie korzystnymi w leczeniu chorób narządu oddechowego.

b. Sposób, który polega na wdychaniu wody mineralnej w stanie rozdrobnionym, według przepisu p. Sales-Girons, w pewnych razach ważne może oddać usługi.

c. Woda rozdrobniona używaną jest bardzo skutecznie przeciwko zapaleniom błon szluzowych gardła, chronicznym cierpieniom krtani, i zwątrobieniu płuc, jeżeli nie ma jednocześnie gruźleńców płuc.

P. *Demarquay* i jeden z najznakomitszych członków Akademii *Troussau*, używają od dość dawna już płynów lekarskich rozdrobnionych, do leczenia cierpień chronicznych przełyku i krtani, i oświadczają, że otrzymali zapomocą tego leczenia, pomyślne rezultata.

Jednym słowem, sale do wdychania, są uważane przez jednych jako potężny środek w leczeniu chorób piersiowych, przez innych, za szkodliwy w większej ilości wypadków.

Jest więc wielka niepewność co do skutków leczniczych wód mineralnych rozdrobnionych. Nowe poszukiwania, fakta dobrze obserwowane przez biegłych lekarzy, niezbędnymi nadal jeszcze będą, aby komissya i Akademia mogła stanowczo orzec co do tego ważnego pytania.

Dr. *Stummer*.



Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.
Pierwsze posiedzenie Tow. Lek. dnia 7 Stycznia 1862 r.
(Wyjęto z protokołu Sekretarza Tow. Lekar.)

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego (administracyjnego) posiedzenia. Złożono nadesłane przez Dra *Kościkiewicza* (członka kilku Tow. Nauko.) z Francji (zamieszkałego w mieście Rive de Gier, dpt. Loire) 3 numeru gazety lekarskiej w języku hiszpańskim, tudzież 6 jego rozpraw wydanych w językach hiszpańskim i francuzkim. Z 3-ch z pomiędzy tych rozpraw, sprawozdanie przedstawi kol. *Korzeniowski*.

Złożono nadto, odezwę Towarzystwa lekarzy Kijowskich w języku rosyjskim, w przedmiocie projektowanego zjazdu naukowego lekarskiego.

Z powodu odłożenia na czas późniejszy, publicznego posiedzenia, które według wyraźnego brzmienia ustawy Towarzystwa, przypadałoby na drugą połowę Stycznia, a po którym bezpośrednio na następnem posiedzeniu, należałoby przystąpić do nowego wyboru rocznych urzędników, postanowiono wybory te odłożyć do czasu, w którymby również i publiczne posiedzenie mogło mieć miejsce.

Następnie Sekretarz *stały* (Kol. *Szokalski*) zdał sprawę z czynności komitetu wyznaczonego w przeszłym posiedzeniu do obmyślenia najwłaściwszego sposobu, wydawania na przyszłość *Pamiętnika Towarzystwa* i przedstawił warunki, na jakich dotychczasowy nakładca, życzyłby nadal zachować własność tego pisma, a nakoniec, poddał uwadze towarzystwa następujące wnioski:

1. Ażeby ze względu na powody przedstawione przez pp. *Kaufman* i sp. zgodzić się na zmniejszenie umówionego z temiż nakładcami *honorarium* na przyszłość do rs. 125.

2. Wspomnione honorarium łącznie z zasiłkiem rządowym udzielanym Pamiętnikowi w ilości rs. 150 czyli razem rs. 175, ofiarować jako roczne wynagrodzenie przyszłemu Redaktorowi Pamiętnika.

3. Pozostać na przyszłość przy wydawaniu poszytów miesięcznych, z którychby 12 stanowiło 2 półroczne tomy.

Obecni w posiedzeniu Członkowie, w dostatecznej do prawomocnego głosowania liczbie zebrani, zatwierdzili powyższe wnioski, poczem *jednomyślnością głosów obrali* Redaktorem kol. *Łuczkiwicza*, który wybór ten przyjął.

Kol. *Szokolski* zwrócił następnie uwagę na tak licznie w obecnym czasie (przy rozpowszechnieniu użyciu machin rolniczych), zdarzające się przypadki uszkodzeń ciała z nieostrożnego obejścia się z temi machinami wynikające. Kolega zaproponował, ażeby Towarzystwo, ze stanowiska lekarskiego, zajęło się tak ważnym dla kraju przedmiotem, a przedewszystkiem, ażeby starało się zebrać dostateczne *statystyczne wiadomości o sposobach i rodzajach uszkodzeń* i na mocy tychże, obmyślić *wskazanie środków skutecznego uchronienia ludności wiejskiej od podobnych przypadków*, a to, celem zwrócenia na ten przedmiot uwagi właściwej władzy krajowej. Na wniosek kolegi, Towarzystwo poruczyło przygotowanie materiałów do wywiązania się z tego zadania komitetowi, złożonemu z kolegów: *Szokalskiego, Groera, Korzeniewskiego, Sciborowskiego, Łuczkiwicza i Chwata*.

Kol. *Bącewicz*, zwrócił uwagę na przypadki śmierci, w okresie położu następującej niekiedy bardzo nagle, wśród objawów chorobowych niedostatecznie usprawiedliwionych poprzednim przebiegiem choroby. Przed 2-ma laty, kolega wezwany był na naradę przez kolegę *Rosenthala* do chorej starozakonnej, około 6-go dnia po porodzie, przedstawiającej abjawy lekkiej *metropéritonitis*. Użyto miejscowych krwi odciągnięć, tudzież wcierań szaruchy. Przyłączyła się wycieńczająca biegunka, a w 40 godzin śmierć nastąpiła.—Przed niedawnym czasem, kolega przyzwany był do chorej starozakonnej w Mokotowie,

przedstawiającej 5-go dnia po porodzie, znaki gwałtownego zapalenia otrzewnej. Kolega polecił upuścić krwi unc: viij, przepisał emulsią i kalomel do wewnątrz, a w 5 godzin po wenesekcyi radził przystawić na brzuch pijawek 20. Nazajutrz rano, znalazł kolega małą tylko ulgę. Zalecił powtórzenie krwi upustu, przystawienie kilkunastu pijawek na brzuch i wcieranie szaruchy. Następnego dnia, poprawa w stanie chorej była widoczna. Wymiotów nie było, brzuch mniej bolesny, twarz obiecująca. Skutkiem narady z kol. *Flamm*, przepisano smarowanie brzucha roztworem saletranu srebra. Wkrótce atoli, zastąpiła zmiana w obrazie choroby. Rozpoczęła się biegunka, brzuch zapadł, nastąpiła niespokojność, trwoga, pragnienie wielkie i śmierć.

Kol. *Gliszczyński* opisuje również fatalny przypadek przed kilką dniami przez siebie obserwowany. Poród nastąpił w 9-ym mies. ciąży, chora z powodu przodkującego łożyska dużo krwi utraciła; pod wieczór po porodzie, miała słę nie źle, ale tętno 36 razy na $\frac{1}{4}$ minuty uderzało. Przepisano naparstnicę. W nocy o god. 3-ej przywołany kolega, znalazł brzuch wzdęty, bolesny. Macicy trudno było dokładnie wysledzić i język schnący, stolce zaparte, odchody połogowe bardzo obfite. O 10-ej rano chora była konającą; kolega uważa za przyczynę śmierci, zapalenie żył macicznych z następczym zatorem w płucach.

Kol. *Groër* w przypadku kol. *Bącewicza* widzi obraz czystego zapalenia otrzewnej i następczą gangrenę.

Kol. *Neugebauer* przystępuje do zdania kolegi Groera.

Kol. *Bącewicz* dobre wejście chorej w czasie następionej tak znacznej ulgi, uważa za znak sprzeciwiający się przypuszczeniu gangreny.

Kol. *Łuczkiwicz* oświadcza się również przeciw przypuszczeniu gangreny, z powodu, że ta wysledzoną i rozpoznaną nie była. Sądzi kolega, że śmiertelne zejście, daje się tłumaczyć jako skutek zapalenia żył macicy i następną embolją, biegunkę uważa jako przypadłość bez stanowczego wpływu na tak niepomyślne zejście choroby.

Kol. *Korzeniowski* uważa to zejście, jako skutek trombozy żył. Kol. *Groer* w opisie kol. *Bącewicz* nie widzi obrazu choroby akuszeryjnej w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, ale ra-

czej czystego zapalenia otrzewnej, a zatem oświadcza się przeciw przypuszczeniu zapalenia żył macicy.

Kol. *Janikowski* (młodszy) pod względem prognostycznym, nie przypisuje biegunce w chorobach położowych złego znaczenia, gdy przeciwnie *Seyfert* w Pradze, oparł metodę dosyć pomyślnego w skutkach leczenia gorączki położowej, na pobudzeniu stolcowych wypróżnień za pomocą środków czyszczących.

Kol. *Korzeniowski* zakłada użyteczność środków przeczyszczających po porodach, na oswobodzeniu kiszek od nagromadzonego w nich kału.

Kol. *Braun* podaje, że leczenie środkami przeczyszczającymi, opiera się na obserwacji naturalnego zejścia pomyślnych przypadków gorączki położowej.

Kol. *Neugebauer* przypomina, że środki te, zalecone zostały głównie jako wspierające wessanie utworzonych wysięków.

POSIEDZENIE DRUGIE

Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

(z dnia 21 Stycznia 1862).

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedzającego posiedzenia, w dalszym ciągu dyskusji o gorączce połogowej, p. *Bączewicz* przeszedł jeszcze pokrótce przypadłość wypadku, opowiedzianego przez siebie na poprzednim posiedzeniu, dla zbiccia wyrzeczonych wówczas przypuszczeń niektórych kolegów, chcących ten wypadek objaśnić.

Przeciwno zapaleniu żył, którego się domyślał kol. *Neugebauer*, przemawiają w owym wypadku, brak nagłej zmiany w rysach twarzy i upadku sił; brzuch po upuście krwi wprawdzie mniej bolesny, ale ani ciastowaty ani całkiem bezbolesny; w krwi upuszczonej skrzep zbity, wręcz brak nocnego bredzenia. Nadto, biegunka rozwija się dopiero przy dłużej trwającym zapaleniu żył połogowem. Przeciwno wypowiedzianemu przez kol. *Groera* przypuszczeniu gangreny, to się da powiedzieć, że gangrenę mógłby być wywołać nagły upust krwi w chorobie daleko posuniętej i zaniedbanej, tu zaś przeciwnie, natura powoli przyzwyczaiła się do krwi upuszczeń. Zakończył kolega przyznaniem się, że nie wie, co w tym wypadku było przyczyną śmierci i przytoczył jeszcze podobne, równie zagadkowe i nieprzewidziane przypadki śmierci u położnic.

P. *Neugebauer* przypomniał, że na poprzednim posiedzeniu przypuszczenie zapalenia i zakrzepu żył czynił dopiero po wypadku opowiedzianym przez kolegę *Gliszczyńskiego*,

biegunkę zaś w wypadku kolegi *Bącewicza*, uważał jako skutek gangreny. Co do krwi, to mocne jój krzepnięcie czyli obfitość włókniaka jest właśnie cechą gorączki połogowej. (Inopexia *Vogel*).

Kol. *Weinberg* opowiedział szczegółowo przypadek, o którym na ostatniem posiedzeniu wspomniał pokrótce p. *Gliszczynski*. Kobieta 25 letnia, po raz brzemienna, w ósmym miesiącu ciąży w dniu 14 listopada r. p, uległa wstrząśnieniu jadąc, wskutek zatoczenia się powozu. Dnia 15 listopada gorączkowała nieco i miała lekkie rozwolnienie. Dnia 17 listopada, jeszcze w łóżku, uczuła nieznaczny wpływ z części rodnych i spostrzegła plamy krwi na bieliźnie. Przywołany p. *Weinberg* znalazł przy śledzeniu wewnątrzmem: ujście zewnętrzne macicy otwarte, wewnętrzne zamknięte; przepisał Elix. acid. Halleri. Dnia 5 od przypadku, do którego dopiero teraz ciężarna lekarzowi się przyznała, znów się pokazało nieco krwi, nigdzie nie było bólów, a po tych dobry, spokojny sen. Powołany do narady kolega *Helbich* domyślał się łożyska poprzedzającego (placenta praevia). Następnie w przerwach od 5 do 10 dni wynoszących, pokazywała się krew w ilości od ½ do 1 uncji, w przestankach brzemienna czuła się całkiem zdrową i dobrze się odżywiała. Dnia 20 grudnia wstała ona około godziny 11, po zjedzeniu mięsnego śniadania i straciła znów 2—3 uncji krwi. Dnia 22 grudnia kolega *Flamm*, znalazł przy śledzeniu, że szyjka maciczna znikła, a przez usta maciczne otwarte trafił na błony; zalecił spokój, a w razie krwotoku, kazał założyć tampon i przysłać po siebie. W nocy z dnia 26 na 27 grudnia pojawił się krwotok znaczny. Przywołany o godzinie 4 nad ranem pan *Weinberg*, znalazł tętno raz zwalnające, to znowu przyspieszające, kazał akuszerce założyć tampon i przepisał sporysz (po 8 gr.) z tynkturą cynamonową (po 2 gr.) Przyzwany następnie kolega *Flamm*, wyjął skrzepy i znalazł łożysko u dołu przymocowane; w 12 minutach potem urodziła się dziewczyna jędrna, żywa, w 40 minut odeszło łożysko, poczem chora czuła wielką ulgę; Pan *Weinberg* uważał, że po odejściu łożyska, wyraz twarzy zmienił się w sposób szczególny, który mu trudno określić inaczej,

jak chyba temi wyrazami: *facies Hippocratica*; nogi były zimne. Kol. *Flamm* zalecił dać parę łyżek wina, a nogi ciepło okładać. Potém przyszedł dreszcze, jak po każdym krwotoku, i poty lepkie; następnie wymioty powtarzające się co 2 — 3 godziny, ciągłe, głośne odbijanie z czkawką. Przywołany powtórnie kol. *Flamm* znalazł brzuch wzdęty, odchody połogowe obfite, odbijanie, czkawkę; zalecił uletnioną wodą selcerską. Wieczorem kol. *Flamm*, znalazłszy te same przypadki i tętno 144 razy na minutę uderzające, radził dać nalew z 12 gran naparstnicy. O 12 w nocy brzuch był wzdęty, bolesny, zwłaszcza za najmniejszym poruszeniem się. Pan *Weinberg* kazał wtedy brzuch obstawić bańkami, naparstnicę odstawił jako mogącą wzbudzić wymioty, i dał proszki z kalomelu pół granowe. Wezwany o godzinie 3 w nocy kol. *Gliszczyński*, uznawszy, że jest *peritonitis acutissima*, kazał po każdej stronie nad pachwinami postawić po 10 pijawek. Około godziny 7 tętno stawało się coraz drobniejsze, palce i twarz zaczęły sinieć, ciało stygnąć, nastąpiła niespokojność i przy ciągłej niemal przytomności umysłu, przyszedła śmierć. Rodzina zmarłej nie przystała na otwarcie zwłok. Dodawszy jeszcze, że poród był przedwczesny o jakie 2 tygodnie i że na 8 dni przed porodem chora uskarżała się raz jeden wieczorem na rozpalenie rąk i nóg, przystąpił p. *Weinberg* do pytania; co było przyczyną śmierci?

Zdaniem pana *Weinberg* owo uderzenie podczas jazdy wywołało przeciągłe zapalenie wewnętrznej błony macicy (*endometritis chrou*); to zaś pociągnęło za sobą odczepienie się łożyska. Stąd od czasu do czasu pojawiające się krwotoki; jednakże chora nie umarła z niedokrewności (*anaemia*), ale *endometritis* przeszła w rozmiękczenie, wskutek czego podczas porodu nastąpiło rozdarcie macicy, i śmierć. Ciągła od porodu bezsenność, zmiana rysów twarzy, i t. d. również za tém rozpoznaniem przemawiają.

Pan *Neugebauer* zgodził się na to, że wstrząszenie było powodem oderwania się łożyska; dalej jednak prawdopodobnie zakrzepy w żyłach były powodem ropnicy położniczej (*pyaemia*

puerperalis). Przytoczył nadto przypadek, w którym krwotok z macicy nastąpił dopiero 4 dnia po wstrząśnieniu ciała.

Pan *Chalubiński* był tego zdania, że jeśli są choroby, w których z symptomatów można z pewnością diagnostykować, to w każdym razie gorączki połogowe nie należą do téj liczby. Bardzo niedawno jest temu, jak lekarze zaczęli na *metrophlebitis* całkiem inaczej się zapatrywać, niż przedtem. Pod nazwą gorączek połogowych, kryje się bardzo obfity i różnorodny materyjał, często procesa czysto zapalne, częścią dyskrzyno-zapalne, częścią czysto niezapalne. W takim stanie rzeczy, w zawikłanym przypadku połogowym, w którym nie robiono sekcji, czynić domysły, co było przyczyną śmierci? na nic się nie przyda.

Pan *Natanson* zwrócił na to uwagę, że dyskusyje w towarzystwach naukowych nigdy nie doprowadzają do rezultatów stanowczych, czego nawet od takich dyskusyi wymagać nie można, dosyć gdy się przyłożą do rozjaśnienia kwestyi, do wykazania, jakie zdania o pewnym przedmiocie, w danéj chwili górują.

W końcu posiedzenia p. *Neugebauer*, odczytał opisanie zajmującego wypadku *atresiae partialis vulvae*; w wypadku tym dziecię zrobiwszy dobrowolny obrot na nóżki, przyszło na świat przez śródkrocze, które się rozdarło podczas porodu.



Piszą nam z Kamieńca Podolskiego:

W dniu 27 Stycznia r. b. 1862 odbyło się w mieście naszym, w sali Hołohorskiego o godzinie 7 wieczorem,

Posiedzenie publiczne Towarzystwa Lekarzy Podolskich.

Po odczytaniu sprawozdania z całego czasu od założenia Towarzystwa w r. 1859, aż do dziś, przez sekretarza Dra Karola Przyborowskiego, (które jak się spodziewamy wkrótce ogłoszone będzie drukiem *w zbiorze prac lekarzy Podolskich*, na którego wydawanie niedawno od władzy odebraliśmy pozwolenie) a następnie sprawozdania z przychodów i rozchodów, ze stanu kassy na wspomnienie ubogich kolegów jakoteż wdów i sierot po nich pozostałych i ze zbiorów do biblioteki jako i do Muzeum ofiarowanych, odczytanego przez Kassyera i bibliotekarza Dra Leona Kowalskiego, prezydujący A. *Kremer* odczytał rozprawę popularnie napisaną: o wpływie oddychania zwierząt i roślin na powietrze, zakończoną zastosowaniem praktycznym prawd naukowych w téj rozprawie dotkniętych, ku pożytkowi miasta Kamieńca. Po nim, zabrał głos młody z zapalem chemii się poświęcający Hr. Wincenty *Stadnicki*, wykładając przystępnym dla każdego sposobem, rzecz o *wodzie* pod względem geologicznym, fizycznym i chemicznym, w końcu zaś, podobnie jak poprzednik robiąc zastosowanie praktyczne, zwrócił uwagę słuchaczy na konieczną potrzebę sprowadzenia wody źródlanej do Kamieńca, do którego obecnie wodę wozić trzeba beczkami, lub nosić konewkami, z czego tylko majątniejsi korzystać mogą, ubożsi zaś muszą się posługiwać zanieczyszczoną sąsiedztwem miasta, wodą rzeki

Smotrycza, co koniecznie najgorzej wpływać musi na ich zdrowie. Słuszną uczynił uwagę, że sprowadzenie to, przy wyższym od poziomu miasta położeniu wszystkich niemal okolicznych krynic, małym kosztem uskutecznić by się dało.

Publiczność dość licznie jak na nasze miasteczko zebrana, z zadowoleniem zdawała się assistować tej naukowej uroczystości na kresach multańskich.

Przypadek rozdarcia się śródkrocza u rodzącej dotkniętej zrostem warg sromnych większych i wystąpienia tą drogą płodu w sposób nadzwyczajny.

Opisał

Dr. Ludwik Ad. Neugebauer,

Docent akuszeryi i gynecologii w Ces.-Król. Warszawskiej medyko-chirurgicznój Akademii.

(Z 3 rycinami).

Matylda S., niezamężna, szatynka, 20 lat wieku licząca, niskiego wzrostu, wątłej budowy ciała, dosyć dobrze karmiona, w pierwszym wieku dziecięcym odbyła lekką naturalną ospę, a później, w piątym roku życia, odrę. Czy zaś oprócz tego jakim innym jeszcze w tym wieku podległa była cierpieniom, o tém sprawy zdać nie była w możności, i to tém mniej, gdy, będąc od bardzo młodych już lat osieroconą, na własną swą jedynie pod tym względem była ograniczoną pamięć. Tyle zaś wiedziała z pewnością, że po cdrze żadnych dalszych w dziecięcym wieku już nie doznała chorób, i że także w swoim czasie dostała miesięczkę. Ta ostatnia, raz powstawszy, nadal już odbywała się ciągle jak najprawidłowiej. W roku trzynastym została chora dotknięta febrą przestankującą, na którą także i w następnych latach kilka razy chorowała. Zresztą pocieszała się ciągle dosyć dobrem zdrowiem.

Ku końcowi miesiąca Stycznia roku 1861 zaszła w ciążę. Ta przebiegła zupełnie prawidłowo i w należyтым czasie, w dniu 28 Października, rozpoczął się poród. Pierwsze bóle pojawiły się o godzinie 8 z rana. O godzinie 2 po południu, w tymże jeszcze dniu, odeszła woda płodowa. Zaraz potem zawezwano do rodzącej akuszerkę, *Józefę Kujan*, kobietę dosyć doświadczoną. Ta, przybywszy natychmiast do niój, znalazła głowę dziecka już opuszczoną w małą miednicę, a gdy bóle były doskonałe, głowa płodu dosyć szybko ukazała się w szparze sromowej. Uderzyło ją jednak, że rzeczona szpara była nadzwyczaj ciasna i obwód jój bardzo mało podatny. A więc, chociaż bóle były silne, wszelako głowa bardzo powoli tylko w szparę sromową się wrzynała i więcéj, podług zeznania akuszerki, otworzyć jój nie podołała, jak do średnicy 2½ cala. Odtąd głowa, jakby wtłoczona w szparę sromową, stała w niój zupełnie nieruchomo i można było nawet widzieć, jak część powierzchni głowy w owéj szparze na jawie leżąca dosyć szybko pokrywała się znacznej grubości przedgłowiem. Sama przytem głowa, przy postępujących daléj bólach, z miednicy coraz niżej się opuszczała i, wystąpiwszy nakoniec w zupełności z jój ujścia, nie mogąc pokonać ciasności szpary sromowej, wypukliła niesłychanie cały srom wraz z śródkroczem, ale zarazem posunęła się bardziéj naprzód, i, podeszedłszy łuk łonowy, pod nim nieruchomo stanęła. W téj chwili narzuciła się akuszerce obawa rozdarcia się lada chwila całego śródkrocza, i pojmując całą ważność grożącego tu niebezpieczeństwa, zażądała ona przybycia w pomoc lekarza. Dla odległości jednak mieszkania chorój, zawe-

zwany lekarz nie zaraz mógł być obecnym, — a tymczasem rzeczona powyżej obawa miała się spełnić.

Akuszerka, zapatrując się dokładniej na wypukłość powstałą między udami rodzącej, postrzegła na jój szczycie, w środku między szparą sromową a otworem stolcowym, mały otwór, prowadzący do pochwy, przez który przesuniętym przez niego nie bez trudności skazownikiem — czuć mogła przednią część ciemienia dziecka, twarzą w tył zwróconego. Zapytana przez nią o ten otwór rodząca oświadczyła jój, że on już od najmłodszych lat u niej istniał i że dla tego tylko żadnej o nim nie czyniła wzmianki, że go nie miała za nic nadzwyczajnego.

Tymczasem parcie na rozprężone śródkrocze nabywało coraz więcej potęgi, a od razu, podczas silnego bólu, rzeczony powyżej otwór nabył większej długości ku tyłowi i w mgnieniu oka całe śródkrocze aż przed sam otwór stolcowy po środkowej swój linii wzdłuż się rozdarło. W téj samej chwili przez powstałą tak w śródkroczu wielką przerwę, z której nieznaczna ilość krwi wyciekła, wystąpiły na świat nogi dziecka, po tych tułów, po tułowiu zaś głowa z rękoma i wraz z niemi łożysko. Na tem poród się skończył. — Akuszerka, śledząc teraz macicę, znalazła ją należycie ściągniętą. Stan ogólny rodzącej podczas całego porodu był jak najpomyślniejszy i pozostał i nadal zupełnie prawidłowym.

Dziecko płci żeńskiej, podług opisu akuszerki, jak niemniej i podług wiadomości udzielonych mi o niem łaskawie przez kolegów *Studenckiego* i *Morgensterna*, którzy krótko po porodzie widzieć je mieli sposobność, przyszło na świat nieżywe, przedstawiało jednak wejrzenie zupełnie jeszcze świeże, tak, że nie miano powodu wątpić, iż jego śmierć nastąpiła podczas samego porodu. Było ono

zupełnie dojrzałe, umiarkowanej wielkości i należycie rozwinięte. Na tylnej części czaszki znać było silnie rozwinięte, ciemnosine przedgłowie, od bledszej reszty powierzchni głowy kolistą linią ostro odgraniczone.

Pępowina miała około 20 cali długości i podobnie, jak i łożysko, stosunkowo wielkie, nie przedstawiała nic nadzwyczajnego.

Tyle co do przebiegu porodu i do stanu płodu.

W dniu 18 Listopada, w trzy tygodnie po porodzie, kobieta ta zażądała mojej pomocy.

Przybywszy do niej zastałem ją w następującym stanie:

Co się najprzód tyczy przyrzędu płciowego, to szpara sromowa miała nie spełna 2 cale długości. Tylny jej koniec, leżący pod przednim brzegiem ujścia pochwy nie był, jak zwykle, ograniczony przez przedni brzeg śródkrocza, lecz raczej przez most połączający nieprawidłowym sposobem jedną wargę sromną większą z drugą. Most ten, mający grubości około trzech linii, ciągnął się między rzeczonymi wargami w długości 9 linii poziomo w tył i kończył się między tylnymi ich końcami, podobnie, jak u przodu, zupełnie wolnym, zaokrąglonym brzegiem. Przez rzeczone swe położenie odpowiadał on co do położenia samemu ujściu pochwy, przez niego w zupełności zasłoniętemu.

Reszta części sromnych, jako i cewka moczowa, nie przedstawiał nic nieprawidłowego.

Po za opisanym mostem znajdowała się wielka rana, przenikająca całą grubość śródkrocza. Rana ta miała $2\frac{1}{4}$ cala długości, a około 1 cala szerokości, i rozciągała się od tylnego brzegu onego mostu aż przed sam otwór stolcowy. Ściany jej pokryte były zdrowymi granulacjami,

i w częściach ich najbardziej ku przodowi położonych znać już było początki zablizniania. Kiszka odchodowa nie była obrażoną, a gdy, jakto już z anamnezy wynika, także i tylny brzeg mostu łączącego wargi sromne większe sam był od obrażenia wolny, przeto więc istniejące u osoby téj rozdarcie dotyczyło samego tylko śródkrocza, most zaś istniejący między wargami sromnymi większemi, przetrzymawszy całą siłę parcia płodu, okazał się nienaruszonym.

Na zewnątrz od każdéj z dwóch warg sromnych większych ukazywała się blizna, około 2 cali długa, 2 do 4 linii szeroka i opatrzona gzygzakowatemi brzegami, będąca równoległą osadzie saméj wargi sromnéj. Dwie podobne, ale tylko około 4 linii długie i około 2 linii szerokie blizny znajdowały się także i na wewnętrznej stronie osady prawego uda.

Przez opisaną powyżéj przerwę, przez którą dany był wolny przystęp do pochwy, w umiarkowanej ilości wyciekał odchód połogowy w postaci białawego śluzu.

Korzystając z téj drogi do śledzenia pochwy i macicy, znalazłem części te w stanie zupełnie prawidłowym.

Piersi były miękkie, i ściśnięte, w okolicy brodawek, zaledwo ślady wydawały siary.

Gdy samo zrośnienie było niezupełne, to jest, gdy nie dotyczyło całej rozciągłości warg sromnych większych, lecz tylko tylnej ich części, a więc nie wynikała z niego dla choréj żadna niedogodność, szpara sromowa tak albowiem przed, jak i po za zróżem dostatecznie pozostawała otwartą, aby i mocz i wydzielina miesięczkowa swobodnie na zewnątrz mogły odchodzić. Ale nawet i spółkowanie podług zeznania saméj choréj przed

porodem odbywało się przez część szpary sromowej położoną przed zrostem bez trudności i bez wszelkiego bólu.

Gdy zaś przyszło do rodzenia, rzecz przyjęła postać gorszą. Most bowiem łączący wargi sromne większe okazał się tak niepodatnym i wytrzymałym, że nie pozwolił szparze sromowej rozszerzyć się w takim stopniu, jaki był potrzebny, aby przodująca głowa dziecka w zupełności przez nią przesunąć się mogła. Głowa dziecka raczej, wstawiwszy się przodującą częścią swęj massy, to jest swym tyłem, w rzeczoną szparę, rozszerzyła ją tylko do średnicy około $2\frac{1}{2}$ cala, a nie więcej, a będąc zaś przednią częścią swego wierzchołka i czołem opartą o most łączący wargi sromne większe, most ten w tę miarę coraz głębiej nadół spychała, jak sama w skutek siły pracęj macicy coraz więcej z miednicy nadół zstępowała. Gdy zaś i teraz jeszcze głowa nie podołała pokonać oporu stawionego jęj przez zrost warg sromnych, a więc podsunęła ona się przy dalszych bólach pod łuk łonowy, ciągle częściowo pokryta zrosłemi wargami sromnemi, coraz mocniej przez nią rozprężonemi, usuwając się przytem w końcu w zupełności z obrębu jamy miednicy kostnej. W tęj zaś chwili tułów dziecka, postępujący po za głową i tłoczony przez łożysko, już teraz w zupełności od ściany macicy odcepione, przeszedłszy przez cały kanał miednicy spuścił się coraz niżej w rozpieraną przez niego przestwór położony między końcem kanału miednicy kostnej, śródkroczem a leżącą pod łukiem łonowym głową dziecka, rozpychając do najwyższego stopnia całą tylną część mięsnego dna miednicy. Otóż teraz rozdarło się śródkrocze, nie zdolne już przetrzymać tak mocnego rozciągienia i ścieńczenia swęj massy, i w tęj chwili

plód zstąpił dolnym końcem swego ciała, wzdłuż tylnych ścian miednicy tu zepchniętym, w powstałą tak przerwę w śródkroczu, aby *tym końcem* i tą drogą, wraz z łóżyskiem, na świat się wydostać.

Plód tu więc, mimo, że właściwie głową do porodu się stawił, po przejściu już głowy przez kanał właściwej miednicy, wystąpił na świat nie tążę głową, a dolnym końcem swego ciała, i nie przez szparę łonową, a przez rozdarłe przez parcie jego masy śródkrocze, w drodze tak zwanego *samowolnego wyklucia* (evolutio spontanea), z utratą wszelako swego życia.

Tak przynajmniej i nie inaczej rozumiem podług podań zrobionych mi przez wspomnianą powyżej akuszerkę, i podług tego, co u chorej znalazłem, mechanizm porodu w tym nader ciekawym i rzadkim przypadku, który, ile mi wiadomo, w kazuistyce naszej sztuki podobnego sobie przykładu nie posiada.

Z resztą cały ten przypadek pokazuje, jak natura nieraz w najtrudniejszych nawet przypadkach porodu podoła z założonego sobie zadania wywiązać się, czyniąc poród jeszcze możliwym pod okolicznościami, pod którymi na pierwszy rzut oka zdawałby się on być prosto niemożliwym.

Śledząc w końcu także i miednicę chorej, znalazłem ją jak najregularniej zbudowaną i przytem nadzwyczaj obszerną, gdyż oddalenie kolca przedniego górnego jednej od tegoż kolca drugiej kości biodrowej wynosiło 8 cali, oddalenie punktu najbardziej na zewnątrz położonego jednej od tegoż punktu drugiej strony $9\frac{1}{2}$, a oddalenie nakoniec końca wyrostka kolcowego ostatniego kręgu lędźwiowego, czyli tak zwana konjugata zewnętrzna

blisko $7\frac{1}{2}$ cali miary francuzkiój, tak, że najmniejszy wymiar wejścia miednicy małej, czyli konjugata, wynosił przeszło $4\frac{1}{4}$ cala.

Tyle co do dróg rodnych. Co zaś do stanu ogólnego, to ten, ponieważ chora oprócz obrażenia śródkrocza, nastąpionego przy porodzie, przez cały ten przeciąg czasu żadnego innego nie doznała cierpienia lub przypadku, był dosyć zadowolniający, chociaż chora zawsze przedstawiała pewny stopień osłabienia, wynikły z istnienia u niej wielkiej, ropiejącej rany.

Z podanych powyżej objawów wynika przeto, że chora była dotkniętą równocześnie dwoma, różnej daty cierpieniami, to jest: rozdarciem śródkrocza, nabytem przy porodzie, i zrostem warg sromnych większych, pochodzącym z czasu przedporodowego. Chodzi o to, wiedzieć, kiedy właściwie zrost ten mógł być przez nią nabyty. Gdy ona sama od bardzo młodego już wieku wiedziała o istnieniu u siebie otworku między szparą sromową a otworem stolcowym, przeto mógł on tylko pochodzić albo z pierwszego dzieciństwa, albo z czasu płodowego. Trudno zaś przypuścić, aby był powstał w tym ostatnim, gdyż w takim razie byłby on wadą rozwojową, a będąc taką, most łączący wargi sromne większe nie okazywałby na sobie, jak tu, blizen. Blizny te, podobnie, jak i całe zrośnięcie warg sromnych większych raczej nie mogły być czem innym, jak rezultatem processu ropienia, odbytego przez chorą po urodzeniu. Gdy sama chora o odbyciu się podobnego cierpienia u siebie żadnej nie miała pamięci, a więc wniesć trzeba, że owo ropienie odbyło się w najpierwszem dzieciństwie, i prawdopodobnie od tegoż ropienia pochodziły i blizny istniejące po bokach sromu, jako i na osadzie prawego

uda. Gdy zaś, jak powyżej nadmienilem, ostatnie mianowicie blizny widoczne przedstawiały podobieństwo do blizen, jakie tworzyć się zwykły po ropnieniach powstałych w skutek ospy, zatem nie zbyt śmiałym zdaje się być wniosek, że wszystkie te blizny, i z niemi i zrost warg sromnych większych uważać wypada za następstwo zropnienia odpowiedniej okolicy ciała, doznanego przez chorą podczas ospy odbytej przez nią w pierwszym wieku dziecięcym.

Że zaś rzeczone powyżej wyklucie samowolne płodu mogło tu nastąpić, na to wpływały głównie cztery okoliczności: raz bowiem *wielka obszerność miednicy rodzącej*, przy *bardzo regularnej jej budowie i umiarkowanej wielkości płodu*, powtórę *silne bóle porodowe*, przy *nienastąpieniu tak możliwego tu rozdarcia się macicy*, potrzebie *wielka podatność dna miednicy*, przy równoczesnej *wielkiej wytrzymałości istniejącego zrostu warg sromnych większych w ogólności i obwodu ścieśnionej szpary sromowej*, a po czwarte nareszcie *rozdarcie się śródkrocza*.

Że przy tej sposobności dziecko żyć przestało, nie w tem dziwnego, gdyż dziecko przy samowolnem wykluciu zwykle życie traci, mówię: *zwykle*, albowiem niekiedy i w tej nawet drodze dziecką żywe się rodzi (*).

(*) W postrzeżonych do dziś dnia przypadkach narodzenia się płodu w drodze samowolnego wyklucia w stanie żywym płód po największej części był słabozrośnięty i mały. Tak przynajmniej rzecz się miała w należących tu postrzeżeniach *Vezina* (Journal für Geburtsbülfe u. s. w. von Elv. Siebold. Bd 1, Stück 3. Frankf. a. M. 1831. S. 492), *Eugeniusza Belmasa* (Journal hebdomadaire des progrès des sciences médicales. Tome 2.— „Natürlicher Verlauf der Geburt bei Schulterlage des Kindes.“ Notizen aus d. Gebiete der Naturh. Heilkunde von Froriep. Bd 41, Nr. 4. Juni 1834. Analekten für die Geburtshülfe von Wittlinger. Bd 1. Quedlinb. u. Leipz. 8. S. 472—474, *Betschlera* (De naturae auxilio dystocias e situ infantis vitioso ortas absolvente. Vratislaviae, 1834, 4. § 88),

Z drugiej zaś strony niema prawie wątpienia, że całe zjawisko samowolnego wyklucia płodu i rozdarcia się przy t6m śródkrocza w naszym przypadku nie byłoby nastąpiło, gdyby spełnionem w nim było przez sztukę pierwsze i j6dynie, jakie się tu nastęrczało, wskazanie terapeutyczne, to jest *rozcięcie*, po ukazaniu się gł6wy dziecka w szparze sromowej, *mostu połączającego chorobliwym sposobem wargi sromne większe*.

dotyczących bliźników, a mianowicie drugiego z nich. W innych zaś razach także i jednaki, w ten sposób narodzone żywe na świat przyszły. Udowadniają to pomiędzy innymi postrzeżenia, jakie posiadamy od *Hirscha* (Medicinische Wochenschrift von Casper. 1840. S. 487. Analecten u. s. w. von Wittlinger. Bd 1. S. 486) i od *Hinterbergera* (Oesterreichische medicinische Wochenschrift. 1843. Nr. 13—15.—Analecten u. s. w. von Wittlinger. Bd 1. S. 490) i innych. Najczęściej tak wyklute dziecko umarło mniej więcej prędko po porodzie. W pojedynczych, nader rzadkich przypadkach jednak utrzymało ono się przy życiu. Miało to pomiędzy innymi miejsce w przypadkach *Belmasa* i *Hirscha*, jak niemniej i w jednym przypadku, któren sam przytoczyć jestem w możności.

W dniu 9 Grudnia 1851 roku, praktykując jeszcze w Kaliszu, wezwany zostałem na wieś do niesienia pomocy kobiecie powt6rnie rodzącej, 28 lat wieku liczącej, której pierwszy por6d odbył się zupełnie prawidłowo. Przybywszy do niej, zastałem ją już po porodzie. Dowiedziałem się, że jej lewa ręka dziecka była wypadła z części rodnych, że jednak dziecko po 15-godzinnem trwaniu porodu w końcu samą siłą natury tułowiem na świat wystąpiło. Por6d więc odbył się w drodze samowolnego wyklucia płodu. Dziecko było *nieżywe*. Było ono płci męskiej, zupełnie donoszone i umiarkowanej wielkości, obrzęk zaś i zsinienie, jakie przedstawiała lewa g6rna jego kończyna, dostatecznym były dowodem, że ono istotnie w położeniu poprzecznem do porodu się stało.— Przypadek chciał, że w niejaki czas późnij, w dniu bowiem 27 Kwietnia roku 1853, przejeżdżałem przez osadę, w której będąca w mowie kobieta mieszkała. Ciekaw słyseć, co z niej po opisanym wyżej wypadku się stało, pytam się o nią,— a tu ona sama wychodzi z chaty naprzeciwko mnie *ze zdrowem* i *czerstwem niemowlęciem* płci żeńskiej na ręku, i witając mnie, z radością, oświadcza, iż dziewczynka ta, zrodzona przez nią przed 19 dopiero dniami przyszła na świat w tenże sam znowu sposób, co i chłopczyk w roku 1851 w stanie zmarłym zrodzony, i również jak on, bez wszelkiej sztucznej pomocy, ukazawszy się również pierwotnie *ręku* na świecie.

Do dziś dnia bowiem wszyscy akuszerowie mający sposobność nieść pomoc rodzącym dotkniętym zrostem warg sromnych, którzy most mięsny połączający te wargi rozcięli, otrzymali od téj operacji pożądaný skutek, gdy nią uchronili nie tylko matkę od rozdarcia się śródkrocza lub macicy, ale i ocalili płód. Przypadki tego rodzaju mamy pomiędzy innymi podane przez *Champenoisa* (1), *Lehmanna* (2), *Stevensa* (3), *Kurzaka* (4), *Schneidera* (5), *Amelię Herschel* (6) i *Duboisa* (7).

(1) *Champenois* w Journ. général de médecine, chirurgie et de pharmacie, ou Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris, rédigé par *Sédillot*. Tome 41. Juin.— Bibliothèque médicale. Tome 33. Page 219. Porównaj: Pratique des accouchemens par Mme *Lachapelle*. Tome 3. A Paris. 1825. 8. Page 310 note,— tudzież: Forschungen des neunzehnten Jahrhunderts im Gebiete der Geburtshülfe, Frauzimmer und Kinderkrankheiten, zusammengestellt von *Fr. L. Meissner*. Theil 1. Leipz. 1826. 8. S. 270.

(2) *Ferdinand Lehmann*: Ein merkwürdiger Fall, wodurch Verwachsung der äussern und innern Schamlefzen die Geburt eines Kindes behindert ward. Magazin für die gesammte Heilkunde von *J. N. Rust*. Bd 8: Berlin, 1820, 8. S. 179—181.

(3) *Stevens* w: Journal für anatomische Varietäten von *Meckel*. Band 1, S. 2. Porównaj: Die Frauenzimmerkrankheiten von *F. L. Meissner*. Band 1. S. 166. Kobieta, na którój *Stevens* będącą tu w mowie operacyę wykonał, miała w skutek zgorzelenia warg sromnych, dawniej przez nią doznanego, wargi te zrosnięte. Gdy po raz pierwszy rodziła, zrost ten samowolnie się rozdarł, ale później na nowo powstał. Przy powtórnem zaś zlegnieniu jéj *Stevens* powstały na nowo zrost rozciął.

(4) *Kurzak*: Conspectus partuum in Lechodochio Pragensi a prima mensis Septembris 1825 usque ad ultimam mensis Augusti 1827 absolutorum. Pragae, 1827. 8.

(5) *Schneider* w Journal für Geburtshülfe, Frauzimmer—und Kinderkrankheiten, herausg. v. Elias von Siebold. Band 7, Stück 2. Frankfurt am Main, 1828-8. S. 471.

(6) Blutige Trennung verwachsener Schamlefzen vor der Niederkunft. Mitgetheilt von der Hebamme *Amalia Herschel* zu Bonñ. Gemeinsame Zeitschrift für Geburtskunde, herausg. durch D. W. H. Busch, L. Mende und F. A. Ritgen. Band 6, Heft 1. Weimar 1831. 8. S. 146—148. Operacya ta dokonaną została przez *Frimborna* w Bonnie.

(7) Porównaj: Traité pratique de l'art des accouchemens par *Chailly—Honoré*. 3e édition. A Paris, 1853. 8. Page 514, note.

Do nich zaliczyć także mogą i następujący ciekawy przypadek zrostu warg sromnych większych, leczony przed niedawnym czasem przez kolegę *Michała Freya*, a poczęści także i przezemnie obserwowany.

Józefa Dalba, żona tutejszego szewca, 26 lat wieku licząca, kobieta niskiego wzrostu, regularnie i dosyć silnie zbudowana, po raz pierwszy ciężarna, odbywszy ciążę bez wszelkich przypadłości, na należytych jej końcu, w nocy z dnia 13 na 14 Kwietnia roku zeszłego (1861), poczuła pierwsze bóle porodowe, i krótko potem, o godzinie 4 z rana, odeszły jej wody płodowe. Mimo, że jednak bóle ciągle były silne i częste, poród rozwłókł się w tym stopniu, że po upłynieniu całej doby, a nawet i następnych jeszcze dwóch dób nadaremnie oczekiwano wystąpienia dziecka na świat. Gdy jednak także i w dniu 17 Kwietnia poród jeszcze nie nastąpił, oddano rodzącą w rzeczonym dniu o godzinie 3 po południu do zawiadywanego wówczas jeszcze przez kolegę *Freya* Instytutu położniczego.

Kolega, śledząc ją tamże krótko potem, znalazł głowę dziecka spuszczoną do szpary sromowej, przez którą jednak precisnąć się nie podołała z powodu, że ta szpara w wysokim stopniu była ścieśnioną przez istniejący u tej kobiety, prawdopodobnie już od dziecięcych jej lat, zrost warg sromnych większych. Zrost ten poczynał się mniej więcej poniżej ujścia cewki moczowej i ciągnął się aż po śródkrocze, nie dochodząc jednak do tego ostatniego w zupełności, gdyż pomiędzy nim, a śródkroczem pozostawał mały otwór, przez który kolega nie bez trudności palec przesunąć mógł do pochwy, w której głowa dziecka, twarzą ku tyłowi obrócona, bardzo nisko stała.

Gdy zaś i teraz jeszcze bóle ciągle były silne, głowa przeto dziecka podczas każdego bólu nietylko cały srom, ale i śródkrocze półkulisto na dół wypukłała. Kolega więc, przekonawszy się o takim stanie rzeczy, niebawem wziął się do nożyczek i rozciął niemi most połączający wargi sromne większe w całej jego rozciągłości od tyłu ku przodowi.

Z powstałych z tego rozcięcia dwóch ran nastąpił mocny krwotok, który dopiero po upływie pół godziny, w skutek miejscowego użycia roztworu półtorochlorku żelaza, ustał.

W godzinę po operacji rodząca powiła żywą i zdrową dziewczynkę, około 6 1/2 funtów wagi cywilnej mającą, doznawszy przy wystąpieniu jój głowy nieznacznego rozdarcia się śródkrocza. Krótko po dziecku odeszło na leżycie i łóżysko.

W dniu 18 Kwietnia, a więc w dzień po porodzie, będąc zaproszonym przez kolegę do zobaczenia z nim rozwiązanej, zastałem ją w stanie następującym:

Na wewnętrznej stronie tak jednej, jak i drugiej wargi sromnej większej widać było smugowatą ranę, około czterech do sześciu linii szeroką, ciągnącą się mniej więcej przez całe tylne dwie trzecie wewnętrznej jój powierzchni od przodu ku tyłowi i kończącą się krótko przed przednią granicą śródkrocza, rozdartego w umiarkowanym stopniu. Reszta części płciowych przedstawiała stan prawidłowy. Ujście jednak cewki moczowej i cała ta cewka w ogólności zachowywały się nieprawidłowo, były bowiem w wysokim stopniu rozszerzone, tak dalece, że z łatwością przez nie przesunąć mogłem śledzący palec do jamy pęcherza moczowego. Rozszerzenie to cewki moczowej pochodziło bez wątpienia od odbywanego częściowo tą drogą spółkowania.

Stan ogólny położnicy był jak najpomyślniejszy.

Kończę tę uwagę podaniem, że kobieta ta w zupełności ozdrowiona wraz z swem niemowlęciem z Instytutu wyszła.

Nie mniej pomyślny wypadek otrzymali od swego postępowania i ci akuszerowie, którzy w podobnych przypadkach, nie wyczekując dopiero porodu, most łączący wargi sromne już podczas ciąży rozcięli. Należą tu przedewszystkiem *Jan Trullius* (1) i *Bouten* (2), z których pierwszy operację tę dokonał u ciężarnej dotkniętej będącą w mowie wadą już od urodzenia, drugi zaś u ciężarnej dotkniętej nią od jedenastego roku życia.

Z drugiej zaś strony wiadome są wprawdzie i przypadki, w których mimo zropnienia warg sromnych poród odbył się pomyślnie bez wszelkiej pomocy sztucznej, a przez rozszerzenie się naturalnej drogi rodnej w drodze rozejścia się wyłącznie tylko zrostu. Przykłady tego rodzaju opowiadają nam pomiędzy innymi: *Harvey* (3), *Portal* (4), i *Stevens* (5). Takowe zejście będącego w mowie

(1) Zobacz dzieło: *Henrici a Moinichen* observationes medico-chirurgicae 24. Drukowane łącznie z dziełem: *M. Lyseai* Cultellus anatomicus. Późniejsze wydanie: Dresdae, 1691. 12. Porównaj Regneri de Graaf opera omnia. Lugd. 1678. 8. Pag. 106—107.

(2) Porównaj: *Traité pratique de l'art des accouchements* par Chailly-Honoré. 3e édition. Paris, 1853. 8. Page 513.

(3) *Guilielmus Harveus*: Exercitationes de generatione, quibus accedunt quaedam de partu, de membranis ac humoribus uteri: et de conceptione. Amstelodami, 1651. 12. Pag. 510—511.

(4) *Portal*: Précis de chirurgie. Tome 2, page 745.—*Deviliers*: Ueb. einige Arten von Atresie der Vagina. Analekten für Frauenkrankheiten. Band 6, Heft 2. Leipzig, 1846. 8. S. (297—323) 306—307.

(5) *Stevens* w: *Journal für anatomische Varietäten*, herausgegeben von Meckel. Band 1. 1820. S. 2.—Porównaj: *Die Frauenkrankheiten* von *F. L. Meissner*. Band 1. Leipzig. 1842. 8. S. 166.

cierpienia prawdopodobnie jednak jest nadzwyczaj tylko rzadkie, a przynajmniej w danym przypadku nas nie upoważnia do liczenia na nie. Jeżeli przy zroście warg sromnych u rodzących sposób leczenia wyczekujący miałby być uzasadnionym, to chyba tylko, jak to już powyżej powiedzieliśmy, aż do chwili mocniejszego wypuklenia i wyprężenia sromu i śródkrocza przed płód, gdyż nadal, jak zaraz zobaczymy, rodząca narażoną już jest na rozdarcie się czy to macicy, czy śródkrocza.

W przypadkach zaś, w których ani sztuka w pomoc nie przychodzi, ani też natura sama sobie nie pomaga, poród jedynie tylko jeszcze skutecznić się może za pomocą obszernego rozdarcia się śródkrocza, jak to właśnie miało miejsce w naszym przypadku, lub też zarazem i właściwego sromu, a nawet pochwy i kiszki stolcowej, lub też nareszcie macicy (1). W każdym zaś razie płód narażony jest na utratę życia.

Lecz wróćmy do naszej choréj.— Otóż szło teraz o to, jak z nią postąpić, aby ją uwolnić od powikłanego

(1) Podobne postrzeżenia były zrobione także u zwierząt, czego dowodem jest następujący fakt opowiedziany przez *Harveya* (w miejscu wyżej przytoczonym, pag. 511—512): „Serenissima Angliae regina“ mówi on „equam candidissimam, formaeque eximiae dono acceperat: ejusque genitalia (ne ab equis admissariis inita corporis gratiam, atque equitandi usum amitteret) equisones (ut fieri solet) anulis ferreis infibulaverant. Eadem tamen, (nescio quo pacto, nec custodes mihi modum indicare poterant) facta est gravida; tandemque, cum nihil tale suspicarentur, noctu peperit, pullusque vivens mane ad matris latera conspicitur. Id cum mihi nunciaretur, adii illico locum vidique ambo vulvae labia anulis consuta, totumque pudendum versus sinistrum latus detrusum, abruptum, et a dextra coxendice laceratum adeo, ut, soluta, per incredibilem foetus vim, partis robustissimae unitate, facile ei per ingentem illum hiatus exitus patesceret“. Fakt ten wprowadzić nie zupełnie ściśle tu się odnosi, gdyż klacz, o której *Harvey* mówi, nie miała srom zrosnięty, a raczej tylko żelaznemi obrączkami spojony, spojenie to jednak odprywało zawsze rolę właściwego zrostu.

cierpienia. Pod tym względem narzucały mi się trzy wskazania:

Pierwszem z tych wskazań było *zabliźnienie rany śródkrocza*, drugim *zamknięcie*, po dokończonem zabliźnieniu rzezonój co dopiero rany, *w drodze operacyi plastycznej, przerwy istniejącej w śródkroczu*, czyli innemi słowy wykonanie *krwawego szwu śródkrocza*, a trzeciem nakoniec *rozcięcie*, po dokończonem zgojeniu śródkrocza, *zrostu warg sromnych większych*.

Pierwszemu z tych wskazań uczynilem zadosyć, opatrując ranę zwyczajnym sposobem z początku suchą skubanką, później maścią woskową, i przyzegując ją w końcu, gdy w niej już mocne okazały się granulacye, kiedy niekiedy saletranem srebra.

Wczasie od dnia 12 do 16 Grudnia chora odbyła pierwszą swą po porodzie miesiączkę.

W dniu zaś 24 tegoż miesiąca rana była cała, z wyjątkiem maleńkiego miejsca, zaledwo 3 linie szerokiego, powleczonea gładką, nie zbyt grubą blizną. A gdy chora co do stanu ogólnego dosyć pomyślne przedstawiała stosunki, przystąpiłem w tymże jeszcze dniu do spełnienia *drugiego* wskazania terapeutycznego, to jest do *wykonania krwawego szwu śródkrocza*. — Samą operacyę, przy której kolega *Groer* łaskawie mi assistował, wykonałem w następujący sposób:

Udzieliwszy chorój potrzebne do operacyi położenie na stole a odurzywszy ją do zupełnej nieprzytomności i nieczułości parą chloroformową, odświeżyłem zabliźnioną podkowowatą ranę rozdartego śródkrocza, zdejmując za pomocą szczypczyków, nożyka i nożyczek z całej jęj powierzchni pokrywającą ją bliznę, i przedłużyłem nadto to obranienie z obrębu samęj dawniej-

szęj rany, tak z prawej, jak i z lewej strony, aż na tylny brzeg mostu łączącego wargi sromne większe. Tak więc otrzymałem obranienie postaci obrączki wązkiej u przodu, a kilkakrotnie szerszej w tyle.

Dokończywszy obranienie i uspokoiwszy przykładaniami zimnej wody i śniegu krwotok, połączyłem ranę moim sposobem, za pomocą *szwu szrubkowego* czyli *gałkowego*, którego szczegóły w rozprawie przed dwoma laty w Towarzystwie lekarskiem czytanęj (1) bliżej wyjaśniłem. Użyłem u tej chorób do rzezonego szwu szpilek grubo pośrebrzonych. Założyłem ich cztery, wszystkie z wyjątkiem pierwszej od tyłu, która otrzymała położenie bardziej powierzchowne w ranie, ile możliwości głęboko, tak, że przechodziły przez ranę w jak najmniejszym oddaleniu od górnego czyli odpowiedniego położeniu pochwy brzegu obranienia. Utwierdziwszy wszystkie szpilki w należyty sposób, wolne ich końce nie uciąłem przy samych gałkach, lecz w oddaleniu około 3 lub 4 linii od tych ostatnich, zagiąwszy części ich sterzące z gałek pod kątem na zewnątrz, w ten sposób, że klucze nie mogły ciała. W końcu jeszcze i zewnętrzne brzegi stykających się już ściśle warg rany połączyłem za pomocą powierzchownego szwu podwiązkowego, z czterech także podwiązek złożonego.

W dniu 27 Grudnia usunąłem wszystkie podwiązki i nadto i dwie ze szpilek, a mianowicie drugą od przodu i

(1) Zobacz: Nowy sposób robienia krwawego szwu krocza i sromu, przez Dra *Ludwika Adolfa Neugebauer*. Pamiętnik Towarz. Lekarsk. Warszawskiego. Serya 3, tom 1. (Ogólnego zbioru tom 43). Warsz. 1860. Str. 387 — 412. Z rysunkami. — Rocznik Towarzystwa Naukowego Krakowskiego tom 27.

ostatnią ku tyłowi, uciawszy poprzednio szczypczykami tnąciami wolne ich końce, zwolniwszy odpowiednie tym ostatnim gałki i zsunawszy je z nich. Trzecią zaś i czwartą szpilkę, czyli pierwszą od przodu i przedostatnią, pozostawiłem jeszcze w częściach miękkich, zwolniwszy jednak i rozsunawszy na nich nieco gałki.

W dniu zaś 28 Grudnia i te dwie szpilki także usunąłem.

Rana okazała się w całej długości nieomal w zupełności w drodze pierwszego zlepiania spojona, gdyż tylko wolne jej brzegi tu i owdzie nieco między sobą się rozeszły, okazując się lekko obropniałemi.

Nazajutrz po wyjęciu ostatnich dwóch szpilek ukazał się nawet mały otwór w przedniej części rany między tem miejscem, w którym pierwsza, a tem, w którym druga od przodu szpilka leżała, który, przechodząc między wargami rany aż do pochwy, stanowił obawę, że może i reszta rany się rozejdzie, tem więcej, gdy wysięk z rany okazywał się nie czysto ropnistym, a raczej rzadkim i lepkiem, nieomal jak przy ogniopórze.

Tymczasem obawa ta, jak zaraz zobaczymy, się nie spełniła. — Kazałem ranę z początku dwa razy, później raz na dzień opatrywać suchą, później powleczoną maścią woskową skubanką, z powodu zaś skrofulicznej natury wydzielin rany zapisałem chorąg w dniu 31 Grudnia do wewnątrz solucję jodku potassu (drachmę na 6 uncyi wody, 3 razy dniem po łyżce stołowej brać). Solucję tę następnie trzy razy jeszcze powtórzyłem. W ósmym dniu, pierwszy raz po operacyi, chora w skutek zadanego jej dowewnątrz oleju rycynowego, miała kilka wol-

nych stolców. Od tego dnia przepisałem jój dyetę bardziej wzmacniającą.

Przy takowem postępowaniu wybujały po upływie krótkiego już czasu na całej powierzchni rozeszłych części warg rany żywe granulacye i już po upływie siedmiu dni wspomniony powyżej otwór pomiędzy wargami rany okazał się przez nie w zupełności zamknięty. Tudzież i zewnętrzne brzegi rany spajały się szybko coraz więcej, i już w dniu 7 Stycznia (1862 r.) okazała się rana w całej swój rozciągłości dokładnie zrosniętą.

W tymże dniu przystąpiłem do spełnienia *trzeciego* z wymienionych powyżej trzech zadań, to jest do zniesienia zrostu warg sromnych większych.

W tym celu, wsunąwszy palce drugi i trzeci lewój ręki między wargi sromne większe ponad most wargi te połączający, i nateżywszy przez rozstawienie ich między sobą nieco ten most, wkłułem w ten ostatni przed samym tylnym jego brzegiem, już ze śródkroczem sztucznie połączonem, ostrokończaty nóż, obrócony ostrzem ku przodowi, i przebiwszy nim cały most, rozciąłem ten ostatni w kierunku od tyłu ku przodowi.

Następnie zaś brzegi powstałej tak podkowowatęj rany między sobą połączyłem szwem krwawym, złożonym z pięciu podwiązek.

Po usunięciu w dni 10 tychże podwiązek rana mniejszą częścią tylko okazała się zarośniętą, po większej części zaś przeszła ona, i to, jak mam powód przypuścić, z winy samej chorój w ropienie, które jednak przebiegło w ogólności dosyć pomyślnie, tak dalece, że mała ranka za kilka dni w zupełności się zablizniała.

Opowiedziany powyżej przypadek pod dwojakim względem jest ciekawy. Raz bowiem stwierdza on na nowo praktyczną użyteczność mego sposobu wykonania krwawego szwu śródkrocza, a powtóre udowadnia on, że płód nie tylko przy położeniu poprzecznem narodzony być może w drodze tak zwanego samowolnego wyklucia, ale że on nawet i w takich razach, w których głowa jego przoduje, po przejściu już głowy przez miednicę kostną, a niewystąpieniu jój jeszcze z obwodu dróg rodnych, wydany być może na świat w drodze obrotu na dolny koniec ciała, dokonanego samą siłą natury, że jednak w takim razie ten obrót następuje nie w jamie macicy i kanale miednicy, jak w przypadkach samowolnego wyklucia płodu w poprzek leżącego, ale raczej *w jamie rozdętego dna miednicy.*

Objaśnienie figur.

Figura 1 przedstawia *srom i śródkrocze choréj* w tym stanie, w którym one znajdowały się wówczas, gdy do niej wezwany zostałem, to jest w 3 tygodnie po odby-
tym przez nią porodzie, zmniejszone do $\frac{1}{4}$ w średnicy.

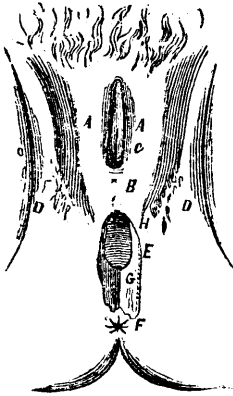


Figura 1.

A. A. Wargi sromne większe. B B. Most łączący tylne oddziały tychże warg sromnych. C. Szpara sromowa, przez zrost warg sromnych większych znacznie skrócona, z ukrytymi w niej wargami sromnymi mniejszymi i łechtaczką. D. D. Blizny na prawo i na lewo od sromu leżące. E. Śródkrocze.

F. Otwór stolcowy. G. Rana, pochodząca od rozdarcia się przy porodzie śródkrocza. H. Kanał pochwy w ranę, śródkrocza otwierający się.

Figura 2 przedstawia *srom i śródkrocze po wykonaniu krwawego szwu śródkrocza*, zmniejszone do $\frac{1}{4}$ w średnicy. Litery A—F oznaczają to samo, co i w figurze 1.—G. Szpara rozdartego śródkrocza, po obraniu jej ścian spojona szwem krwawym.— aa, bb, cc, dd. Szew gałkowy czyli szrubkowy, złożony z czterech szpilek

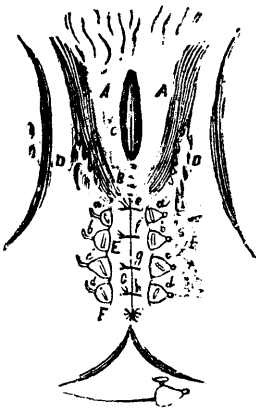


Figura 2.

wiązkowy, złożony z czterech podwiązek.

Figura 3 przedstawia srom i śródkrocze po zgojeniu rany śródkrocza i rozcięciu zrostu warg sromnych większych, zmniejszone do $\frac{1}{4}$ w średnicy. Litery A. B.

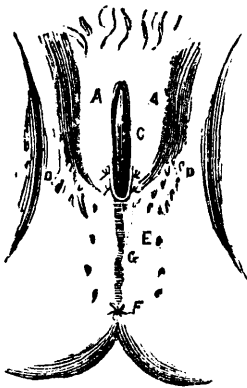


Figura 3.

stała w miejscu byłego rozdarcia śródkrocza.

srebrnych, przez głębsze części warg rany przeprowadzonych i opatrzonych gałkami kostnymi, szrubkami na nich utwierdzone, a mających ostre swe końce w nieznacznym oddaleniu od odpowiednich gałek zagięte i ucięte. — *e, f, g, h.* — Dodany do szwu gałkowego powierzchowny szew pod-

i C — F oznaczają to samo, co i w figurach 1 i 2. — B. Podkowata rana, powstała z rozcięcia, po zgojeniu śródkrocza, zrostu warg sromnych większych, a zamknięta przez połączenie jej brzegów między sobą za pomocą krwawego szwu, z pięciu podwiązek złożonego. G. Smugowata blizna, pozostała w miejscu byłego rozdarcia śródkrocza.

Guz rakowaty nerwu wzrokowego.

Obserwacja Dra Szokalskiego, Profesora Okulistyki
w Akad. med. chirurgicznój, Dyrektora Instytutu Oftalmicznego
w Warszawie.

(Dokończenie).

W tymto czasie, powiedziano mi, iż dziecko podrosło, ma się zupełnie dobrze, lecz guz tworzy się *znowu* w oczodole, i że rodzice dziecięcia, zachęceni pierwszą operacją, mają zamiar poddać je obecnie jój powtórnie. Rzeczywiście, w kilka tygodni później, przedstawił się w klinice chory w stanie następującym: oczodół lewy powiększył się w dwójnasób w skutek nacisku guza twardego, nieco podatnego, zajmującego całą jamę i sterczącego na zewnątrz w wielkości małego jabłka; guz ten, w części tylko był przykryty powiekami. Brzegi oczodołu samego, mianowicie górny i zewnętrzny, ścięzione w skutek nacisku, odsunięte zostały na boki i tworzyły rodzaj lejka. Po za powiekami, można było rozróżnić ciało ustępujące za naciskiem i mocno wtył wepchnięte. W samym środku, ciało to miało małe zagłębienie z dnem płaskim, otoczone było błoną obrzmiłą, przypominającą błonę łączną oka, i błona ta przylegała do samego owego zagłębienia, na podobieństwo błony łącznej, otaczającój rogówkę wyrodzonego oka.

Dziecię samo było blade, mało rozwinięte na swój wiek; zdrowie jednak było niezłe, czasami tylko przychodziły bóle gwałtowne głowy; wszystkie inne funkcye, odbywały się prawidłowo.

Znając poprzednią historję chorego, sprzeciwiłem się stanowczo operacyi. Rodzice udali się zatem do kliniki chirurgicznój, zaklinając Prof. *Lebrun* o powtórne wyjęcie guza ocznego. Professor zgodził się i wyluszczenie miało miejsce w kilka dni później, przy pomocy chloroformu. Guz ten, nie przylegał do samego oczodołu i z tój przyczyny, oddzielnie jego od przykostnój nie było trudnem. Dochodząc do samego wierzchołka oczodołu, nóż natrafił na jakieś zebranie płynu surowiczego, żółtawego, którego ilość nie przenosiła 2 uncyi. Po wypuszczeniu tegoż, odjęto wierzchołek guza; krwotok nie był zbyt znaczny i został wkrótce powstrzymany.

Przez pierwsze 3 dni po operacyi, chory się miał niezłe, trzeciego dnia przyszły konwulsye i wymioty, później przyłączyło się do tego zapalenie osłon mózgowych (meningitis) i 6 dnia dziecię umarło. Sekcya, dokonana w 48 godzin po śmierci, przez Prof. *Wisłockiego*, okazała, iż błona twarda mózgu była nieco zgrubiała i biała na przodzie mianowicie z lewój strony.

Na błonie miękkiej, naczynia były silnie krwią nasycone, z lewój strony naczynia były większój objętości, zawoje zaś mózgu z tój strony, były szersze i więcej spłaszczone. Na podstawie czaszki, wysięk surowiczo ropiasty, zielonawy, nad zrazem przodowym lewym i przed rowem Sylwiusza, znaleziono guz wielkości orzecha, pochodzący z przerodzonego nerwo optycznego. Guz ten, który łatwo dał się oddzielić od samego mózgu, był złożony z istoty, skirowatėj; z tyłu dotykał do miejsca

skrzyżowania nerwów optycznych, z przodu do otworu wzrokowego, guz ten zrazowato rozwinięty, tak dalece ucisnął substancję samą mózgu, iż z niej niepozostała jak tylko cienka blaszka obok bocznej komórki. W okolicy tego guza, tak substancja szara, jak i biała samego mózgu, uległa zupełnej zmianie. Na rozkroju, substancja biała miała połysk lśniący, oraz małe kropki krwi, szara zaś, była rozmiękła i ciastowata. Przechodząc dalej do zbadania samego oczodołu, przekonaliśmy się, iż był w dwójnasob powiększony, mianowicie kosztem kości sitowej i szczęki górnej. Otwór wzrokowy również rozszerzony, był przytém napełniony massą czerwonawą, skrzepłą, pochodzącą z samego nerwu wyrodzonego. Ta massa, stykała się z tyłu z guzem wewnątrzczaszkowym, a od przodu z naroślą operowaną.

Nie wspominam tutaj wcale o innych przemianach patologicznych, dostrzeżonych w organach, położonych w klatce piersiowej lub jamie brzusznej, odnoszących się do objawów poprzedzających śmierć; chciałbym tu jeszcze zrobić mały rzut oka, na samo cierpienie od chwili operacyi.

Guz w mowie będący, był natury *rakowatej*, źródłem jego był sam nerw *optyczny*, a wyrodzenie to sięgało już wczasie pierwszej operacyi do czaszki. To, co było rozpoznane i sprawdzone przy badaniu nerwu optycznego, kazało nam postawić rokowanie *niepomyślne*, które też niestety się sprawdziło; w następstwie bowiem, wyrodzenie posunęło się aż do miejsca samego skrzyżowania nerwów. Ta zaś część ostatnia (skrzyżowanie samych nerwów), nie uległa dla tego podobnemu wyrodzeniu, ponieważ guz formował się tylko w tkance łącznej nerwnej, ta zaś pozbawiona jest skrzyżowania. Koniec

przedni nerwu pozostawiony w oczodole, przyczynił się do uformowania nowego guza, który tak kości porozsadał, a któren wypychając się naprzód w postaci ciała okrągłego, pokrył się błoną łączną, oszczędzoną w czasie operacyi. Koniec zaś tylny nerwu, dał początek guzowi położonemu w zrazie przednim mózgu, a część pośrednia, łącząca te dwa guzy, znajdująca się w samym otworze wzrokowym, rozszerzyła takową znakomicie. Treść samego nowotworu, zwolna mięknięc rozpadała się, jak to w guzach tego rodzaju zwykle miewa miejsce, i ztąd to niezawodnie, pochodziła owa znaczna ilość płynu żółtawego, znalezione przy powtórnej operacyi, również i massa skrzepła, czerwonawa, w samym otworze wzrokowym. Gdyby chory był pożył dłużej, massa ta rozmiękając, utworzyłaby sobie bezwątpienia nową drogę na zewnątrz wtkance komórkowatej, oddzielającj guz od ścian oczodołu; wypróżnione miejsce między powiekami, dałoby początek przetoce, prowadzacj do samego dna oczodołu, a wypadek ten przyspieszyłby bezwątpienia śmierć.

Zapalenie mózgu i osłon jego po operacyi powstałe, przyszłoby wtedy jako następstwo nieuniknione samego przebiegu choroby.

Jest to jeszcze szczególnego w tym wypadku, iż guz wewnątrz czaszki, za życia nie zdradzał się przez żadne symptomata, mimo ucisku i znakomitego zniszczenia samj massy mózgowj; tłumaczym to sobie powolnym rozwijaniem się nowotworu, również i tém, że owa część mózgu, pozbawioną jest wpływu i ściślej-szego związku z ważnemi czynnościami życia.

Sprawozdanie lekarskie z czynności Szpitala S^go Ducha
pp. Marcinkanek
za rok 1860.

(Ciąg dalszy). (*)

ODDZIAŁ GORAĄCZKOWYCH MEŹCZYZN.
Dr. Grabowski.

Pozostało chorych z roku 1859.....».	29
Przybyło w roku 1860.....	476
	<hr/>
Było w ogóle.....	505
z tych:	
Wyzdrowiało.....	394
Przeniesiono do innych Szpitali lub oddziału...	13
Umarło.....	76
Pozostało na rok 1861.....	22
	<hr/>
Razem jak wyżej.....	505

W liczbie zmarłych było 11 konających, nie będących przedmiotem leczenia, stosunek zatem pozostałych zmarłych, do liczby chorych w tym roku leczonych, był 100: 78⁶/₁₀.

(*) Patrz Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. z r. 1861.

W roku 1860 nie było żadnych epidemicznych chorób, przy zmniejszonym zatem napływie i ruchu chorych, a tem samém stosunkowo większej liczbie chorób chronicznych, nieuleczalnych, śmiertelność niekorzystną przedstawia cyfrę. Nie tylko bowiem 11 złożono osób w ostatnich chwilach życia, ale i w liczbie innych zmarłych w Szpitalu chorych, było wielu takich, którzy zgłosili się z zaniedbaniami niemocami, nieprzedstawiającemi żadnej wyleczenia nadziei, a schronienie w Szpitalu miało na celu, oprócz środków opóźnionego ratunku i oszczędzenia kosztów przeciągłej kuracji, nadto oszczędność przewidywanych kosztów pogrzebowych.

Charakter chorób w ciągu całego roku panujących, i w oddziale niniejszym postrzeganych, był reumatyczno-kataralny, z szczególnem zajęciem organów oddechowych, błon śluzowych, skóry, organów zmysłów zewnętrznych. Przewód kiszkowy, nie tak często był siedliskiem chorób, aniżeli w latach poprzednich. Przemagała zaś liczba zapaleń oskrzeli i płuc (broncho pneumonia) opłucenėj i tychże organów (pleuro-pneumonia) gorączki reumatyczne, reumatyczno-kataralne, reumatyzm zapalny i przewlekły, gorączki gastryczne, zapalenia gruczołów przyuszných i podszczękowych, róża, odra, ospa rodnia i wietrzna, zapalenia gardła natury dyfterytycznej, odpowiadające grassującemu w porze letniej na mieście dławcowi; zimnice i ich następstwa, to jest, zatkania trzewów brzusznych, oraz puchliny, mniej były liczne niż poprzednio, i łagodniejsze w przebiegu; typ trzy dniowy lub codzienny, pospolitszy był niż czterodniowy; do rzadszych niż zwykle chorób, należały gorączki tyfoidalne, biegunki proste i krwawe i zapalenie kiszek, oraz błon mózgowych. Charakter tyfoidalny zja-

wiał się niekiedy w przebiegu groźnych zapaleń płuc i to ku końcowi, jako objaw złowrogi. Z licznych chorób, leczono obłąd pijacki, kolkę ołowianą, pierwszy wypadek nosacizny ludzkiej, który poniżej obszernie przywieziemy. Z chorób chronicznych, zwykła załoga suchotników, opuchniętych, paralityków, stawiała niepokonane w pomyślnem leczeniu trudności, powiększając w wykazie rocznym, rubrykę umarłych.

W wyborze o zastosowaniu środków lekarskich, ważną mieliśmy pomoc w otrzymaniu nowój Farmakopei Szpitalnej, która streściła najdzielniejsze i najużywawsze leki, w postaci prostój, w użyciu łatwej i pod ogółowemi nazwami. Nie tylko oszczędność kosztów kuracyjnych, naturalnem jest następstwem téj pożytecznej pracy jak i ułatwienie wizyt lekarskich. W nich, szczególnój dokładaliśmy usilności w zbadaniu natury i siedliska choroby; środki pomocnicze w dyagnostyce pukanie i przysłuch, rozbiór chemiczny moczu, w każdym razie zastosowane były, gdy była potrzeba ku temu celowi; nieposiada dotąd nasz Szpital Laryngoskopu, o którego nabycie w dwóch egzemplarzach, mam zaszczyt uczynić wniosek.

Porównywając charakter i przebieg pojedynczych rodzajów chorób, z podobnemi w latach poprzednich, znakomitą postrzegamy różnicę, że ubóstwo krwi (Anæmia) nie tak jest pospolite, że jój zwodnienie (hydraemia) nie tak częste i tło tyfoidalne w ogólności, nie tak pospolite. Toż samo można powiedzieć o powikłaniach zimniczych: zdarzyły się w prawdzie peryodyczne ograżki, na początku chorób odrębnych zapalnych, albo gorączek, w rekonwalescencyi znowu pojawiały się, w postaci skrytej, niewyraźnej zimnicy, ale niestanowiły przeważnych cech niemocy, ani wybornością formy, ani upor-

czywością trwania, i bez użycia siarkanu chininy ustępowały.

W chorobach zapalnych przewodów i organów oddechowych, częściej niż w kilku latach poprzednich, zachodziła potrzeba krwi upustu; emetyk i saletran sody pożyteczną niosły usługę i nieustąpiły jeszcze pierwszeństwa morfinie, według życzenia niektórych Lekarzy Szkoły Wiedeńskiej i Krakowskiej, mającej zająć w leczeniu zapalnych chorób pierwsze stanowisko. Przewlekłe choroby organów oddechowych, mianowicie gruźlica, wszelkiej postaci, niezyt płucny, dychawica, były nietylko częste, ale i uporczywe. Gościec (rheumatismus) zapalny i niegorączkowy, również przyczynił się znacznie do zwiększenia liczby chorych; w leczeniu téj choroby, użycie środków zewnętrznych, a zwłaszcza samych zewnętrznych, zawsze bezsilnem się okazało, niekiedy wielce szkodliwem. Energiczne zaś leki na przewód kiszkowy działające, a przytem na funkcję nérek i skóry nieobjętne, łagodziły chorobę i od najgroźniejszego zajęcia osierdzia zabezpieczały. Jeżeli zaś téj okolicy choroba dosięgła, obszerny i długi w jątrzeniu plaster much hiszpańskich, obok użycia gatunkowych leków, główną przynosił usługę; ku końcowi choroby, po wytrwałem dopiero użyciu w miarę indywidualnego wskazania saletry, winianu potażu i antymonu, jodyny, ziemokwitu, tojadu, zewnętrzne środki w goścucu stawowym, uwieńczyły leczenie, mianowicie: pęzłowanie jodyną i wcieranie maścią z *rzeczną gąbką??* (Spongilla fluviatilis).

W puchlinach głównem w leczeniu wskazaniem, śledzenie chemiczne moczu i baczność na pierwiastkowe źródło choroby; najczęściej china, żelazo, kwas saletrowy, miał pierwszeństwo, a nawet skuteczniej zwiększały wy-

działanie moczu, aniżeli leki znane z własności pędzącej urynę.

W leczeniu zimnic, dzięki Opatrzności, dosyć już rzadkich i nieupartych, przeznaczono, praemissis praemitendis, duże działki siarkanu-chininy, np. gran 10 na raz w dobę, nad pół drachmowe roztwory dawane po łyżce, dzielniejszy to był środek i tańszy nierównie.

W zawitych zdarzeniach diagnostycznych, zasięgał sprawozdawca światła Naczelnego Lekarza, oraz innych kolegów w Szpitalu; korzyści ztąd spływały dla chorego i Lekarza, a choroby takie, jeżeli mimo wszelkich możebnych usiłowań, zakończyły się śmiercią, jeszcze otwierały pole poszukiwaniom nauki, w pośmiertnym dochodzeniu siedliska i natury niemocy; sekcyi patologicznych ze szczegółowem sprawozdaniem, uskuteczniiono 12.

Jako część rapportu, kazuistyczny przywiode opis nosacizny u człowieka (*Maleas humidus, vel farciminosus hominis*).

Dnia 8 Sierpnia 1860 roku przybył do Szpitala uczeń rzeźniczy 18 letni Adam Markowski, z ulicy Nowolipie Nr. 2423, szczupły, lecz wyrosły, od 2 tygodni już w domu chorujący, z oznakami gośćca zapalnego. Z początku były dreszcze jak w zimnicy, później darcie czyli łamanie w odnogach górnych i dolnych, następnie pręgi czerwone, twarde, bolesne, świadczące o zapaleniu naczyń skroniowych, gorączka silna, ból głowy, nudności niespokojność, rzucanie się. Pręgi owe następnie sinieją, a w ich przebiegu, postrzegać się dają guzy przechodzące w ropienie i w różnych punktach powierzchni ciała białe pryszcze, wielkości grochu okrągłego, rzadkie, liczbą zaledwie do 20 dochodzące na całym ciele. Gruzły zropiałe, wydają z razu ciecz czystą, następnie skażoną i

posokowato. Siedlisko tych ropni, bliskiem jest stawów kostnych, a poprzedzone są zjawieniem różnych plam. Temu przebiegowi choroby, towarzyszyło ogólne wychudzenie ciała. Dano choremu wodojodan-potażu, w zwyczajnej działce, po 2 łyżki dziennie, oraz nalewką jodyny, pęczlowano cierpiące stawy. Wypróżnienia stolcowe były częste, wodniste; 10 Sierpnia zjawilo się już bredzenie i inne objawy cierpienia błon mózgowych, gorączka pałająca, twarz ciężkie wyrażająca cierpienie, biegunka, przeciw której przepisano 2 lewatywy z krochmalu i 5 kroplami makowca, na karku przyłożono plaster z much hiszpańskich, nazajutrz chory odzyskał cokolwiek przytomności. Dnia 12 Sierpnia, bredzenie i silna gorączka wzmogły się, brzuch był wzdęty, wyprężony, po konsultacyi z Naczelnym Lekarzem Szpitala, Doktorem *Groer*, i stwierdzeniu rodzaju choroby, zdecydowano zawiadomić Urząd Lekarski Miasta Warszawy, celem wysledzenia początku choroby, i przedsięwzięcia odpowiednich środków, zapobiegających jej rozszerzeniu się, policyjno-lekarskich i policyjno-weterynaryjnych, choremu przepisano chlerek żywego srebra po $\frac{1}{4}$ części granu, co 2 godziny. Tegoż dnia, zawezwany zostałem do miejsca zamieszkania Markowskiego, gdzie syn rzeźnika, u którego tenże zostawał w terminie, 15 letni Józef Zalewski, złożony był zupełnie taką samą niemocą. Początek jej przedstawiał się w postaci tyfoidalnej, odpowiednio do tej postaci, leczył go naprzód Lekarz ordynujący przyległego Szpitala Ewangelickiego, Dr. *Łuczkiwicz*; zjawione jednak cechy charakterystyczne nosacizny ludzkiej, niepozostawiały żadnej o naturze choroby wątpliwości. W domu tym, wynajmował stajnię handlarz koni, który je w Piątek na targ Muranowski wysyłał; oba chłopcy

chorzy uczęszczali do stajni, Markowski nawet sypiał w niej niekiedy; zarządzone atoli, przy pomocy Policji i Assesora Weterynaryi przy Urzędzie Lekarskim Miasta Warszawy, śledztwo na gruncie,—konia nosatego, ani w tém, ani w innych miejscach, wykryć nie zdołało. Odtąd, miałem razem dwóch młodzieńców w leczeniu na tę straszną chorobę, pierwszego w Szpitalu, drugiego prywatnie. Jak przebieg choroby, tak i dalsze ich leczenie różnem nie było, lecz w obudwu było bezskutecznem.

Dokńczam historią choroby Markowskiego; dnia 13 Sierpnia, nabrzękły powieki oka lewego, zupełny brak przytomności umysłu, chory trzyma ręce na częściach płciowych, puls do 124 uderzeń dochodzi, język czerwony, mocno z początku suchy, następnie lepkiem mułem powleczoney; dano choremu mleko konopne, i przykładano gorczyzniki na kończymy.

Dnia 14 Sierpnia, gruzły zrazu stwardniałe, zmiękły i dojrzały, lubo nieczystą ropę sączyły; były one w różnych okolicach ciała widoczne, około barków, na biodrach, blisko kolan i łokci, naliczyłem ich 8, mnie więcej, jednostajnej wielkości, dochodzącej tureckiego orzecha; język znowu zupełnie *stał się suchy*, popękany, szorstki; chory odzyskał przytomność umysłu, lecz nie był w możności wyjaśnić początku zarazy, wyznał jedynie, że sypiał w stajni. Dano choremu, wodę chlorową z kamforą.

Dnia 15 Sierpnia, z lewej dziurki nosowej, dobywa się ciecz ropiasta, ropnie obszerne, w różnych miejscach powierzchni ciała są widoczne, stopa lewa nabrzękła, zgrubiała, twarda, bolesna, na kości kuprowej, gangrena

z odleżenia. Przepisano z narady z Naczelnym Lekarzem Szpitala, odwar z kory chinu czerwonej, z pół uncji na ośm, z dodatkiem 2 drachm elixiru acidi Halleri, co godzina po łyżce. Do opatrunku pośladek, użyto wody gulardowej. Dzień 16 Sierpnia, był ostatnim dniem życia Markowskiego, z rana, miał jeszcze twarz rozpaloną, jasno czerwonego jakby purpurowego koloru, nabrzęką, zwłaszcza na prawym policzku, około skrzydła nosowego. Pyszcze białe, wyniosłe, widoczne są na twarzy, lecz rzadkie, wcale z sobą niezlewające się. Chory sapiąc i chrapiąc, głośno oddycha, język doszedł najwyższego stopnia suchości. Ropnie czerwone, liczne dosyć wielkie, zwłaszcza koło stawów, różny stopień dojrzałości przedstawiające. O godzinie 5 z południa, widziałem konanie chorego, wyrażającego największe bólesci, niespokojność i parskanie nosem. W trzy dni potem, umarł w domu, jego rówieśnik Zalewski.

W pierwszym i drugim wypadku, sekcyja ciał odbyła być nie mogła. W Szpitalu bowiem, żaden z felczerów i uczniów felczerskich, skutecznie jej niechciał, z obawy zarażenia się; w domu, niezezwolili na sekcyję rodzice zmarłego.

W dawniejszych czasach, przestrzegana była przez Weterynarzy ostrożność przy sekcyi nosatych koni, pierwszy jednak Doktor *Loron*, opisał historiją tego rodzaju choroby, przeniesioną z konia do człowieka (w *Journal de médecine, chirurgie, et pharmacie*, w roku 1812, w poszycie Lutowym). Opis ten, niewielkie podówczas sprawił wrażenie. Drugi, wyraźniejszy tej choroby opis, zamieszczony jest w dziele *Waldinnger'a*, „Ueber Krankheiten der Pferde, Wien 1816 i w *Rust Magasin der Chirurgie* 1821 r., tom II, opisany przez Sztaba Lekarza

Schillinga. Chory, był posługaczem stajennym w Berlińskiej szkole weterynaryi i obmywał nozdrza nosatego konia. Oprócz ropiejących pryszczów na ciele, postrzeżano u tego chorego bąbel na nosie, który był potem zniszczony, zgorzela, przy sekcyi, widziano na kości czołowej ropiace punkta, i zbiory ropne wśród mięśni. Prawie jednocześnie, angielski lekarz *Museroft* opisał historią choroby kawalerzysty, w *Journal of Edimburg 1821*, tom 18, str. 321, który skaleczył się w rękę przy sekcyi nosatego konia i umarł wśród wszelkich objawów nosacizny. Dr. *Weisses* w Newmarket, opisał podobne postrzeżenie, także włoski Lekarz *Parozzi*, opisuje w roku 1822, że w stajni, w której był koń nosaty, sypiało 35 osób, z tych 11 uległo niniejszej chorobie. Dziennik Edyburgski z roku 1823, obejmuje 3 nowe tego rodzaju zdarzenia nosacizny u ludzi, *Bust Magasin* także jedno. W roku 1829 Dr. *Grube* i *Krig*, pisali rozprawy na stopień Doktora w uniwersytecie berlińskim o tej chorobie, a w roku 1836, podobną rozprawę napisał w Berlinie, Warszawianin Józef *Lilpop*. Z większą dokładnością określił monografią tej choroby Dr. *Andrzej Brown*, w Londynie w roku 1829; opis ten, dotyczy kaprała, który konia nosatego opatrywał. W tymże czasie, Dr. *Elliotson* opisał z dokładnością 3 podobne zdarzenia (*Trans méd. chir. vol, VI*), a 2 Dr. *Numan* w Utrechcie. W piśmie londyńskim, „the médical lancet, z dnia 11 Lutego 1836 roku, przywiedziona jest historia mastalerza, który miał palec lekko zadrażniony i opatrywał nosate konie. Zaczęła się choroba od zaognienia i ropienia palca, następnie, cierpienie rozszerzyło się w kierunku naczyń surowicznych, z wyrzutem skórnymszczelowym, zgorzela, i zakończyło się śmiercią. DDr.

Elliotson i *Williams* w roku 1833, inny widzieli przykład podobnej choroby.

Prof. *Hertwig* w Berlinie, w *Médicinische Central Zeitung* z roku 1834, przytacza 7 takichże historyi choroby, z których zdaniem Prof. *Rayer*, 4 pochodziły z nosacizny końskiej, a 3 z choroby, zwanój *tylczakiem*. W *Journal de médecine veterinaire* Janvier 1835 p. *Felix Vogel* z Lugdunu, przywodzi 5 zdarzeń zarażenia się człowieka od koni, *tylczakiem dotkniętych*. Prof. *Alexander* w Utrechcie, w „Archives générales de médecine Paris, 1836 r. „opisał 2 historye tejże choroby, Dr. *Wolff*, 3 przykłady, Dr. *Prinz*, prof. Weterynaryi w Dreźnie, 1 przykład, Dr. *Hardwicke* 2 przykłady. DDr *Rennes* i *Duplaj*, opisali w „Archives générale de médecine, tom 31“, 5 podobne zdarzenia. PP. *Burgviers* i *Vigla* opisali historyą téj choroby widzianą w klinice prof. *Brescheta* w roku 1838. Następnie, ogłaszali monografie na własnych postrzeżeniach w Paryżu oparte, DDr. *Deville*, *Husson*, *Nivet*, *Nonat*, *Legrouix*, *Andral*, *Lions*, *Petit Renard*, *Schutzbe*; *Duclos* opisał wypadek nosacizny u kobiety, zajmującej się wyrabianiem materaców z włosa końskiego (*Journal de Médecine de Bordeaux* 1847); umieszczony w tygodniku lekarskim Warszawie 1848, Nr. 23, str. 181, wypadek nosacizny, u fernala z gminy Cychry, w powiecie Warszawskim, leczony był i opisany w rocznem sprawozdaniu za rok 1860, przez L. Majkowskiego, Lekarza Szpitala Śgo Piotra w Grójcu. Dr. *Lutkiewicz*, opisał podobny wypadek na fernalu w Ostrowiu, dobrach hr. Tyszkiewicza. (Tyg. Lek. Nr. 10, str. 74). Najdokładniejszą w tym przedmiocie rozprawę, napisał prof. *Rayer*, w „Mémoires de l'académie royale de Médecine, tom VI, 1837“ z wnioskiem, że choroba ta

wywiązać się może, nie tylko przez zaszczepienie lub dotknięcie cieczy ropiastej koni nosatych, ale nawet przez samo z nimi przebywanie w stajni, oraz, że niższy stopień nosacizny u koni, nazwany tylczakiem, podobną własność zarażania człowieka, przy pewnych warunkach posiada. Nie tylko łączność i podobieństwo objawów nosacizny u koni i człowieka, przemawiają za tożsamością choroby; z przyczyny jednakże, że u człowieka, niezawsze odpływ ropiasty z nosa i obrzmienie tego organu, zwłaszcza z początku choroby, postrzeganiem bywa, celem usunięcia wszelkiej w tej mierze wątpliwości, Dr. *Jonate* w Paryżu, przedsięwziął szczepienie w roku 1833 flegmy nosowej człowieka, złożonego tą chorobą, zdrowym zwierzętom kopytowym. Koniowi zaszczepił lancetem w błonę nozdrzową, a osłowi zapuścił takież lancet w świeżą otwartą ranę żyły; obie sztuki, z objawami rzeczywistej nosacizny w dni kilka padły (archives générales de Médecine, tom II, p. 383). Podobne doświadczenie powtórzył prof. *Rayer* w r. 1837, z równym rezultatem, który był przedstawiony Doktorom *Dupuy* i *Boulay*.

Professor Weterynaryi *Husson* w Elfurt, czynił podobne doświadczenie pod okiem Doktorów *Burthelény*, *Bouley* i wszystkich miejscowej szkoły nauczycieli. Sprawdzili tę samą własność DDr. *Andral*, *Lebrun*, *Vigla*, *Nivet* i inni, zawsze z niezmiennym skutkiem. Pomimo jednomyślności przekonania powyższych lekarzy, na oczywistem opartego doświadczeniu, co do tożsamości choroby u konia i człowieka, znaleźli się wszelako uczeni lekarze, którzy jak prof. *Magendie* w gronie Akademii nauk, a Dr. *Barthelény* w gronie Akademii lekarskiej, zaprzeczali temu faktowi, przypisując nosaciznie u czło-

wieka odrębną własność, natury karbunkułowój, na gatunkowem zakażeniu krwi, polegać mającój.

O ile pewne spotykamy skazówki w rozpoznaniu choroby, w dokładniejszym opisie jój cech rozpoznawczych, przebiegu i trwaniu, o tyle powierzchowne i niepewne czytamy wskazania do leczenia, które we wszystkich wypadkach choroby rozwiniętej i niewątpliwój, bezskuteczne się okazało. Upusty krwi z żyły, otwieranie bąbli i ropni, wycinanie gruzłów, kwasy mineralne dawane do wewnątrz, woda chlorowa, octan ammonii w wielkich daniach, wreszcie china i kamfora, cytowane są przez autorów, jako nadaremne usiłowanie ratunku i próby, także łaźnie parowe. Pośmiertne poszukiwanie, przekonały o wychudzeniu ciała, mimo krótkotrwałości choroby, o stężałości trupiěj długo przeciągającój się. Wcieczki, w pryszczach skórnych zawartój, dostrzegać się dają przy pomocy drobnowidza, kulki krwi zakażonój, wśród lepkiěj i jakby błoniastój posoki, pryszcze dawniejsze zawierają ropę płynną. Pryszczele przechodzą o biętość grochu polnego i z wejrzenia, podobne są do wysypki zwanój, Rupia. Ropnie, mają siedlisko pod rozpostarciem ściągnistym mięśni, mniej więcój obszerne, mieszczą jakby zakrzepłą mieszaninę ropy i krwi, którą Professor *Rayer*, z wejrzenia porównywa oryginalnie do lodów poręczkowych. Błony nosowe czyli Schneidera, przedstawiają sine plamy i naprężenia naczyń krwionośnych; w zatokach czołowych, jakby wysypka pryszczelowa i podobna, lecz drobniejsza w nosie, lecz dopiero po śmierci widoczna. Pryszcze wielkości prosa, białawe, wewnątrz ciecżą pół płynną wypełnione. W zatoce Highmora, znaczna ilość gęstego, żółtego śluzu. Błona śluzowa w przegrodzie nosowój, nabrzękła, rozpulchniona,

jakby krwawiąca, miejscami przedziurawiona, jakby zgorzelą dotknięta, a miąższość przyległych kości, bardziej dziurkowata, jak gdyby były nieco rozdęte. Spodnia powierzchnia nakrywki głosowej nabrzęka, fioletowa; wewnątrz krtani przyszcze, wewnątrz krtani zwięzione, ściany jego i brzegi znacznie zgubiałe, przewody oddechowe czerwone, płuca miejscami w stanie zapalnym, stwardniałe, z ogniskami ropienia, wielkości orzecha laskowego lub włoskiego. Ślady zapalenia żył wewnętrznych i powierzchniowych, w nich i w sercu, krew skrzepła nie jest ani tak ciekłą, ani lepłą, jak po gorączce tyfoidalnej, ściany wewnętrzne żył są blade, w kulkach krwi, za pomocą drobnowidza, żadnej niewidziano różnicy i rozbioru chemicznego tej cieczy, nieprzedsięwzięto. W niektórych naczyniach surowicznych, ropa sama, naczynia stwardniałe, postronkowate, a ich gruczoły czyli węzły, czerwone, nabrzęka, kruche, zwłaszcza w okolicy szczęk gardziela i pachwin. Błona śluzowa przewodu pokarmowego, zacząwszy od podniebienia do kiszek cienkich, przedstawia plamy sine, nabrzęka, miejscami cokolwiek uszkodzone. Gruczoły przyuszne nabrzęka, w stanie zapalnym, lub zropiałym; Prof. *Rayer*, przywodzi zjawisko zgorzeli lewej połowy żołądka członka męskiego z 4 przyszczami w pośrodku, oraz zropienie lewego jądra. W jamie czaszki, błona pajęczka mózgu wilgotniejsza niż zwykle, w komórkach bocznych mózgu, lekkie wylania surowicy, mózg w rozkroju wilgotny, kropkowany, naczynia włoskowate miąższości korowej, mocno krwią nabrzęka. Siła skupienia mózgu, niezmieniona. Przykostnia w miejscach sąsiednich ropni nabrzęka, czerwona, nieco wyżarta.

Co do zaraźliwości choroby, ta wymaga koniecznie pewnych nieznanych warunków; *Michel Léwel*, w dziele

„Traité d'hygiène publique, tom II, str. 661“ przywodzi, że podczas rewolucyi 1794 r. zabito w St. Germain, 300 nosatych koni, mimoto, niebyło ani jednego wypadku zarazy człowieka, następnie, zabijane konie nosate w szkole Weterynaryi, w Alfert, do rozszerzania choroby między ludzmi nieprzyczyniły się.

Do warunków zaraźliwości choroby, nawet bez zetknięcia, należą letnie upały, dwa wypadki obecnie przezemnie przywiedzione, wydarzone w Sierpniu, sprawdzają ten wniosek. Jakkolwiek choroba ta, samodzielnie wywiązująca się u zwierząt kopytowych, zarażać jest zdolną ludzi, niemniej jest szkodliwą w zetknięciu innego rodzaju zwierząt *niekopytowych*. Postrzeżenia *Spinali* nauczają, że psy, koty i świnie, również mogą się zarażać od nosatych koni, lecz u nich choroba wywiązuje się odmienną postacią, lubo niemniej zabójczą.

Przy tak szkodliwych własnościach choroby, oceniamy całą ważność Policji Weterynaryjnej, nakazującej rewizye koni na jarmarkach, stacyach pocztowych, targach, karczmach, odpustach, etapach kawalerji i pociągów, — nakazującej rozstrzelanie każdego nosatego konia, a oddzielenie zupełnie dotkniętych tyłczakiem. W dodatku do tak użytecznych środków ostrożności, pożądanem byłoby, popularne pouczenie uboższej ludności, która z choremi końmi bywa w styczności, jako to: fornali, woźniców, kowali, oprawców, garbarzy, strożów stajennych, pocztylionów, bereiterów, i kawalerzystów, wreszcie włościan nabywających konie za najtańsze ceny, o strasznych skutkach zagrażających utratą życia, nie tylko z zetknięcia wyrzutu nozdrzowego z powierzchnią ciała ludzkiego, ale nawet z przebywania, a nadewszystko nocowania w ciasnych i nieczystych, nieprzewie-

trzanych stajniach, mieszczących chociażby jednego nosa-
tego konia. Tem szkodliwsze jest, tak powszechne u wo-
źniców przykrywanie się derą zdjętą z koni, czaprakiem,
picie wody z tegoż samego kubła. Zaniedbanie oczę-
dóztwa około własnego ciała, mianowicie nieobmycie się,
po każdym chędożeniu koni szczotką i zgrzeblem, a zwła-
szcza po opatrywaniu konia chorego, gdy wypadło ob-
cierać lub dotykać się jego nozdrzy. Dzięki Opatrzności,
wypadki nosacizny, u ludzi, dotychczas nie były częste,
ale ważność choroby wymaga, *ażeby o jej własnościach
i skutkach, niższa klasa społeczeństwa, poznała do-
kładniejszą wiadomość, anizeli ją dotychczas posiada.*

LITERATURA ZAGRANICZNA.



O tumorach, czyli guzach w jamie brzusznej, z przeważniem uwzględnieniem części dyagnostycznej.

(Dalszy ciąg.)

Jakośmy powyżej nadmienili, ulegać musi sposób badania guzów brzusznych, stósownie do okoliczności, rozmaitym zmianom.

O ile ważnem jest stósowne *ułożenie ciała*, w cierpieniach narządów brzusznych w ogólności, o tyle ważniejszym jeszcze się staje, w badaniu nowotworów.

Pozycja, w jakiej za zwyczaj chorego badamy, jest *pozioma* (leżąca), z podniesioną nieco głową i z zgiętymi kolanami, aby usunąć napięcie mięśni brzusznych. Jednakowoż należy chorego przekładać na bok lewy i prawy, ponieważ podczas téj zmiany stosunki tak szybko się odmieniają, iż to, czegośmy się wprzód tylko domyślali, później za pewność uważać możemy. Rzadko kiedy, zniewoleni jesteśmy badać w pozycji *siedzącej*.

Po stósownem ułożeniu ciała, należy dobrze *obejrzeć* żywot. Oglądanie bowiem żywota, obznajamia nas z jego objętością, kształtem, i własnościami jego ścian. Prawidłowy nawet żywot, ulega różnym pod tym względem odmianom. U osób chu-

dych, znachodzimy go płaskim, nieco wypukłym, przeciwnie zaś u otyłych w różnym stopniu wystającym. Kształt żywota, zmienia się stósownie do wieku chorego; u dzieci bywa sklepisty, u starych zapadły. Sznurówka u kobiet, przyczynia się wiele także do zmiany kształtu żywota. Jeżeli więc, są nowotwory w żywocie, które swą wielkością powodują zmianę w objętości tegoż, to odmiana ta postaci żywota, albo będzie *ogólna*, albo *częściowa*, *jednostajna* albo *niejednostajna*. Nagromadzenie gazów i łajna w jelitach, niepowodują zawsze jednostajnego wzdęcia żywota; widzieliśmy nawet wypadki, iż w skutku kurczu dwóch pobliskich części jednego jelita, przez rozprężliwość gazów w tychże częściach, powstało *ograniczone*, częściowe wygużlenie żywota. Przeciwnie, powodują tak gazy jako i płyny, powstające w jamie otrzewnej żywota, a niekiedy i wielkie wodunki jajników i nagromadzenie moczu w pęcherzu, *jednostajne wzdęcie* brzucha. *Częściowe* zaś powiększenie objętości żywota, powstają albo przez zwiększenie różnych trzewiów, albo przez wodunki, ograniczone wysięki lub nowotwory, mające swoje siedlisko w trzewach, lub ścianach brzucha.

Wielkość i miejscowienie nowotworów, wpływa głównie na zmianę własności ścian brzusznych, tak pod względem ich rozciągłości, barwy, połysku i gładkości. Dostyc często w takich wypadkach, bywają żyły skórne żywota rozdęte, albowiem nowotwór, znajdujący się w ścianach brzucha, wywołując przycisk na większe pnie żyłne, lub też w jamie żywota ugniatając żyłę próżną dolną (*cava inferior*), lub jej boczną gałąź, zmniejsza ich średnicę, i tym sposobem powoduje obieg krwi poboczny, a tym samem i *rozdęcie żył*.

Wykrywszy podczas oglądania jakie ograniczone obrzmienie żywota, należy, zanim przystąpimy do obmacania (*palpatio*), zwrócić uwagę nato, jaki wpływ wywiera *oddychanie* na powiększenie tego obrzmienia, chociaż właściwe znaczenie ruchów oddechowych, jako środka pomocniczego w rozpoznaniu guzów brzusznych, okaże się dopiero jawnie podczas obmacania. Nabrzmienia, wywołane przez nowotwory, znajdujące się w ścianach żywota, odbywać będą podczas oddechu, poruszenia *od tyłu ku przodowi*, gdy tymczasem guzy, powstałe przez nowotwory poło-

żone w samej jamie brzucha, podczas wdéchania się *zmniejszają*, ponieważ wtedy, ściana żywota od nowotworu się oddala; w tych zaś wypadkach, gdzie obrzmienie odbywā poruszenia wspólnie z przeponą, twory te odsuwają się także i *ku dołowi*.

Niekiedy znowu, spostrzegamy przy obrzmieniach brzusznych także *tętnienie*, a to wrazie rozszerzenia głównego pnia aorty, lub gdy nowotwór uciska ją ku stosowi pacierzowemu, Ta ostatnia przyczyna, powoduje najczęściej tętnienie w żywocie, a nowotwór, znajdujący się *poniżej przepony*, rzadko odbiera tętnienie od samego serca. Przez oglądanie nakoniec, spostrzegamy przy nowotworach żywota *ruchy robaczkowe* żołądka i jelit, a to przy kurczowych poruszeniach tychże, w skutek zwężenia przez nowotwory wywołanych, a któreto zjawisko, obok przypadłości uwięzienia (incarceratio), do bardzo pożytecznych zaliczamy znaków rozpoznawczych.

Najgłówniejszą podstawą całego badania, jest *obmacanie*, do czego jednakowoż, potrzeba pewnej wprawy i wydoskonalonego zmysłu dotykania. Ułożywszy chorego w pozycji poziomej na krzyżu i z kolanami zgiętymi, dotykamy żywota obiema rękami jużto lekko, już mocniej, już też starając się, nowotwór objąć w całości. W początku badania, należy jak najlżej dotykać żywota, gdyż nagły i mocny przycisk, powoduje natężenie mięśni brzusznych, a tym samym utrudnia rozpoznanie, i częstokroć wywołuje ból. Następnie, dotykamy się samego obrzmienia, kładąc chorego na obydwā boki, ponieważ podczas takiej zmiany położenia, nowotwory, które leżą w bliskości krzyża pod jelitami, występują ku przodowi i stają się przystępniejszymi do obmacania. Dotykanie obznajmia nas z wszystkimi własnościami nowotworu, jakoto: z umiejscowieniem, wielkością, sąsiedztwem, zbitością, chełbotaniem, ruchliwością, czułością, i drganiem.

Co się tyczy *siedliska* nowotworu, to może być rozmaite, i tak może brać początek z każdego trzewu brzusz nego, z powłok i tworów, leżących po za obrębem otrzewnej. Guzy, które napotykamy w *ścianach żywota*, mogą być skutkiem zapalenia i jego następstw, lub też pochodzą z nowotworów; w którychto razach, wysledzić można *warstwę*, w której gości nowotwór, o czem jeszcze w części szczegółowej, mówić będziemy. Najczęstszym sie-

dliskiem guzów brzusznych bywa *otrzewna i jęj zdwojenia*; a ich zbadanie, największym w tedy podpada trudnościom, jeżeli, jak to często bywa, powstają zrośnięcia z ścianami żywota, albo z trzewiami jamy brzusznej. Wszystkie organa mięsne, znajdujące się w jamie brzusznej, mogą być podstawą tworów chorobowych, tudzież zmiana ich właściwego położenia, może powodować guzy, które różne siedlisko mieć mogą. Podobnie napotykamy nabrzmienia, w całym przewodzie pokarmowym, które przez gazy, łajno i nowotwory powodowane bywają. Podobne twory, biorą początek w miednicy, w pęcherzu, w jajnikach, w macicy, o czem z osobna mówić będziemy, gdyż ich znajomość, jest niezbędnie potrzebną przy rozpoznaniu różniczkowém nowotworów brzusznych. Ma się rozumieć, że w tych wypadkach, samo obmacanie nie na wieleby się przydało, ale należy przystąpić do *bezpośredniego badania macicy i кишки stolcowej*.

Wielkość guzów brzusznych bywa różną, począwszy od wielkości orzecha laskowego (i w tedy są trudne do zbadania, zapomocą dotykania), i dochodzi do olbrzymiej objętości, tak, iż całą jamę brzuszną wypełniają; głównie pod tym względem, odznaczają się raki i wodunki jajników.

O kształcie guzów, który nader liczne przedstawia zmiany, będziemy obszernie mówić w części szczegółowej, albowiem znajomość kształtu, okazuje się wielce pożyteczną przy rozpoznaniu niektórych chorób, jako: ruchomej śledziony, nerki, guzów łajnistych, w rozdęciu żołądka, pęcherzyka żółciowego, i pęcherza. Granice nabrzmienia, już to bywają wyraziste, przy samoistnych ruchomych tworach, lub też nie wyraźne, przy naciekowych nieruchomych masach, szczególnie jeżeli współcześnie jest zebranie płynu, a ściany są grube i niepodajne.

Powierzchnia nowotworów bywa rozmaita; i tak, bywa gładką, albo równą, najczęściej jednakowoż nierówną, guzkowatą, zrazikowatą, rurkowaną. Zbadania tych własności w niektórych razach, bywa bardzo ważne przy rozpoznaniu, że przypomniemy tu tylko wcięcia śledziony, przy rozpoznaniu zdrożności tejże. *Zbitość* guzów bywa już miękką jak ciasto, już twardą jak kość, inny zaś stopień pośredni, zależy od grubości i stopnia natężenia ścian nad niemi położonych.

Bardzo ważnym znakiem rozpoznawczym jest *chelbotanie* (*fluctuatio*), lecz z pewnością potwierdza się ono tylko w nabrzmieniach położonych w pobliżności ścian brzusznych; w przeciwnych wypadkach, z trudnością tylko da się ono oznaczyć. Szczególniejszą odmianę chelbotania, podał nam pierwszy *Piorry*, t. j. tak zwane *drganie wodunek* (*hydatisdenzittern*), które powstaje w skutku uderzenia pęcherzyka (*echinococcusblase*) znajdującego się w płynie, o ściane torebki otaczającej, a posłyszane, jako znak rozpoznawczy cierpienia tego uważane być winno. Niektórzy powątpiewali o drganiu wodunek, przez *Piorrego* podaném, nasze jednakowoż doświadczenie, sprawdziło ważność téj oznaki rozpoznawczej.

Spostrzeżone przy oglądaniu oznaki chorobowe, jak: tętnienie, poruszenie robaczkowe żołądka i kiszek, mogą być także przez obmacanie stwierdzone. W końcu, dotykanie przekonuje nas o tarciu i *trzeszczeniu* (*crepitatio*), jeżeli powierzchnia chropowata nowotworu, sciera się z nierówną ścianą otrzewnej.

Łatwość w *zmianie miejsca* nowotworu, zależy od ruchliwości organu, na którym guz spoczywa, tudzież od podstawy jego, t. j. czy jest szeroką, czy też szypułkowatą, w końcu, czy się objąć da, lub nie. Początkowo ruchome twory, mogą się stać nieruchomymi przez przyczepienia i zmianę miejsca, i przeciwnie, wskutku rozciągliwości i zerwania się podstawy.

Pukanie, nie ma téj wartości w rozpoznaniu guzów brzusznych, co dotykanie. W stanie zwyczajnym już, odgłos żywota bywa zmiennym, i dokładne oznaczenie granic organów mięjszych jest trudne, a cóż dopiero mówić o guzach, które bywają jelitami pokryte i otoczone. Małego rozmiaru twory, nadzwyczaj trudno wyszukać, większe zaś, pokazują zmienną rozległość odgłosu. W ostatnim wypadku możemy przynajmniej przez *zbliżenie* oznaczyć właściwą wartość odgłosu perkusyjnego, a to, starając się usunąć jelita, położone na nowotworze i przyciskając plessimetr do niego, o ile tylko można. Odgłos zmienia się niekiedy i przy ruchach oddechowych, jeżeli twory są spojone z organami, które odbywają ruchy wspólnie z przeponą, albo jeżeli ściana przednia żywota, oddala się od tworu chorobowego, a w to

miejsce jelita wchodzi. Rzadko zachodzi potrzeba zastosowania podsłuchu (auscultatio), którego użycie, pomocnym być może przy rozpoznaniu głosów, jakie powstaje przy rozszerzaniu żołądka przez spadanie płynu, niemniej tarcia, głosów wodunek (drganie), tętniaków, i głosów naczyń gazem uciśnionych.

Przechodzimy obecnie do *szczegółowej części* nauki o guzach brzusznych i nadmieniamy, że dla łatwiejszego zrozumienia rzeczy, zachowamy podany przez anatomię topograficzną, podział okolic żywota.

II.

O guzach w ścianie brzusznej.

Przypadłości towarzyszące guzom, których siedliskiem są ściany brzuszne, noszą na sobie tak wybitne cechy dyagnostyczne, że rozpoznanie ich nie przedstawia żadnych trudności, gdyż Lekarz może z wszelką dokładnością orzec, czy guz w danym razie, wyrasta z warstw przed- czy zamięśniowych, z bliskości czy też z samej otrzewnej? Orzeczenie to, jest bardzo wielkiej wagi pod względem terapeutycznym, z powodu, że guzy umieszczone w warstwie *przedmięśniowej i przed otrzewną*, mogą przy sprzyjających innych okolicznościach, poddane być wyłuszczeniu za pomocą noża, bez narażenia chorego na zranienie otrzewnej, co znowu przy guzach z samej otrzewnej, lub z bliskości jej wyrastających, dla grożącego zapalenia otrzewnej, wcale miejsca mieć nie może. Zwracamy tu uwagę czytelnika, na możliwość złudzenia, pochodząca z niezwykłego rozstąpienia się *mięśni prostych* żywota (mm: recti abdominis) wywołanego przez długotrwałe wyprężenie ściany brzusznej, skutkiem przebyłych cięży, opuchliny brzusznej i t. p., w którymto stanie rzeczy, samo

wzdęcie jelit, lub grudki nagromadzonego w nich kału, poczytane być mogą za nowotwór ściany brzusznej.

Obecność guzów w ścianie brzusznej, sprowadza zmiany w samej *powłoce*, czyli w *skórce* tejsze ściany, jako: zaczerwienienie, wyprężenie, obrzęknięcie żył powierzchownych, i zmiany w ruchomości skóry. Guzy zapalnej natury i takie, które szybko wzrastają i powiększają się, albo z rodzaju złośliwych, rozkrzewiające się zaraz i do skóry (pomimo że źródło ich leży w innych warstwach), wszystkie te guzy, sprowadzają prężenie i czerwoność widoczną; rak zaś, wychodzący z tkanki podskórnej i sprawa wysiękowa w tejsze, znoszą ruchomość powłoki powszechniej tak samo, jakto się rzecz ma i w innych częściach ciała, z tą różnicą, że tam zdarzają się wyjątki, w których ruchomość skóry, nie wyklucza stanowczo obecności guza złośliwego.

Co się tyczy *stopnia ruchomości* guzów, to zależy od stanu mięśni brzusznych, czy są wyprężone i czynne, czyli też opadłe jak np. przy zbliżaniu odnóg dolnych do żywota. Stósownie do siedliska guzów, dostrzeżemy ruchomość ich, nawet przy naprężeniu mięśni brzusznych w wypadkach, gdzie guz znajduje się przed mięśniami, gdy przeciwnie, guzy położone na opaskach (fascia), mięśniach, lub po za temi, utracą zupełnie lub w pewnym stopniu, swą ruchomość, w chwili czynnego wytężenia mięśni.

Przypadłość *chelbotania* i *prężność*, dostrzeżona w guzach, świadczy o obecności cieczy w tychże, i okazuje się najwyraźniej tam, gdzie guz tego rodzaju, zajmuje miejsce w warstwie tkanki podskórnej, a zatracą się mniej więcej, w miarę głębokości siedliska guza cieczą wypełnionego. Zdarza się wszakże, że przypadłość w mowie będąca, znika zupełnie przy czynnym natężeniu mięśni brzusznych.

Przy rozpoznawaniu guzów brzusznych, wypada zatem przedewszystkiem stwierdzić, czy siedliskiem guza jest *ściana brzuszna* czy *jama żywota*, a w pierwszym wypadku, w której warstwie ściany, guz się znajduje?

Do zbadania guza w ścianie brzusznej umieszczonego, posługujemy się szczególnie zmysłem dotykania, czyli obmacania. Jeżeli badany guz, *w całości swój posuwalnym* się okazuje

wraz z ścianą brzucha, i wszystkie poruszenia tejże, przez ucisk, pociąganie i oddechanie spowodowane, jednocześnie odbywa, jeżeli guz rękoma ująć, i całą objętość jego palcami otoczyć można, nabierzemy przekonania, że siedliskiem guza, jest *sama ściana brzuszna*.

Przeciwnie znaki, jako: posuwalność ściany brzusznej nad guzem położonej, prawidłowość powłoki powszechnej i własność tejże fałdowania się, nadto znikanie guza, przy głębokiem wdechaniu, są dowody, że guz umieszczony jest *poniżej ściany brzusznej* i żadnej z nią niema styczności. Wyjątek od tego prawa, stanowią wypadki powikłane, gdzie guz wychodzący z jakiego trzewu brzusznego, w postępie swoim osiągnął ściany brzusznej i do téj przyczepionym został. I w takim jeszcze razie, oświecić nas może niekiedy *perkussya*, która przy głębokiem wdechaniu i oddaleniu się ściany brzusznej od poniżej leżącego guza, wykaże w miejscu przyrośnięcia guza, odgłos tępy jak poprzednio, tam zaś, gdzie guz do ściany brzusznej nieprzyrośnięty i gdzie teraz jelita miejsce guza zajmą, poda odgłos jaśniejszy.

Do oznaczenia *warstwy ściany brzusznej*, w której osadzony został guz, przystępujemy tym sposobem: guzy przedmięśniowe, występują wyraźniej i jawniej w chwili ściągnięcia czyli natężenia mięśni brzusznych, kiedy znowu, guzy wśród włókien mięsnych umieszczone, albo, które przez ucisk spowodowały rozrzedzenie włókien mięsnych, w chwili natężenia mięśni, żadnej nie ulegają zmianie z powodu, że włókna mięsne, nowotworem wyparte, lub uszkodzone, czynność swą odbywać zaprzestały.

Guzy wyrastające z *otrzewnej, lub tkanki podotrzewnej*, spłaszczają się przy natężeniu mięśni, a usunięte w głąb, uchylają się z pod ręki badającego. Do nader trudnych odcieni dyagnostycznych, zaliczamy rozstrzygnięcie, czy badany guz, obrał siedlisko sobie w tkance podsurowiczj, czyli też w samej błonie otrzewnej?

Ropnie ściany brzusznej, zdarzają się dosyć często i zajmować mogą każdą z warstw téj ściany. Tu znowu, rozstrzygają wyraźne znaki zapalne, jak: czerwoność, podniesienie ciepła i ból, rozpoznanie na siedlisko ropnia w tkance podskórnej, któreto

przypadki znikają przy ropniach głębszych i rozpoznanie opiera się tylko na bólu przy ucisku i poruszeniach, a szczególnie na chełbotaniu, które jedynie wskazuje obecność większej ilości ropy.

Ropnie miejscowe, oznaczają się zawsze, tak zwanym *walem, czyli okopem zapalnym*, powstającym ze złogów wysiękowych wokolicy ropnia, gdy tymczasem przypadku tego nie dostaje u ropni *napływowych* (Senkungsabscess). Rozpoznanie ropnia w tkance podsurowiczej i rozróżnienie jego od zapalenia ograniczonego samej otrzewnej, przedstawia wiele trudności, które znikają dopiero przy wydobyciu się ropy na powierzchnię ściany brzusznej, lub wylaniu się jej do jamy brzusznej, które to ostateczne zakończenie, z powodu zgrubienia otrzewnej ścianowej i przyklejenia jej do otrzewnej trzewiowej, rzadko tylko miejsce mieć może.

Zródłem ropni napływowych ściany brzusznej, są pospolicie zmiany chorobowe w *żebrach*; a mianowicie pruchnienie żeber, dlatego lekarz przy rozpoznawaniu ropni w tem miejscu, zawsze baczną uwagę na stan żeber zwracać powinien, tem bardziej, ile że choroba tychże, często bardzo żadnych nie objawia znaków i dopiero przy troskliwem badaniu, napotyka najczęściej jeden mały ograniczony punkt, z kąd wychodzi sprawa pruchnienia kości. Tyle tylko mamy pewnego, że ropień napływowy powstaje zawsze po tej *stronie ściany brzucha*, w której znajduje się pruchnienie żeber, a to z przyczyny, że spływająca ropa ku stronie przeciwnej, napotyka na nieprzewyciężony opór, błoną rozciągnę w środkowej linii żywota zastawiony.

Ropnie, zarówno jak innego rodzaju guzy, położone w warstwie pozamięśniowej, sprowadzają z czasem drogą ucisku zanik włókien mięsnych, a w miarę wzmaganie się tego miejscowego ubytku włókien, maleje także i wpływ napięcia mięśnia na umieszczony pod nim guz. W takich wypadkach, pozostaje niekiedy z całego mięśnia zaledwie kilka pęczków włóknistych, które przy naprężeniu się, wyłaczają w podległych miękkich guzach, mniej więcéj wyraźne bruzdy.

Dla objaśnienia niniejszego wykładu, opiszemy tu kilka ważniejszych wypadków klinicznych:

1. *Ograniczony ropień w prawym, prostym mięśniu brzuszny.*

C. J. 20 letni czeladnik stolarski, silnej budowy, dostrzegł przed dwoma miesiącami, na ścianie brzusznej, po stronie prawej powyżej pępka, bolesny guz wielkości orzecha, który w przeciągu 4 tygodni, wzrósł do dzisiejszej wielkości, i odtąd niezmienny pozostaje; wszelkie poruszenie, nawet głębsze wdechanie sprawia dokuczliwe bóle, które wzmagają się najbardziej przy ucisku poniżej łuku żebrowego, na zewnętrznej stronie guza.

Przedsięwzięte na dniu 28 marca 1859 badanie, wykazało obrzękłość poniżej prawego brzegu żebrowego, której rozmiary rozciągały się na wewnątrz do linii środkowej żywota, na zewnątrz do brzegu mięśnia prostego, ku dołowi do pępka, a w górze do brzegu żebrowego; obrzękłość ta, bez wyraźnych ostrych brzegów, pokryta skórą prawidłowej barwy i posuwalną, widocznie chęłbocząca i bardzo próżna, daje w środku odgłos tępy, a na brzegach i w miejscu pomiędzy nią a brzegiem żebrowym, bębnowy stłumiony; wznosi się nieco przy głębokim wdychaniu a zmniejsza się przy napięciu mięśni.

Bacząc na to, że guz ten posuwał się jednocześnie z porażeniem skóry, i że żadnej styczności pomiędzy niem a wątrobą wysledzić nie było można, przypuścić trzeba było, że guz ten wychodzi z warstw ściany brzucha; ze względu na bolesność jego wnieśliśmy, że istotą tej obrzękłości jest sprawa wysiękowa przeszła w ropienie, co wskazywało chęłbotanie, a niezupełne znikanie guza przy wyprężeniu mięśni, kazało nam się domyślać, że siedliskiem jego był sam mięsień prosty. Z powodu, że choroba nieprzedstawiała żadnych naglających do otworzenia ropnia przypadków, poprzestaliśmy w ciągu 6cio tygodniowej obserwacji chorego, na zastosowaniu ciepłych okładów i maści makowcowej, przyczem też, oprócz ulżenia bólów, żadna u chorego niezaszła zmiana. Gdy atoli później, pojawiły się dreszcze i poty nocne, a chory znacznie osłabiony, zaczął widocznie na ciele

ubywać, przekonawszy się o potrzebie rychłej operacji, odesłaliśmy chorego na oddział chirurgiczny prof. Schuh, gdzie rozpoznanie nasze najzupełniej stwierdzone zostało.

Wypadek ten przedstawia bardzo ciekawą okoliczność pod względem etiologicznym, gdy bowiem ani zewnętrzne uszkodzenie, ani pruchnienie żeber, choroby tej nie spowodowało, jak świadczy wywód (anamnesis) i brak cierpienia kości, — przypuścić trzeba, że początkiem ropnić było *peknienie pęczków włóknistych* mięśnia prostego, spowodowane wysiłającą pracą w warsztacie, co przy dalszém zatrudnieniu chorego, pociągnęło za sobą zapalenie ograniczone mięśnia, które następnie zakończyło się ropieniem.

Innóm znowu źródłem wystąpienia ropni w ścianie brzusznej, są *sprawy zapalne* w trzewiach jamy żywota i w nowotworach tam położonych. Ropnie te, powstają drogą pośrednią tym sposobem, że sprawa wysiękowa w jamie żywota powstała, posuwa się za pośrednictwem otrzewnej, również zapaleniu uległej do ścian brzusznych, przezco organ wysiękiem zajęty, zczepia się ze ścianą powierzchowną, a po pewnym przeciągu czasu, nadżerając powłokę ogólną, wylewa swą ropę na zewnątrz. Do stwierdzenia ropnia tego rodzaju, należy (a co niekiedy dosyć jest trudném) wykazać *nieposuwalność ścian brzusznych* w miejscu guza, głębokie siedlisko tego, i *połączenie jego z organem* jamy żywota, przy wysłedzeniu którychto znaków, posługujemy się obmacaniem i perkussją, która podać ma odgłos tępy poza miejscem ogniska zapalnego, w czém dopomaga nam niemało zboczenie czynności naruszonego trzewu, jeżeli to wykryć zdołamy. Do rzędu ropni następowych, należy również *ograniczone zapalenie otrzewnej* z ropieniem, bądźto w zakrętach kiszek, bądźteż w zdwojeniu otrzewnej, jak niemniej zapalenie tkanki *podotrzewnej* w wypadkach: Perityfilitis, Perinephritis.—Takie samo zakończenie, pod formą ropnia ścian brzusznych, napotykamy niekiedy u chorych z zapaleniem pęcherza żółciowego, wątroby i śledziony, także w niektórych przypadkach pęcherzowca (*Ecchinococcus*) śledziony, lub nerki (jako raz widzieć nam się zdarzyło), jeżeli powłoczka ich ulegnie rozległej sprawie za-

palnej. Na tej drodze, wytwarzać się mogą cewkowrzody. (Fistel-abscess) żółdkowe, żółciowe i łajnistę, które najczęściej śmiercią chorego, a rzadko tylko wyzdrowieniem, przez zabliznienie lub operację chirurgiczną, kończyć się zwykły.

Przytaczamy tu zajmujący przykład *ropnia ściany brzusznej z wylaniem ropy na zewnątrz i cewkowrzodem* (nierzycą) *żółciowém*.

„K. B. 24 lat licząca służąca, zapadła w zeszłym roku na chorobę gorączkową 3 tygodnie trwającą, po ustąpieniu której, dostrzegła chora na stronie prawej żywota obrzmiałość, przy chodzeniu i ucisku bolesną. Obrzmiałość ta znikła w prawdzie pod okładami ciepłemi, wszakże po dwóch miesiącach pojawiła się w Grudniu z. r. powtórnie. W końcu Grudnia, wyrobiły się 2 guzy, t. j. jeden w okolicy pępkowej, a drugi w podżebrzu prawem, po nacięciu których, wylała się ropa z kamieniami żółciowemi. (Dodać tu wypada, że chora nigdy nie cierpiała na żółtaczkę, i że w odchodach stolcowych, nigdy nie dostrzeżono kamyków żółciowych).

Badanie kliniczne d. 10 Lutego, 857 wykazało: na 4 cale poniżej brzegu żebrowego prawego, rana z obwisłemi brzegami, ropiejąca i przedłużająca się ku wewnątrz i ku górze lejkwato, otoczona twardą obrzękłością, do brzegu żebrowego i na cal od pępka sięgającą, w okolicy której twardości, ściana brzucha zmarszczyć się niedozwalała.

W miejscu pępka, widzimy drugi otwór ropiejący z podobnemże otoczeniem twardem, prawdopodobnie z poprzednią obrzękłością stykającym się, o czem świadczy udzielanie się ucisku na pierwszą obrzękłość wywartego. Wypadanie kamyków żółciowych z ropą, usuwało wszelką wątpliwość pod względem rozpoznania na ropień z pęcherza żółciowego pochodzący, tembardziej, ile że jama ropnia, odpowiadała okolicy pęcherza. Opisane powyżej obrzękłości, były jawnym wyrazem złogów wysiękowych w otrzewnej, przy pomocy których, nastąpiło zczepienie pęcherza ze ścianą brzuszną i nacieczenie tejże wysiękiem, czego dowód mamy w *nieposuwalności* i utracie własności *marszczenia* się ściany brzusznej. W ciągu choroby, wydobyło się 22

rozmaitej wielkości o gładkich bokach, kamyków żółciowych, błyszcząco białych, zasuszonych, których rozbiór, wykazał powierzchnię cholestearynową, z jądrem czystą żółć i barwik zawierającym. Leczenie ograniczało się na oczyszczaniu rany i posilnych pokarmach, przyczem otwór pępkowy w końcu marca zasklepił się zupełnie, a chora wypuszczoną została z fistułą skąpo ropiejącą i całkowitego zagajenia blizką“.

Zródłem opisanego ropnia, były kamyki żółciowe, które, rozszerzywszy pęcherz, spowodowały zapalenie jego i przyczepienie do otrzewnej ścianowej, w następstwie czego, wystąpiły otwory ropę wydalające wraz z wydalaniem kamyków. Uwagi godnym jest także *brak żółtaczki*, co dowodzi, że kamyki mieściły się tu stale na spodzie pęcherza i nigdy niespowodowały zatkania przewodu wspólnego żółciowego (ductus choledochus). Brak żółci w cewkorrhodzie, tłumaczy się zniszczeniem pęcherza żółciowego, bez naruszenia przewodu wątrobowego, którym żółć bez przeszkody odpływać mogła. Podobny temu, obserwowaliśmy drugi wypadek, u chorego z obrzękłością w prawym prostym mięśniu brzuszny, która niewątpliwie łączyła się z wątrobą, albowiem odgłos tępy tejże przechodził, bezpośrednio w nadmienioną obrzękłość. Na zwłokach, znaleźliśmy przyczepienie pęcherza żółciowego i przedziurawienie komunikujące z jamą ropnia, która zawierała kilka kamyków żółciowych.

Nie rzadkie są także *nowotwory* ściany brzusznej, wychodzące najczęściej z tkanki podskórnej, albo z głębszych warstw ściany, których leczenie wszakże, wymaga po większej części, operacji chirurgicznej.

Najczęstszem cierpieniem tego rodzaju, bywają *tluszczaki*, nie zawsze ściśle ograniczone, przy obmacaniu zrazowate i ciastowatej zbitości, występujące niekiedy pod formą tak zwaną *przepukliny tłuszczowej*, skutkiem pęknięcia opaski powierzchownej i wciśnięcia się tłuszczu do tkanki podskórnej, wytworzone. Rzadziej pojawiają się tu nowotwory *gębczaste*.

Nowotwory *mięśniakowe*, postrzegamy w tem miejscu dwojakie, t. j. albo złożone z samej tkanki łącznej, alboliteż ut-

kania twardego ściąglistego; bywają zawsze wyraźnie odgraniczone i gładkie, albo guzkowate i mało podajne.

Zrzędu nowotworów *złośliwych*, napotyamy tu niekiedy *raka rdzeniowego*, czasem pod postacią tworu barwikowego (melanosis), wychodzącego z tkanki podskórnej i podotrzewnej, albo także z gruczołów pachwinowych. Nowotwory te, nie przedstawiają koniecznie formy guza neoplastycznego, ale przeciwnie występują niekiedy jako *nacieczenie* w tkance podsurowicznej, zwłaszcza jeżeli rak, pojawia się tu nie pierwotnie ale *następowo*.

Niektórzy, wspominają także o pęcherzowcu ściany brzusznej (Ehinococcus), czego my jednakże potwierdzić nie możemy z powodu, że nigdy nie zdarzyło się nam widzieć w tem miejscu, rzeczonego nowotworu.

Dr. Ł.



Ciekawy przykład zatoru mózgowego (Embolia cerebri).

(Z *Kliniki Prof. Oppolzera.*)

Dwie są przyczyny, które nas skłaniają do podania czytelnikom naszym, w przekładzie wypadku poniższego, a temi są: ciekawa i prawdziwie nauczająca rzadkość wystąpienia w tej formie, wśród takich objawów, choroby mózgu z jednej, a nieporównana bystrość, pewność i łatwość z drugiej strony, z jaką Professor ten, przystępuje do rozpoznania badanej choroby. Nadto jeszcze, widzimy w przykładzie tym, świeży, wielki tryumf *przedmiotowego badania*, które jedynie zapewnić może nauce naszej, wzrost i świetną przyszłość, do jakiej dążymy.

„H. J. 22 letni czeladnik krawiecki, poprzednio zawsze zdrow, i oprócz tyfusu, żadnej choroby nieznający, siedząc przy robocie dnia 3 Października 1861, uczuł nagle ból w krzyżach, w plecach i w odnodze dolnej, lewej, doczego jak twierdzi stanowczo, najmniejszej niezna przyczyny. Po 15 minutowém trwaniu, ustąpił wprawdzie ból, wszakże chory, dla osłabienia odnogi dolnej lewej, którą poruszać, ani z miejsca podnieść się niebył w stanie, odniesiony został do łóżka; władze umysłu, czucia i zmysłów nienaruszone.

Dnia 29 t. m., do którego to czasu, żadna nienastąpiła zmiana, przyniesiony na klinikę, następujący przedstawia obraz choroby:

Ciało średniej budowy, dobrze żywione, mięśnie silne; skóra, ciepłota, wyraz twarzy (wesoły), źrenice, mięśnie twarzowe, ruchy języka, żadnego niepokazują zбочenia; przysłuch w płucach, zupełnie prawidłowy; rozmiary serca, tak samo; *w pierwszym tonie serca, szmer wyraźny, krótki, pierwszy ton tętnicy głównej, jako i obydwa głosy tętnicy płucnej, zupełnie czyste; szmer powyższy, czuć się daje także w tętnicy szyjnej.* Trzewia brzuszne prawidłowe. *Władza ruchu w odnodze górnej, dolnej, po stronie lewej, niemal całkiem zniesiona,* chory może wprawdzie podnieść nieco udo, wszakże w *stanie kolanowym, skokowym i w palcach, zupełna bezwładność;* bodźce, wywarte na skórę odnóg porażonych, i strumień elektryczny, sprowadza ruchy prawidłowe i bardzo żywe, czucie tychże, całkiem prawidłowe. Chory niedoznaje żadnych dolegliwości, tętno uderza 80 razy w minucie i *wyraźnie czuć się daje w obydwoch bezwładnych kończynach.*

Zbiór przytoczonych tu przypadków i wywód choroby, podają rzadki obraz kliniczny *zatoru mózgowego,* jakto przekonać się możemy *przy wykluczeniu wszystkich zmian* chorobowych, które podobny stan *bezwładu* powodować są w stanie.

Bezwład połowiczny (hemiplegia) może być następstwem cierpienia *nerwów obwodowych* (Paralysis peripherica), *rdzenia pacierzowego i mózgu,* gdyż o innych chorobach, które sprowadzić mogą nieruchomość kończyn, jako: cierpienia mięśni, kości, stawów i t. p., w naszym wypadku, dle braku wszelkich przypadków tego rodzaju, nawet mowy być niemoże; samo zresztą nagłe powstanie bezwładu, sprzeciwia się zdaniu o zniesieniu *czynności nerwów obwodowych.*

Ponieważ bowiem zniesienie czynności nerwów i przeprowadzenia wrażeń, występuje najczęściej przy ucisku nerwów przez guzy, wysięki, obrzmienia kręgow, tętniaki i t. p. jasną jest, że utrata władzy ruchu, nie może, jak tylko wyrabiać się powoli, stopniowo, w miarę wzmaganania się samej przyczyny uciskającej, którato przyczyna nawet z łatwością wykazać się daje. Z drugiej strony, już sam rodzaj bezwładu, świadczy przeciw zasadzie porażenia obwodowego, które musi pojawiać się w przebiegu *jednej lub pewnych tylko gałęzi* nerwowych, gdy prze-

ciwnie bezwład połowiczny, jest koniecznym następstwem cierpienia *mózgowego*.

Z równym prawem, wykluczamy w naszym wypadku przyczynę *gościcową* (reumatyczną), która nawet bardzo silna, nigdy nie wywołuje bezwładu formy połowiczój,—niemniej zakażenia ołowne, odznaczające się właściwym sobie przebiegiem i posuwaniem się bezwładu od palców do rąk, ramienia i t. d.

Zatkanie tętnicy miejscowej, przez zatory, może wprawdzie wywołać nagle bezwład pewnej kończyny, wszakże przypuszczenie to, nie może w naszym wypadku mieć miejsca, z powodu, że w *obydwóch porażonych* kończynach czujemy wyraźnie *tętnienie*, któreby przy zatorowaniu zniknąć musiało.

Wypada nam jeszcze, zastanowić się nad chorobami rdzenia pacierzowego, które, jak wiemy, pociągają za sobą utratę władzy ruchu. Głównym jednakże znakiem bezwładu, pochodzącego z cierpienia rdzenia, jest jednoczesna utrata ruchu w *obydwóch kończynach dolnych*, do czego przyłącza się pospolicie, porażenie pęcherza moczowego i kiszki stolcowej *Paraplegia*, a zatem w zasadzie już, sprzeciwiający się obrazowi naszego wypadku. Trudno bowiem pojąć, możliwość *zniszczenia jednej połowy rdzenia pacierzowego w ograniczonym miejscu*, bez naruszenia zarazem drugiej jego połowy. U naszego chorego, gdzie bezwład wystąpił nagle, przypuściłoby tylko można *zalew krwisty rdzeniowy*, wystąpiony albo pomiędzy błonami rdzeniowymi, albo w samej treści rdzenia. Wszakże w takim razie, bezwład poprzedzonym bywa za zwyczaj: objawami podrażnienia rdzeniowego, polegającymi, na bólu w ograniczonym miejscu rdzenia, przy ucisku słupa kręgowego wzmagającym się, na kurczach, ściągach i t. p. jako następstwach, towarzyszących zalewowi przekrwienia okolicznego. Ruchy odwrotowe, napotykanne u naszego chorego, niezgadają się także z przypuszczeniem zalewu rdzeniowego.

Co gdy tak jest, zmuszeni jesteśmy przyjąć, że źródłem bezwładu połowicznego w naszym wypadku, nie może być co innego, jak *cierpienie samego mózgu* i to w miejscu takim, z którego wychodzi wpływ, na ruchy obwodowe strony, *siedlisku cierpienia przeciwnój*.

Nagle powstanie bezwładu, domyślać się każe, że cierpienie to, zależeć musi na *zalewie albo zatorowaniu*.

Zważywszy jednak, że chory znajduje się w wieku młodzieńczym, w którym zalew krwisty do najrzadszych zalicza się wypadków, że brak wszelkiej zmiany w ścianach tętnicznych, odejmuje potrzebną do zalewu kruchość naczyń, a tem samém skłonność do przedarcia tychże, możemy śmiało wykluczyć w tym wypadku, obecność zalewu mózgowego.

Pozostaje zatem tylko sprawa *zatorowania*, którą z przypadłości klinicznych wywnioskować, z łatwością możemy. Szmer w lewej komórce serca i w tętnicy głównej, w obydwóch miejscach wyraźnie przy pierwszym tonie słyszany, dowodzi, że w braku innych przypadków niedomykalności zastawek dwukończystych (Insuff: valv. bicuspid), któreby koniecznie wystąpić musiały, przyczyną owego szmeru musi być *chropowatość w jamie lewego serca, najprawdopodobniej na ujściu tętniczym*.

W takim stanie rzeczy, przypuścić wolno i potrzeba, że przepływający tędy strumień krwi, pochwycawszy za sobą krużynę onęj chropowatości, doprowadził ją do drobnej gałęzi tętniczej w mózgu, gdzie zatrzymawszy się, spowodował zatorowanie (Embolia). *Zatamowany* tym sposobem, *przystęp krwi* do części poniżej zatoru leżącej, *powstrzymać musiał jednocześnie nagle, całą sprawę odżywiania* tej części, w następstwie czego wystąpił również *nagle bezwład kończyn*, po stronie przeciwnéj tułowia.

Sprawa zatorowania, przypuszcza *dwa rodzaje zakończenia* choroby. Jeżeli część pozbawiona odżywiania, w dalszym postępie czasu, odzyska za pomocą utworzonego później krążenia pobocznego, dostateczną do życia ilość krwi,—znikać powoli muszą przypadłości zatorom wywołane, ustępuje bezwład i chory powraca do zdrowia.

Przeciwnie rzecz się ma w innych przypadkach, gdzie powstrzymane przez dłuższy czas odżywianie, sprowadza obumarciu tkanek zatorom objętych, to jest, miejscową *zgorzel, Necrosis*, czyli tak zwane w mózgu „*zmięknienie żółte*,” albo znowu, gdzie w skutek napływu krwi do miejsca zatorowanego, powstaje *nawał*, z następnem zapaleniem ograniczo-

nem, w którychto obydwu razach, choroba niepomysłne przybiera zakończenie.

Przebieg sprawy zatorowej u naszego chorego, był nader pomyslny. Przy stósownem bowiem zachowaniu się i bardzo prostem leczeniu, które zakładało się na użyciu elektryczności, dla ćwiczenia bezwładnych mięśni, i całkiem obojętnego lekarstwa (mixt. gummosa), powracała stopniowo władza ruchu w porażonych członkach, a po 4 tygodniowém pobycie w szpitalu, chory wyszedł zupełnie ozdrowiony.“

Jakkolwiek rozpoznanie powyższe, oględzinami pośmiertnem stwierdzonem niezostało, którego to poświadczenia, dzisiejsi Patologowie koniecznie i zawsze domagają się, mimoto przecież, droga wyvodu logicznego i trafność sądu, zgodne zupełnie z zasadami Patologii, nadaje rozpoznaniu temu pewność, na jaką przynajmniej obecna dyagnostyka w ogólności, zdobyć się może.

Dr. L.



Czynności Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego,

*Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego,
z dnia 4 lutego 1862 roku.*

Protokół poprzedzającego posiedzenia, odczytano i przyjęto.

Następnie, po załatwieniu bieżącego interesu administracyjnego, P. *Sciborowski*, przedstawił Towarzystwu włościanina, lat 27 liczącego, krzepkiego, który na lewej połowie twarzy, ma guz wielkości główki nowonarodzonego dziecięcia. Guz ten, wystaje z oczodołu lewego, którego ściany kostne nieco rozsadził. Postać guza, jest prawie zupełnie kulista, z małemi guzowatościami, powleczone skórą prawidłową (powiek), lubo mocno rozciągniętą, tak, że gruczołki skórne, gołem okiem jeden osobno od drugiego dają się widzieć, naczynia (żyłne) rozciągnięte przebijają barwą błękitną, zwłaszcza od strony zewnętrznej, gdzie najgrubsza żyła dochodzi do grubości pióra kruczego. Z przodu nieco ku dołowi, w środku kuli jest przestrzeń około 7 cm. długa, 4 szeroka, postaci podłużnego skórniego czworoboku, nie powleczone skórą, lecz zgrubiałą błoną śluzową spojówki, a w pośrodku miejsce okrągłe, do 2 Cm. średnicy mające, barwy ciemno-niebieskiej, pokryte suchą błonką, będącą rogówką kuli

ocznój. Miejsce powleczone błoną śluzową, w kilku miejscach od dołu i zewnątrz ogołoczone z przybłonka, lekko krwawi. Obwód podstawy guza, wynosi 2 Cm., linija poprowadzona od jednego brzegu oczodołu do drugiego 19 — 20 Cm., linija od korzenia nosa do ciemnej plamy (rogówki), 7 Cm.— Na dotknięcie guz jest twardy lecz podatny, zwłaszcza od zewnątrz i góry (jak się zdaje) powiększony, wysadzony gruczoł łzowy. Chory sam, doskonale może poruszać nietylko skórę pokrywającą kulę, ale nawet ruchy, całą kulą do góry, na dół i na boki, jest w stanie wykonywać, co przekonywa że nie tylko *mm. orbicularis palpebrarum i levator palpebrae*, ale i mięśnie kuli ocznej, są czynnymi i osadzone są u podstawy guza; podczas płaczu ze środka guza (błona śluzowa) łyzy wyciekają. Bólu nie czuje, lecz przy pracy, w położeniu schylonem czuje pewne prężenie i lekkie strzykanie, które niekiedy w słotę, mocno się daje uczuć. Kość rozsadzona, występuje od zewnątrz i wewnątrz pod skórą na kilka linij. W skutek wystawiania guza, cała twarz wygląda nieco skrzywiona, nos usunięty na prawo, ust położenie także zmienione tak, że kąt prawy, leży wyżej od lewego. Brew lewa, mocno rozciągnięta i przedłużona. Ogólny stan zdrowia dobry. W dzieciennym wieku, widział dobrze na oba oczy; w 3cim roku życia, jak mu powiadano, został uderzony kijem w oko, przyczem zemdleł. Od tego czasu stracił wzrok, powoli oko występowało z oczodołu i guz się powiększał, a powiększając się stopniowo, doszedł w przeciągu lat 24 do téj wielkości, jaką obecnie przedstawia. Środków lekarskich, nie używał żadnych.

W końcu posiedzenia kol. *Janikowski* (syn), odczytał rozprawę o *szlachtuzach publicznych*, zwracając w szczególności uwagę, na warunki *higieniczne* szlachtuza Warszawskiego na Solcu.

KRONIKA.

Heidelberg. Dnia 8 Lutego b. r. Professor *Chelius* obchodził 50letni jubileusz doktoratu. Bardzo wiele osób zjechało się na tę uroczystość. Wszechnice Freiburgski, Giessiński, Wiedeński, Berliński Baden-Baden, etc., lekarze z Karlsruhe, z Manheim, z Frankfurtu, przysłali deputacje z powinszowaniem. W wiliu samej rocznicy, młodzież akademicka urządziła wieczorem pochód z pochodniami. Panujący książę badeński mianował go *kawalerem najwyższego orderu (Lähriniger-Löwen-Orden)* Uczniowie wydziału lekarskiego, ofiarowali jubilatowi wieniec srebrny. O 2ej po południu, dano w sali muzeum tamtejszego obiad na 300 osób. W czasie obiadu, odebrał jubilat depezę od *Cesarza Napoleona III*, z powinszowaniem i nominacją na *Kommandora legii honorowej*. *Chelius* był uczniem wszechnicy Heidelbergskiej i Wiedeńskiej. W 18 roku życia już doktoryzował. Później był lekarzem wojskowym przez lat 5., wróciwszy do Heidelbergu został privatdocentem katedry chirurgicznej, a w rok później professorom, i przez 45 at niezmordowanie i sumiennie pracował dla uczniów i dobra ludzkości. W r. 1840 wydał swoją *chirurgią*, która tłumaczona była na 11 języków i doczekała się 8 wydań. Następnie drukował *ophthalmologią*, i wiele innych drobniejszych pism.

Traumaticin. W tych dniach, mieliśmy sposobność widzieć u Doktora *Karwowskiego*, *assystenta przy tutejszej klinice chirurgicznej*, wynaleziony i wyrobiony przez niego, nowy środek do użytku chirurgicznego, w miejsce zwyczajnego *Kolodium* służyć mający, nazwany przez wynalazcę: *Traumaticina*. Działanie *Traumaticiny* jest zupełnie takie same, jakie widzimy przy *kolodium* a różni się od tego tylko wyższym stopniem znanych własności ostatniego. Płewka po nasmarowaniu *Traumaticiną* powstaje szybko, jest zbita, silna i daje się potem w postaci błonki ściągnąć, jakto np. widzieliśmy na szkłe tą cieczą powleczoneń.— *Traumaticinę* złożył Dr. *Karwowski* z *gutta perchy* i eteru.

Prof. *Dumreicher* w Wiedniu, popadł w ciężką chorobę zapalenia osierdzia (Pericarditis); Prof. *Sigmund* jeszcze nieopuszcza łóżka po przebytem zapaleniu płuc; a Prof. *Rokitansky*, uległ przewlekłej chorobie, która dawno już niedozwala mu spełniać obowiązki Profesora.

† W tych dniach zakończył życie *Stanisław Łuszczkiewicz*, doktor medycyny i chirurgii, lekarz szpitala i wolno praktykujący w *Krośniewicach*, w 32 roku życia. Zawcześnie zmarły, pełen zdolności, prawych cnót obywatelskich, posiadający powszechny szacunek i przyjaźń kolegów, kształcony w szkole krakowskiej, był synem Dyrektora szkoły technicznej w Krakowie, i bratem młodego ale zdolnego Profesora malarstwa w tej szkole. Przyczyną śmierci miała być nadzwyczaj złośliwa, bo w 6 dni choroby zakończona durzycą, której zaród wyniósł ze szpitala, w którym 10 chorych tego rodzaju, w ostatnich dniach zawodu swojego, leczył.

TRYSZCZYCA CZERWONA, OGÓLNA (ECZEMA RUBRUM, GENERALE)

leczona w klinice lekarskiej **Professora Dra Chałubińskiego,**
opisana przez Kand. Med. Husarskiego.

D. N. doktor medycyny, lat 61 mający, wzrostu średniego, muskulatury średnio rozwiniętej; — odżywianie ciała dobre.

Dziesięć lat życia swego strawił w wojsku, w Artyleryi konnej; — w 30 r. życia wstąpił na wydział lekarski.

Wywód choroby (Anamnesis).

Przed laty 10ciu, dotknięty został przepukliną pachwinową (*Haernia inguinalis*), zdrowie zaś jego, przez cały ciąg życia było, jak się sam wyrażał, żelazne, i oprócz dysenteryi, którą w 12 roku swego życia przebywał, i kiedyś jeszcze zimnicy, która trwała bardzo krótko, żadnych innych chorób nie doznawał.

Przed dwoma miesiącami, powróciwszy z długiej przechadzki do domu, spostrzegł na czole lekkie zaczerwienienie skóry. Czerwoność owa powiększyła się na drugi dzień, skóra w miejscu tém poczęła sączyć płyn lepki, przy uczuciu mocnego swę-

dzenia, poczem naskórek, łuszcząc się odpadał w postaci drobnych blaszek. Jednocześnie postrzegł, że tenże sam proces odbywał się zaczął na twarzy, piersiach, potem na plecach, ramionach, rękach, które szczególnie mocno były obrzękłe i zaczerwienione, następnie na brzuchu i kończynach dolnych.

Wyrzut ten, nie był poprzedzony żadnem odczynem gorączkowym; poprzedni stan zdrowia zupełnie w niczem nie został nadwerężony, towarzyszyło mu tylko ślimaczenie się i swędzenie, które szczególnie w nocy było silne, ztądteż sen miewał często przerywany; — po wyschnięciu zaś i odpadnięciu naskórka, następujące ściąganie skóry, sprawiało uczucie, szczególnie w okolicach paznogi, niezmiernie nieprzyjemne; — traktowano chorobę tę, kąpielami z początku w wodzie czystej, potem z dodatkiem otrąb; — od pewnego czasu, zalecono używanie wewnątrz *ferrum iodatum saccharatum*.

Tyle co do anamnesy chorego, który, nie widząc poprawy, do kliniki naszej 20 Listopada przyjechał.

S t a n o b e c n y .

Spostrzegliśmy, że cała powierzchnia ciała, od stóp do głowy literalnie pokryta była łuskami; — łuski te, były bardzo rozmaitej formy: okrągłe; podłużne, nie regularne, różnej wielkości, począwszy od wiel-

kości trzygroszówki do bardzo drobnych okruszyn, i niejednostajnej wszędzie grubości, tak, na czole były najgrubsze i w nich widzieć można było budowę warstwowatą, wyraźnie z pojedynczych cienkich blaszeczek powstałą, zaś w innych miejscach ciała były one bardzo cienkie, przezroczyste;—łuski owe, albo całą swoją powierzchnią przystawały do skóry, albo też tylko w środkowej swjej części były przyrośnięte, a brzegi ich odstawały nieco, stąd przy drapaniu; przy ruchach chorego, wolne brzegi tych łusek, łatwo kruszyły się i odpadały w drobniejszych okrucach.—Kolor ich był zwykły, wyschłego i odpadającego naskórka;—na goleniach tylko i w innych miejscach, były one połyskujące i zdawały się ciemniejsze, więcej do strupów cienkich podobne.

Powiedzieliśmy wyżej, że całe ciało łuskami tego rodzaju pokryte było, przy baczniejszej jednak obserwacji postrzegliśmy, że na wewnętrznej powierzchni obu kości udowych, płaszczyzny wielkości całej ręki, z brzegami nie ściśle ograniczonymi lecz rozlanymi, były *obnażone z naskórka* i widzieliśmy, że to są miejsca dość żywo *zaczerwienione, wyższej temperatury*, mocno swędzące, połyskliwe, przy dotknięciu lepkie, *wilgotne*, a wilgoć ta pochodziła od płynu, sączącego się w niezbyt wielkiej ilości.—Opowiadał nam jednak chory, że bywają chwile, w których to *sączenie jest bardzo obfite* i stwierdzał to swoją bielizną, która istotnie oznaczoną była obszernymi plamami, na podobieństwo plam nasiennych,

była ona w miejscach tych sztywna, jakby mocno krochmalona, przyłożony papierek różowy na owe wilgotne miejsca ud, od owego płynu niebieszczył się.

Przypatrując się pilnie, można było dostrzedz, że tło czerwone tych miejsc, nie było gładkie, lecz jakby kropkowane, jakby usiane niezliczonymi punkcikami mocniejszego zabarwienia, a badając pod światło, gołym okiem można było przekonać się, że to są *pęcherzyki ściśle nagromadzone*, nieco spłaszczone, co wszystko, przy pomocy lupy było widoczniejszym; również widzieć można było miejscami, to otworki z pęknięcia pęcherzyków powstałe i płyn sączące, to pęcherzyki całe, płynem wypełnione, albo też tylko wąską szparkę, jakby pęknięcie na bardzo małej przestrzeni, także ślimaczące.

Odrywając znów łuski większe na czole i piersiach, można było spostrzedz także tło czerwone sączące płyn, lecz pęcherzyków całych tak jak na udach, pod nimi nie było.

Łuski pod mikroskopem, prócz komórek naskórka nieregularnych, pościskanych, nic nie przedstawiały.

Głowa pokryta była łuskami téj saméj natury, były one tu tylko grubsze i mniejsze;—wedle opowiadania chorego, sączenie tu bywało bardzo wielkie, a dużo włosów wypadło od czasu choroby. Twarz, uszy, powieki, i całe zresztą ciało, zajęte było tą chorobą.—Skóra zaś rąk, była ciemno czerwona, gruba, sucha, popękana, jakby naprężona i sprawiała uczucie mocnego ściągania.

Gruczoły limfatyczne w pachwinach, kolanach, pachach, szyjne, szczękowe, karkowe, były trwarde i mocno obrzmiałe.

Badanie innych organów, nie wykryło żadnej nieprawidłowości;—płuca zdrowe, puls 70, temperatura ciała 35^o,6; serce w granicach normalnych, tony czyste, cały przewód pokarmowy w bardzo dobrym stanie.—Sen tylko, od czasu wystąpienia wyrzutu, przerywany swędzeniem.

Moczu 420 ccm: przez noc c. g. 1024, oddziaływa kwaśno, chlorki, siarczany normalne, białka niema, ilość fosforanów nieco pomnożona.

R o z p o z n a n i e.

Choroby skórne w ogólności, *dwojakim sposobem* rozpoznawane bywają, t. j. albo przez *badanie form anatomiczno-patologicznych pierwotnych*, albo też przez *produkta chorobne następowe*.—Pierwsza metoda pewniejsza, dość rzadko jednakże bywa dostępna, formy bowiem skórne anatomiczno-patologiczne, po największej części bardzo krótko trwają, i ta efemeryczność ich, bywa powodem, że musimy przy ocenianiu chorób wysypkowych, najczęściej kierować się tylko produktami chorobnymi następowymi; — w obecnym wypadku jednakże, mogliśmy wspierać się obydwoma powyższymi sposobami.

Na wewnętrznych bowiem powierzchniach kości udowych, widzieliśmy chorobę rozwijającą się niemal pod naszymi oczyma i przekonaliśmy się, że formą pierwotną jej, był pęcherzyk, *Vesicula*.

Mając więc pęcherzyki nadzwyczaj drobne, ściśle nagromadzone, jakby usiane na tle mocno czerwonym skóry, dające jej pozór kropkowego, przy uczuciu mocnego swędzenia i sączenie się płynu surowiczego, lepkiego, następnie łuszczenie z początku drobne, potem strupy większych rozmiarów i grubości, przyrosłe, po zejściu których następuje deskwamacya, ale już sucha, jak to na innych punktach ciała widzieć można było,—mamy zatem wszystkie cechy właściwe grupie *liszajów* w ogólności, a tak zwanęj *Tryszczycy*, *Eczema* (darte squameuse humide, d'Alibert,—darte vive humide), w szczególności, którą tu bezpiecznie nazwać było można do siedliska *ogólną*, odnośnie do rodzaju *czerwoną*; odnośnie zaś do objawów, które zwykle dzielone są w tej chorobie na 3 okresy, to jednocześnie na różnych punktach ciała mieliśmy wszystkie 3 okresy istniejące, widzieliśmy bowiem i okres *rozwoju* i 2gi okres *sączenia*, to jest charakteryzujący się obecnością strupów, pod którymi ekskoryacje płyn sączyły, i okres 3ci *suchego łuszczenia*.

Przebieg i rokowanie.

Nakoniec co do *czasu trwania*, niemogąc przewidzieć jak choroba dalej przebiegać będzie, niemożliśmy stanowczo i kresu choroby oznaczyć; — tak jednakże obszerny, bo na całej powierzchni ciała wyrzut rozlany, nie dawał nam nadziei szybkiego zejścia; — *rokowanie* więc, postawiliśmy tylko *warunkowo dobre*, wiedząc, jak choroba ta, przy każdym przebiegu skłonna jest do powrotów, a nie mając żadnych danych, zapewniających, że takowe i tutaj miejsca mieć nie będą.

L e c z e n i e.

Nie mając żadnych pewnych objaśnień, odnoszących się do wybadania źródła etiologicznego *tryszczycy*, i niezapuszczając się w dociekania haematologiczne tejże, postanowiliśmy w Terapii, uważając chorobę tę, jako czysto miejscową, na skórze ulokalizowaną, przystąpić do środków właściwie *leczących* (*cura radicalis*), a przyjmując, że istota choroby leży w mniejszym lub większym *przekrwieniu* (hyperemii) skóry, uznaliśmy za pierwsze wskazanie nasze, *usunąć przekrwienie i zapobiedz nadal jego powrotowi*.

To mając na względzie, należało oddalić istniejące w wielu miejscach grube strupy, a stósowną dyjetą

i metodą rewulsyjną, zmniejszyć napływ krwi w skórze, a tem samem i natężenie sprawy chorobowej, aby potem stosownemi środkami, cały jój przebieg skrócić.

Czyniąc więc zadość powyższym wskazaniom, urządziliśmy przedewszystkiem stósowną łagodną dyjetę, przepisując: barszcz, kotlet z komputem, herbatę ze śmietanką;—dla odciągnięcia krwi z powierzchni, zalecono rewulsyę na kanał pokarmowy, użyciem:

Rp. Tarta: depura: unc. s:

Magnes. sulfur.

Magnes. ustae aa. dr. duas.

Mf. p. Ds. łyżeczkę od kawy co 3 godziny;—za napój wodę sodową.—Nadto, dla rozmiękczenia łusek i ułatwienia ich odejścia, kazano stopniami okładać ciało kompressami maczanemi „in decocto semin: lini”, a dla zmniejszenia owego przykrego uczucia ściągania w palcach, smarowanie rąk Gliceryną.

Niechając bezpotrzebnie rozwlekać opisu podawaniem codziennych zmian, jakieśmy w przebiegu téj choroby obserwowali, powiemy tylko, że zmiany te polegały na tem, że sączenie raz było silne, drugi raz małe, albo wcale go nie było, — że łuski odpadały i tworzyły się na nowo, że swędzenie w większym lub mniejszym bywało stopniu i t. d. a w ogólności, że przy najlepszym ciągle stanie zdrowia zkąd inąd, cały przebieg wyrzutu był dosyć łagodny. — Trzy miesiące chory leżał w klinice, w którymto czasie,

niewidzieliśmy już, aby podczas łuszczenia, wyrzut, w którémkolwiek miejscu ciała pojawił się na nowo, w swój pierwotnej formie. Mieliśmy do czynienia z okresem drugim, sekrecyjnym i 3cim suchój deskwamacyi, jednocześnie istniejącemi w różnych punktach ciała, a stosownie do ich natężenia i czasu trwania, różne też były nasze środki lekarskie.

Rozmiękczone odwarem siemienia lnianego łuski, łatwo odpadały, a jeżeli sączenie i przekrwienie po ich odpadnięciu były znaczne, używaliśmy silniejszej rewulsyi na kiszki, zamieniając powyższy czyszczący proszek, na *Infusum Sennae compositum*. Środek ten powtarzany, obok łagodnej dyjety, bardzo łagodził przebieg, tak, że już 15 dnia przebywania chorego w klinice, na kończynach dolnych czerwoność i sączenie były tak małe, żeśmy użyli środka lekko wysuszającego t. j. okładania miejsc tych *wodą gulardową*, a po kilku dniach tego użycia, widząc skórę białą, pod wieczór tylko cokolwiek ślimaczącą, zamieniliśmy go na:

Rp. Hydrargyri praecipitati albi dr. j.

Axungiae porci unc. j.

Mf. unguentum, którém już teraz ciągle posługiwaliśmy się; — zawsze tylko częściami wcierając to w głowę, to w ciało to w piersi, i mieliśmy widoczną poprawę, tak, że d. 13 Grudnia, nie obawialiśmy się podrażnić skórę kąpielą parową, która następnie 3 razy w tydzień powtarzana bywała. — Przedłużaliśmy użycie ich, tém chętniej, że chory po każdej kąpieeli czuł się bardzo dobrze; — skóra robiła się

miększą, traciła połysk, swędzenie znikło, a łuski stawały się coraz mniejszemi, cieńszemi i łatwiej odpadającemi; na końcu do kąpieli tych, pozwoliliśmy użyć małej ilości mydła szarego, także tylko stopniowo;—a niewidząc potrzeby osłabiania chorego, powiększyliśmy dyjetę i zalecili *tran*;— że zaś gruczoły limfatyczne mocno były obrzmiałe, robiliśmy w nie wcierania, ex ung. kali hydrojodici.

Tym sposobem postępując, sprowadziliśmy wyrzut do ostatniego okresu t. j. suchego łuszczenia, na całej powierzchni ciała.—Czerwoność, sączenie i swędzenie znikły, łuszczenie odbywało się w końcu w postaci bardzo drobnych, cienkich, suchych blaszek, nadzwyczaj do *pityriasis* podobnych.— Wreszcie i takowe ustąpiło z głowy i twarzy, pozostając jeszcze na tułowiu i kończynach, niedokuczając wcale choremu, który więcej był trapiiony, w końcu, licznemi w różnych miejscach ciała rozwijającemi się wrzedzionkami.— 20 Lutego wreszcie, mogliśmy bezpiecznie chorego wypisać, dalsze bowiem leczenie, zależące głównie na użyciu kąpieli parowych, łatwo w domu uskutecznione być może.

E p i k r i s i s.

Przedmiotem obserwacji była *tryszczycza*, która, jakkolwiek z pomiędzy chorób skórnych, jedną z częstszych przedstawia form, wszelako, podobną

do naszój, pod względem rozległości swój, do bardzo rzadkich zaliczoną być musi.

Rozpoznanie jój, z pierwszego rzutu oka łątwo mogło być mylne;—chory przybył do nas przykryty prawie cały łuskami, które bardzo łądziły podobieństwem do formy zwanój: *Psoriasis nummularis*, i tylko bliższe rozpatrzenie samych łusk, siedlisko choroby na całą skórę rozszerzone, a nadewszystko, *obecność pierwotnej formy pęcherzyka*, mogło uchronić od pomyłki.

W dalszych okresach choroby, odróżnienie jój od *Pityriasis*, zwłaszcza na głowie i twarzy, byłoby niepodobnem, chyba tylko bardzo dokładny wywód (anamnesis), mógł być rzecz wyjaśnić.

Przyczyna choroby w tym wypadku jest nam zupełnie nieznaną.

Co do *Terapii* wspomnieć nam wypada, że chory używał w domu kąpeli ciepłych, i zauważył, że takowe wcale mu nie służyły, i owszem po każdój czuł pogorszenie. — Doniesienie chorego zadziwiać nas nie powinno, zważywszy, że w pierwszym okresie przekrwienia, kąpiele zamiast je usuwać, musiały tylko jeszcze takowe podnosić, a tём samem i chorobę koniecznie pogorszać musiały, a w najlepszym razie przynajmniej poprawiać nie mogły, z którego to powodu, użycie kąpeli zarzuciliśmy w początku choroby zupełnie. — Znosiliśmy napływy krwi do skóry odciąganiem na przewód pokarmowy;—po usunięciu przekrwienia, użyliśmy środka wysuszającego przez nacierania *Unguenti praecipitati albi* i musimy

przyznać, że skuteczność jego była bardzo świetna,— a dopiero po ustąpieniu wielkiej czerwoności i ślimaczenia skóry, które tylko miejscami od czasu do czasu pojawiały się, nieobawialiśmy się użyć kąpie-
li i to parowych. — A jakkolwiek działanie kąpie-
li w ogóle jest jeszcze punktem spornym, przypuścić
można, że kiedy *kąpiel wodna wstrzymuje transpi-*
racyą (czego dowodem jest powiększona ilość moczu
po kąpie-
li), to *kąpiel parowa takową ułatwia* i po-
budza. — Tym więc skutkiem, a może i pewnego
rodzaju podrażnieniem, możemy sobie objaśnić tak
pomysłne w tym wypadku działanie kąpie-
li parowych.

O AKOMODACYI PRAWIDŁOWEJ, PRZESTRZENI AKOMODACYJNEJ I JÉJ WYMIERZENIU

NAPISAŁ

Dr. *Jodko Narckiewicz*

Lekarz ordynujący w oddziale chorób ocznych w Szpitalu Starozakonnym.

Widzenie otaczających nas przedmiotów zależy 1^o, od *dokładnego odrysowania się* tych przedmiotów na siatkówce, akcyi czysto fizycznej, i 2^o, od *uczucia wrażenia w ośrodkach nerwowych*, czyli dokładniej mówiąc w sensorjum, sprawionego odrysowaniem się tem na siatkówce; akcyi czysto fisyologicznej.

Zobópnne i jednoczesne działanie obu tych czynności, jest koniecznym warunkiem widzenia; ani jedna ani druga bowiem, nie może sama przez się, wywołać zjawiska będącego tylko wynikiem czynności obu tych różnorodnych działaczy.

I tak, przy oślepieniu (amaurosis) z zaniku nerwu wzrokowego wynikłém, chociaż obrazy przedmiotów zewnętrznych z największą dokładnością na siatkówce się odwzorowują, chory jednak nic widzieć nie będzie..

Przy zaniku siatkówki z chorobowego stanu samego oka powstałym a z zaciemnieniem aparatu optycznego połączoném, widzenie również jest niemożliwem, chociaż nerw wzrokowy własności swoje zachowuje, jak tego dowodzą wrażenia podmiotowe światła, tak zwane obrazy fantazyjne, wywołane już to zwiększonym krwi przypływem, już to wysiękami w bliskości się znajdującymi.

W oku więc ludzkim mamy do czynienia z dwoma rodzajami obrazów, z obrazami przedmiotowymi i podmiotowymi.

Obrazy które z pomocą przyrządu optycznego zostały przez odśrodkowe części nerwu wzrokowego uczute i zwykłą drogą sensorjum udzielone, nazywamy przedmiotowymi.

Obrazy zaś, które są tylko wyrazem wyłącznej własności nerwu wzrokowego i nie drogą czysto fizyczną do sensorjum dochodzą, nazywamy podmiotowymi.

W obu tych razach, obrazy uczuwane zdają się pochodzić z zewnątrz, gdyż uczucia w ośrodkach nerwowych, tak jednym jak i drugim rodzajem obrazów wywołane, niczem się od siebie nie odróżniają.

Przedmiotem naszego zajęcia się w tém pisemku, będą tylko obrazy przedmiotowe; zaczniemy więc-

od poznania aparatu optycznego, za pomocą którego one do skutku przychodzą.

Oko ludzkie, podług stereotypowego we wszystkich fizjologjach i fizykach wyrażenia, jest naturalną i doskonałą *ciemnią* (camera obscura).

Porównujemy je do ciemni, gdyż ma jak ona przyrząd skupiający promienie już to równoległe już to rozbieżnie od przedmiotów padające, reprezentowany przez rząd środków łamiących: rogówkę ciecz wodną, soczewkę, ciało szkliste. Ma przy tem zasłone, na której promienie przedmiotów skupione przez przyrząd optyczny, tworzą obraz wyraźny, odwrotny i zmniejszony. Zasłone tę zastępuje siatkówka, na niej utworzone obrazy przez nerw wzrokowy ośrodkom nerwowym zakomunikowane, nie tylko dają wyobrażenie przedmiotów zewnętrznych, lecz także na tejże samej drodze wywołują odruchy na inne nerwy ruchowe, a w szczególności na nerwy IIIj pary. Odruchy te dopomagają do wyraźnego odwzorowywania się obrazów, w pewnych razach przez zwężenie źrenicy, w innych zaś przez wpływ na zmianę stopnia łamliwości przyrządu optycznego.

Nazywamy oko ludzkie ciemnią *doskonałą*, bo, gdy przy zwyczajnej ciemni fizycznej, dla pozyskania wyraźnych obrazów, ze zmianą odległości przedmiotów zmieniać potrzeba miejsce soczewki skupiającej, albo też samą soczewkę, oko ludzkie w sobie samem, posiada warunki konieczne do widzenia dokładnego przedmiotów w jakiejkolwiek bądź odległości leżących i akcja ta, odbywa się bez zamiany

miejsca położenia którejkolwiek bądź z jego składowych światło łamiących części.

Do części oka światło łamiących należą: rogówka, ciecz wodna, soczewka i ciało szkliste. Stopień łamliwości tych części jest różny;— jeżeli przyjmujemy stopień łamliwości powietrza za 1 i porównamy z powietrzem wszystkie te części, to największy stopień łamliwości posiadać będzie soczewka. Lecz w oku, środki te bezpośrednio się stykają tylko między sobą, z powietrzem zaś styka się tylko rogówka, w stosunku więc wzajemnym, rogówka naturalnie będzie miała największy stopień łamliwości, albowiem tylko do niej promienie niezłamane dochodzą. I tak podług *Walentyn'a* 1), stopień łamliwości bez względny rogówki, to jest w porównaniu z powietrzem, równa się 1,33; soczewki zaś 1,47, rzeczywisty jednak stopień łamliwości soczewki w oku leżącej, jest tylko 1,102 a więc znacznie mniejszy jak w rogówce.

Dla dokładnego poznania kierunku promienia wśród oka, niezbędną jest rzeczą oprócz wykładnika łamliwości części oka łamiących, znać jeszcze rodzaj ich krzywizn, oraz długość promieni do nich należących.

Według najnowszych i jak się zdaje najdokładniejszych doświadczeń *Helmholtza* za pomocą oftalmometra wykonanych 2), osiągnęliśmy co do rogówki następujące w tym względzie rezultaty:

1) Lehrbuch der Physiol. Bd. II pag. 105.

2) Archiv für Ophthalmologie Bd. 1, 2 pag. 1—74.

„Forma przedniej krzywizny rogówki jest elepsoidem powstałym z okręcenia się elipsy naokoło swjej dłuższej osi; szczyt tego elipsoidu odpowiada prawie środkowi rogówki (pag. 18); długość połowy osi dłuższej czyli promienia, bywa rozmaita; wartość jej średnia z pomiaru 3ch ocz przez Helmholtz'a przedsięwziętego (pag. 21), wynosi 7,6 m. m. 1). Formy tylnej krzywizny na żywych oczach, Helmholtz nie mógł wymierzyć;—ponieważ jednak dokładne wymiary rogówek we 24 godzin po śmierci dokonane pokazały, iż w $\frac{1}{3}$ części środkowej, dla widzenia najważniejszej, obie krzywizny rogówki są zupełnie równoległe, a tylko w skrajnich $\frac{1}{3}$ częściach im, dalej ku brzegowi, tem się więcej od siebie oddalają z tego więc powodu, dla ułatwienia dalszych wyliczeń, przyjmuje Helmholtz obydwie te krzywizny za równoległe (pag. 27). Dalej możnaby podług Helmholtz'a (pag. 29) porównać rogówkę z łamiącym promienie meniskiem: tak samo bowiem jak przez menisk, promienie łamać się będą przez rogówkę, po za której przednią krzywizną tylko ciecz wodna by się znajdowała (Helmholtz więc, uwzględnia tylko krzywiznę przednią).

Równoległe promienie, przechodząc przez rogówkę wpadają do cieczy wodnej tak załamane, że ich przedłużenie utworzy ognisko w odległości 13,35''

1) Wymiary Helmholtz'a zgadzają się prawie z wymiarami Senf'a w tym względzie, który podaje długość promienia przedniej krzywizny rogówki na 7,7 m. m. (Wagner's Handwört. d. Physiol. Bd. III pag. 290).

od szczytu rogówki. Ponieważ zaś odległość szczytu rogówki od plamki żółtej, wynosi 9,53", innym więc środkom łamiącym pozostawiona jest funkcja stosunkowo bardzo mała, gdyż przybliżenie ogniska tylko o 3,82".

Funkcyi téj przewodniczy głównie soczewka; ciecz bowiem wodna i ciało szkliste, co do stosunku bezwzględnego łamliwości, mało co różni się od zewnętrznych warstw soczewki. Wykładnia łamliwości cieczy wodnej, wynosi podług Helmholtz'a 1,3365, podług Krause'go 1,3420, ciała zaś szklistego podług Helmholtz'a 1,3382, podług Krause'go 1,3485, zewnętrznych nakoniec warstw soczewki podług Helmholtz'a 1,4189, podług Krause'go 1,4053.

Trudno jest jednak, dokładnie oznaczyć bezwzględny stopień łamliwości soczewki leżącej w żyjącem oku ludzkim;—gdyż tak budowa soczewki złożona z warstw rozmaicie łamiących promienie, jakoteż i zmiany jęj pośmiertne (jakie według prawdopodobnego przypuszczenia Helmholtz'a (pag. 57) zachodzą) rachunek ten o wiele utrudniają. Dla tego też wykładnik łamliwości soczewki daje się tylko obrać chować przypuszczalnie, przyjmując za miarę łamliwości całej soczewki zboczenie, jakie sprawia część jęj mająca ściany równoległe. W tém rozumieniu wykładnik soczewki podług Senf'a 1) byłby 1,541.

Krzywizny soczewki są prawie kuliste, promień przedniej krzywizny podług Helmholtz'a (pag. 49) wynosi 8,8 m. m. tylnęj zaś (pag. 59) 5,13 m. m.

1) Por. Fizjol. zmysłów. str. 155.

Chcąc przedmiot obrany z wyczerpującą drobiazgowością opracować, wypadaloby teraz mówić o kolejach, jakim promienie przedmiotów zewnętrznych w oku ludzkim ulegają, dalej o szematycznym oku *Listing'a*, o punktach głównych, węzłach i t. d. powstrzymuję się jednak od tego, cobym chyba dosłownie z fizyki lub fizjologii jakiej powtórzyć musiał, a ciekawych w tym względzie odsyłam do znakomitego ze wszech miar dzieła naszego fizjologa *Majera* „Fizjologia zmysłów”, gdzie przedmiot ten ze znajomością rzeczy, dokładnie, jasno i w krótkości jest wyłożony.

Teorya akomodacyi i jej tłumaczenie.

Pokazaliśmy wyżej, jak ważnym jest organem rogówka dla dokładnego widzenia przedmiotów zewnętrznych. Nie równie atoli, jak to później zobaczymy, ważniejszą rolę w tym względzie odgrywa *soczewka*. Dla tego więc, a mianowicie dla większej zrozumiałości opisu teoryi akomodacyjnej, będziemy uważali soczewkę jako *jedyny środek* skupiający promienie przedmiotów zewnętrznych. Tembardziej to przyjąć możemy, gdy wszystkie środki łamiące oka mogą przez wyliczenie matematyczne być zredukowane do jednej idealnej soczewki.

Podług praw fizyki, mamy w każdej soczewce, albo też w każdym systemie środków łamiących, który do jednej soczewki zredukowany być może, dwie odległości w stałym do siebie stosunku pozostające: *odległość przedmiotu i odległość obrazu*. Stosunek ich jest taki, że gdy się przedmiot do soczewki przybliży, to obraz jego od niej się oddala i przeciwnie. Jeżeli się przedmiot znajduje w odległości nieskończonej, czyli jeżeli promienie od niego padające, są prawie równoległe, wówczas obraz tego przedmiotu padnie w punkcie który nazywamy ogniskiem soczewki 1). Podług wyżej wymienionego stosunku, promienie od dalszych jeszcze przedmiotów, zbieżnie na soczewkę padające, skupią się przed ogniskiem, promienie zaś od bliższych przedmiotów padające skupią się dalej za ogniskiem; w obu zaś razach w miejscu ogniska będziemy mieli obraz niewyraźny, rozpierchły, gdyż rozbieżnymi lub niezupełnie skupionymi promieniami wywołany. Jak to figura I przedstawia.

Jeżeli zamiast płaszczyzny AB. w fig. 1. wyobrazimy sobie tylną część gałki ocznej z wyściełającą ją siatkówką, a zamiast soczewki, cały system środków łamiących oka, to łatwo postrzeżemy, że

1) Odległość ogniska wspólnego wszystkich środków łamiących oka od soczewki, w zdrowym ludzkim oku jest rzadko kiedy mniejszą jak 6, 5, nigdy zaś większą nad 7''' (odległość od tylnej krzywizny soczewki do plamki żółtej), — (porównaj Arlt *die Kraukh. d. Auges*. Bd. III pag. 201).

obrazy z jakiegokolwiek bądź odległości, zawsze jednak z

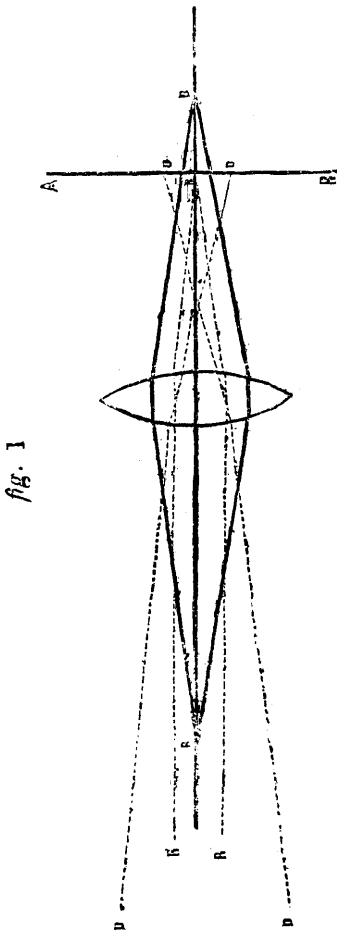


fig. 1

chcący i skończonęj tęp tylko po przejściu przez srodki oka lamiaące bęą wyraźnie na siatkówce odwzorowane; wszystkie zaś inne obrazy, przedmiotów dalej lub bliżej od oka naszego położonych, odwzorują się na siatkówce niewyraźnie i jako takie do sensorjum dojdą.

Tak jednak nie jest, gdyż i w większej i w mniejszej odległości przedmioty równie dokładnie widzimy. Własność tę oka ludzkiego, której zbadaniem od najdawniejszych już czasów fizycy i fizjologowie się zajmowali, nazywamy *akomodacją* czyli *stósowaniem oka*

do rozmaitych odległości.

Od czasu, w którym *Kepler* pierwszy zwrócił uwagę na wielkie podobieństwo oka ludzkiego do

ciemni fizycznój, poczęto badać warunki, pod któremi przedmioty w rozmaitych leżące odległościach, jednostajnie wyraźny dają rysunek na siatkówce, czyli, zaczęto studjować akomodację oka. *Volkman* jednak pierwszy dopiero przed trzema laty 1) eksperymentalnie dowiódł, iż akomodacja tylko do widzenia bliskich przedmiotów jest potrzebną; gdyż oko w zupełnym spokoju będące do przedmiotów dalekich, to jest do promieni prawie równoległych, przez budowę swą jest zastósowane.

Oko ludzkie mogłoby w *trojaki* sposób zastósowywać się do bliższych odległości:

1^o Przez zmianę wzajemnego stosunku łamliwości powietrza i środków łamiących, mianowicie przez zwiększenie wykładnika łamliwości środków łamiących.

2^o Przez usuwanie się w tył ściany t. j. siatkówki stósownie do zbliżania się przedmiotów mających się na niej odrysowywać.

3^o Przez skrócenie promienia kulistości t. j. powiększenie wypukłości środków łamiących; *in specie* rogówki i soczewki.

Każdy z tych trzech *a priori* ustawionych warunków akomodacyi, miał swoich obróćców i przeciwników; pierwszy i drugi z nich dzisiaj historyczną chyba tylko mieć mogą wartość, ostatni zaś udowodniony eksperymentalnie obecnie jako jedynie racjonalny, ogólnie uważanym być musi.

1) Sehen in Wagn: Handwört: der Physiol, Bd. III, 1. pag. 300.

Zanim się zastanowimy nad faktami, na jakich się opierali obrońcy dwóch pierwszych teorii, wspomnieć wprzód musimy o pewnych jeszcze tłumaczeniach akomodacyi, które nie opierając się na żadnym z wyżej wymienionych warunków zmienia-
nia wzajemnego stosunku części oka do otaczających je przedmiotów, szukały przyczyny akomodowania się, w doskonałości budowy części oka składowych.

I tak Trewiranus 1) dowodził, że oko widzi naraz wszystkie przedmioty w prostój linii przed niem leżące dla warstwowatej budowy soczewki; że jednak widzi dokładnie te tylko przedmioty, na które patrzący uwagę zwraca. Popierał zaś to dowodzenie doświadczeniami robionemi na soczewkach ocz wołowych; one bowiem zastępując miejsce soczewki w ciemni fizycznej, miały dawać wyraźny obraz przedmiotów w różnej odległości będących, bez zmiany swego położenia lub kształtu. W krótkce jednak potem Kolrausch, powiększywszy rysunki w ciemni przez Trewiranusa w powyższy sposób otrzymane wykazał, iż przedmioty z jednej tylko pewnej odległości dawać mogły rysunek wyraźny, z innych zaś tylko w okręgach rozpięzchłych.

Sturm zauważył, iż rogówka ma, inny promień wypukłości w prostopadłej, a inny w poziomej śre-

1) Ueber die Textur. d. Kristallinse. Brem. 1835.

dnicy i wnosił z tąd 1) że promienie rozbiegające się prostopadle, inne mają ognisko od promieni rozbiegających się poziomo i że w środku pomiędzy temi dwoma ogniskami, jest miejsce w którym się promienie z rozmaitych odległości również dokładnie rysować mogą. Dowodzenie to starał się poprzeć geometrycznym wykreśleniem, które jednak w późniejszym czasie 'mylnem się być okazało.

Następnie chciano tłumaczyć własność oka akomodacyjną zwięzaniem się i rozszerzaniem źrenicy przy patrzeniu na przedmioty bliskie i dalekie (Jaeger senior i Pouillet). A zasłużony nasz, niegdyś professor Warszawskiego Uniwersytetu, Mille (por: Fyzjol. zmysł: str. 188) stosowanie się 'oka do odległości wyprowadzał z uginania się promieni w zetknięciu z brzegiem źrenicznym, w skutek czego z jednego punktu światłego nie jedno ognisko, ale ich wiele po sobie w jednej linii pewnej długości utwarza się, tak iż przedmiot w pewnych granicach odległość zmieniać może, a jednak zawsze jedno z ognisk jego na dnie oka przypadnie.

Wszystkie te twierdzenia nie potrzebowały być zbijane matematycznemi dowódzeniami; prosty eksperyment *Schejner'a* pokazuje, iż oko. w stanie spokoju będące, może tylko w pewnej odległości leżący przedmiot widzieć 'pojedynczo, wszystkie zaś inne widzi podwójnie. Volkman to dowodnie pokazał

(1) Poggendorff's Annalen Bd. LXV pag 127.

na oku królika białego 1), do którego gdy wpuszczał światło przez dwa otworki w karcie wykłute jak przy doświadczeniu Scheinera, światło to jednej tylko odległości dawało rysunek pojedynczy, ze wszystkich zaś innych bliższych i dalszych dawało dwa, a mianowicie z bliższych dwa równostronne, z dalszych dwa skrzyżowane, jak to najlepiej z rysunku widzieć można poniżej. (str. 158)

Co się dotyczy *ruchów tęczówki* jako głównych czynników akomodacyi, możemy już tutaj nadmienić, co później obszerniej rozwiniemy, mianowicie iż wpływ tęczówki na akomodację jest prawie żadna.

Najmniej zwolenników znalazła teoria 1 ze trzech wyżej wymienionych, tłumaczących proces akomodacyi w oku ludzkim. *Grim* 2) uważał, że środki miękkie oka zdolne są pod wpływem ciśnienia mięśni zewnętrznych, zmienić stopień zsiadłości, przybrać przeto stosunkowo do powietrza większy wykładnik łamliwości. *Hasenspat* 3) w nowszych czasach stanął w obronie teoryi *Grimm'a*, powołując się na doświadczenie *Gräfe*go z wprowadzonym do oka manometrem, w którym rtęć opasć miała po przecięciu mięśni zewnętrznych. Doświadczenie to jednak, jest tylko nowym dowodem ciśnienia mięśni oka zewnętrznych, którego wpływom bezwątpienia oko podlega. Wpływ ten atoli nie może być tak

1) *Neue Beiträge zur physiol. des Gesichtsin.* pag. 109.

2) *Dissert. de visu* Götting. 1785

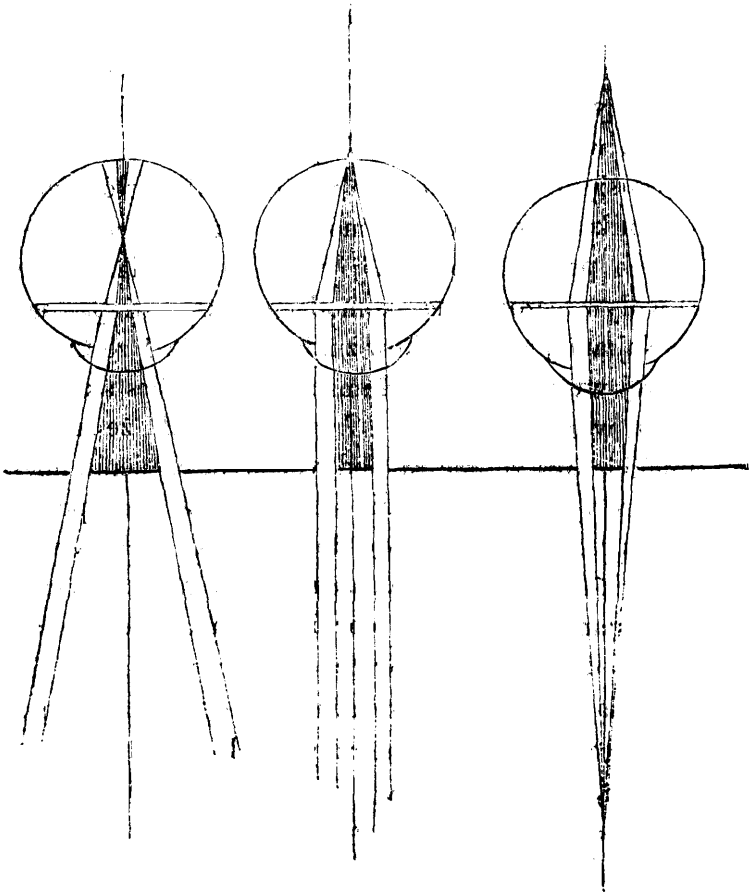
3) *De accomodandi facultate* Berol. 1854.

wielki, żeby aż środki łamiące oka więcej zsiadłemi mógł uczynić; ciśnienie w takim razie musiałyby

fig. 2.

fig. 3.

fig. 4.



być chyba tak silne, iżby objawy phosphenów na siatkówce wywołało; czego się jednak przy patrze-

niu na najbliższej leżące przedmioty nie doświadcza.

Druga z kolei teoria przedłużania się i skracania oka w kierunku osi widzenia miała bardzo wielu stronników, z których jedni przypisywali te lokomoję mięśniom prostym i ukośnym oka oddzielnie działającym, drudzy wszystkim mięśniom oka razem działającym, inni znowu działania zwieracza powiek. Hymly, Meckel, Paroth, Schreder van der Kolk, Arnold, Bonet, Listing byli starszymi reprezentantami téj szkoły; Arlt w swojej oftalmologii nie zważając na znajome już rezultaty doświadczeń Cramera i Helmholtz'a na nowo tę kwestję poruszył, a opierając się na pozornie przekonujących dowodach, rzucił znowu kość niezgody pomiędzy fizjologów skłaniających się ku jednéj teorii.

Pomijając zdania wzmiankowanych obrońców drugiey teorii, zatrzymam się cokolwiek dłużej nad zdaniem Arlta w tym względzie, sąd bowiem tak znakomitego i trafnego postrzegacza jeżeli i jest w części mylnym, zawsze jednak poznanie sposobu zapatrywania się i środków z pomocą których doszedł on do swoich wniosków, tylko pouczającym być może.

Arlt mówi 1) "Akomodacja czyli stosowanie oczu do blizkich przedmiotów, zależy na przedłużeniu gałki ocznej w kierunku osi widzenia przez odepchnięcie tylnej ściany gałki i odsunięcie tym sposobem plamki żółtéj z jéj przyległą częścią siatkówki. Or-

1) l. cit. Bd. III p. 207.

gana tu działające są: z jednej strony mięśnie oka proste i ukośne (naprężające się współcześnie) z drugiej zaś, mięśni Brücke'go 2)." Mięśnie proste i ukośne oka w skutek impulsu sensorjum, powodowaniego chęcią dokładnego widzenia przedmiotu blisko położonego, ściskają gałkę w jej równikowym obwodzie. Pod takim naciskiem, kula szklista zmienia swój kształt pierwotny podając się w tył i na przód; z przodu (kurczący się współcześnie z mięśniami zewnętrznymi oka) mięsień Brücke'go, wraz z soczewką doń przytwierdzoną lokomocję kuli szklistej w tym kierunku unieważnia ją; pozostaje więc tylko tył oka, który ulegając parciu kuli szklistej odsuwa się od soczewki w miarę nacisku mięśni wewnętrznych.

Twierdzenie swoje, Arlt opiera na zauważanym przez Gräfe'go fenomienie pulsacyi żył środkowych siatkówki w czasie akomodacyi i na często zdarzającym się przedłużeniu oka w kierunku osi widzenia, przez wydęcie twardówki w okolicy pagórka nerwu wzrokowego (Staphyloma postic. Scarpy, scleroticochorioideitis post. Gräfe'go) u krótkowidzów.

Nie zaprzeczam bynajmniej rzeczywistości podstaw teoryi Arlta, chcę wszakże pokazać jak je sam

2) Niezgadzono się dotychczas na jedno nazwanie dla mięśnia część ważną wyrostka rzęskowego składającego; jedni go mianują mięśniem rzęskowym, drudzy mięśniem Brücke'go, inni zaś przypuszczając dlań punkt stały przy rogówce, naprężaczem naczyńiówki; ja uważam oba punkta przyczepienia mięśnia pomienionego jako stałe i dla tego wybrałem miano, jako najmniej w kwestyi spornej określające, powstałe od nazwiska wynalazcy.

pojmuję, a przez to zakwestjonować trwałość budowy, opartej na takich podstawach.

Fenomenowi pulsacyi przy akomodowaniu ócz na blizkie przedmioty, długo dostrzedz nie mogłem; przypisywałem to nieumiejętności méj we władaniu wziernikiem, lub też niedostatkowi inteligencyi osób na których doświadczenia robiłem. Dopatrzywszy się nareszcie tego objawu raz i drugi zacząłem go badać troskliwiej, bo przekonałem się, że tak w dojrzaniu jego, w danym razie trudności wielkiej nie ma, jako też, że nie potrzeba wysokiej inteligencyi aby spojrzeć raz na przedmiot o stóp kilkanaście leżący, drugi raz na takiż o kilka cali od oka oddalony.

Po liczmem i długiem badaniu w tm względzie tak zdrowych jako i cierpiących oczu przyszedłem do wniosku, że w zupełnie zdrowych oczach fenomen ten do najrzadszych policzonym być może, w oczach zaś, w których za położeniem palca na gałce pulsację żył centralnych siatkówki widzimy, należy on do bardzo zwyczajnych. Objaw więc ten według mego zdania nie dowodzi wcale, że ciśnienie mięśni zewnętrznych może być tak wielkie, aby aż zmieniło kształty gałki oka, lecz że w oczach będących pod ciśnieniem śródocznem silniejszym niż zwykle, dosyć jest lekkiego bardzo nacisku z zewnątrz aby cyrkulację uwidocznic. Nie zaprzeczam tem samem możności naciskania mięśni oka zewnętrznych (zapewne łącznie z mięśniem Brücke'go i zwieraczem powiek) na gałkę, owszem działaniu tychże mięśni,

jak to później obaczymy, sam przyznaję wpływ na akomodację wysiloną, ale wpływ bardzo *ograniczony*, nie zaś jedyny jak to Profesor Arlt twierdzi. Bo gdyby akomodacja odbywała się w ten sposób, że na tył oka ciśnienie tak jest silne, iż siatkówka się odsuwa od miejsca pierwój zajmowanego o jakie $\frac{1}{2}$ ”, to z pewnością wspólnie z Pr. Majerem 1) przypuścić możemy, iż każdy taki ruch akomodacyjny byłby połączony z objawem phosphenów na siatkówce.

Twierdzenie to tem śmielój postawić mogę, że sam sprawdziłem postrzeżony i opisany przez Czermaka phosphen akomodacyjny 2). Phosphen ten zapewne wywołany przez skurczenie się pasemek promienistych mięśnia Brücke’go przy ustawianiu akomodacyi na blizkie przedmioty, przekonywa, jak lekkiego potrzeba nacisku, na nieczułe nawet bo obwodowe części siatkówki, aby objawy tego rodzaju wywołać.

Nie łatwo jest dojrzyć phosphen ten, akomodacyjnym przez Czermak’a nazwany, ale widzieć on się daje przy pewnej wprawie w szybkim zmienianiu ruchów akomodacyjnych potrzebnych do widzenia przedmiotów bliższych i dalekich, czyli przy pewnej wprawie w prędkim przechodzeniu ze stanu akomodacyi czynnego do biernego. Znajdując się w ciemnem zupełnie miejscu, jeżeli po dłuższej akomodacyj

1) l. cit. str. 186.

2) Archiv für Ophthalm. Bd. VIII, 1. pag. 147.

jakby na przedmiot blisko leżący, przejdziemy do zupełnego spokoju oka, to w chwili tego przejścia phosphen w mowie będący ukaże się nam jako ognisty eliptyczny wążki krążek o średnicach równych, albo mało co mniejszych od średnic obwodu przestrzeni widokowej, która jak wiadomo jest także eliptyczną.

Co do drugiego punktu wyjścia teorii akomodacyjnej Arlta, mianowicie co do postrzeżonego u krótkowidzów przedłużenia oka w kierunku osi widzenia, również mam sposób zapatrywania się odmienny.

Najprzód, jak to już słusznie inni zarzucają, stanu potologicznego 1) nie można identyfikować z funkcją normalną oka. Stan ten bowiem na utworzenie się całego przeciągu lat potrzebuje, gdy przeciwnie zmiana w oku, potrzebą dokładnego widzenia spowodowana w jednej powstaje chwili i zaraz, bez zostawienia najmniejszego na oku wrażenia przechodzi.

1) Jäger w najnowszym swoim dziele „Ueber die Einstellung des dioptr. Apar. im menschl. Auge” Wien 1861 pag. 71, opierając się na dysekcyjach oczu nowo-narodzonych i licznych obserwacjach z pomocą wziernika przez siebie dokonanych na dzieciach rozmaitego wieku dowodzi, że stan anormalny oka o którym mowa, nie jest objawem chronicznego cierpienia błon wewnętrznych, lecz wadą wrodzoną, która tylko w pierwszych latach życia łącznie z rozrastaniem się wszystkich błon oka powiększa się, od wieku zaś młodzieńczego już się więcej nie rozwija. Ponieważ jest to pierwszy raz dopiero wyrażona opinja i sam Jäger w dawniejszych swych pracach zupełnie przeciwnego był zdania, ogół zaś oftalmologów stan ten anormalny uważa dziś jeszcze jako chroniczne zapalenie, nie uwzględniam więc w texcie zdania Jägra, a przytaczając je tylko, stanowczą w tym względzie decyzję przyszłym badaniom pozostawiam.

Wydęcia twardówki w wysokich stopniach zwykle są połączone z bardzo krótkim wzrokiem, ale czy krótki wzrok w tych razach jest skutkiem, czy też przyczyną, tego z pewnością wiedzieć nie można. W bardzo rzadkich wypadkach, gdzie początek cierpienia tego obserwować można, nie wzrok krótki ale niedoślep najprzód spostrzegać się daje, akomodacja zaś bywa zwykle prawidłową. W późniejszych stadjach tego cierpienia, w rzeczy samej wzrok zazwyczaj bywa odpowiedni zmianom w błonach oka wewnętrznych, dostrzegającym za pomocą wziernika, a mianowicie wzrok tem bywa krótszy, im większe jest wydęcie twardówki i im większy dostrzegamy zanik w makacie tylniej części naczyniówki. Oba te objawy, albo z przejściem procesu zapalnego powstrzymują się w dalszym rozwoju, albo też w parze dalej się rozwijają. Czy jednak proces ten zapalny, powodowany i podtrzymywany jest niewłaściwym i utrudzającym używaniem wzroku (okulary silne, praca ciągła i wysilająca wzrok), czy też inne przyczyny od zewnętrznych okoliczności niezależne (anormalna budowa naczyń, atheromatyczna naprzykład), są powodem zbytecznego przesiąkania do wnętrza oka, tego z pewnością dotychczas nie wiemy. Doświadczenie w większej części wypadków skłania się ku pierwszej pathogenezie, ale mamy też pewne dane i za drugą przemawiające: np. często się zdarzające w tem cierpieniu apopleksje częściowe naczyń naczyniówki, częste następne oddzielenie siatkówki, mimo surowego zachowywania oczno-hygie-

nicznych przepisów. Jeżeli więc przy tém cierpieniu wzrok krótki jest skutkiem zmian w kształcie oka, nie zaś przyczyną, to w takim razie nie zachodzi żadna analogja pomiędzy teorią akomodacyjną Arlta a cierpieniem w mowie będącém. W przeciwnym razie, przyczyn krótkiego wzroku (przynajmniej w początkach tego cierpienia) w czem innem szukać musimy, bo jak wiadomo wydęcie twardówki w tem stadium ogranicza się na częściach przyległych pagórkowi nerwu wzrokowego i dopiero w bardzo długo trwających wypadkach, rozciąga się na części twardówki po za plamką żółtą leżące. W początkach więc wydęcie to jest na stronie i długość oka w kierunku osi widzenia nie bywa zwiększoną. Widzimy przecież bardzo wielkie wgłębienia pagórka nerwu wzrokowego przy wzroku normalnym (pod względem akomodacyjnym), albo też co najczęściej dalekim.

Chociaż dzisiejsze pozytywne rezultaty spostrzeżeń Helmholtz'a i innych, jak to później zobaczymy, niepozwalają niczem innem akomodacyi tłumaczyć, jak tylko zmianami w wypukłości soczewki, zająłem się jednak dłużej cokolwiek rozbiorem teorii akomodacyjnej Arlta z następujących powodów

1^o Że rozdział o akomodacyi, Arlt pisał już po ogłoszeniu przez Cramer'a i Helmholtz'a spostrzeżeń przez nich na tém polu zebranych, — i że w dziele swoim podaje w wątpliwość zdania obu tych zasłużonych ludzi.

2^o Że taka znakomitość jak Arlt, jest tej teoryj przedstawicielem. Znając zaś nieomylność zdań jego i trafność spostrzeżeń w wielu innych razach, uznałem za potrzebne wykazać tę słabą stronę, a zarazem zwrócić na to uwagę zwolenników oftalmologii Arlta, najlepszej może z dzisiejszych pod względem praktycznym.

Arlt sam w późniejszej swój pracy 1), mówiąc o nowo odkrytych obrączkowych pasemkach mięśnia Brücke'go, zgadza się z Helmholtz'em pod względem działania mięśnia pomienionego na zmianę wypukłości soczewki;— przypuszcza więc, że funkcja akomodacyjna i od zmian soczewki zależy, ale o ile wncsić można z powoływać się jego na swą dawniejszą teorję, obstaje zawsze za wpływem mięśni oka zewnętrznych. Pojmuję to dobrze jak przykro być musi tak trafnemu badaczowi natury, rozstawać się z teorją, której sam był twórcą i którą za najprawdziwszą uważać dotychczas przywykł. Widząc przytem ustępstwo Arlta na korzyść udziału mięśnia Brücke'go z poprzednio przyznanej mu roli, sądzę, że on sam już dziś wątpi, czy mięśnie oka zewnętrzne wywierają na akomodację wpływ im dawniej przypisywany. Ostatecznie zaś zmienić muszą sposób zapatrywania się Arlta, wypadki porażenia wszystkich mięśni oka przy najprawidłowszej akomodacyi, przez Gräfe'go 2) opisane i zupełny brak

1) Archiv. für Ophtalm. Bd. III, 2 pag. 87—199.

2) Archiv. für Ophtalm. Bd. II, 2 pag. 299.

akomodacji po operacjach zaciemka, a zatem po usunięciu z oka soczewki, pierwiej przez Gräfe'go 1) a w najnowszych czasach przez Dondersa 2) dowiedziony i opisany.

Przechodzimy do *trzeciego* przypuszczalnego tłumaczenia akomodacji przez zmianę w wypukłości środków łamiących oka, mianowicie rogówki i soczewki.

Z tego cośmy dotąd powiedzieli widocznem jest, że to ostatnie przypuszczenie było najtrafniejsze i że zmiany soczewki przy patrzeniu na przedmioty w rozmaitych odległościach będące, w niedawnych dopiero czasach zauważane, najdokładniej mogą nam proces akomodacji wytłumaczyć. Przypuszczane bowiem przez Homeg'o i innych zmiany krzywizny rogówki, która jakeśmy wyżej widzieli, granicząc bezpośrednio z powietrzem stosunkowo najsilniej łamie promienie, przez Senfa i innych a ostatecznie przez Helmholtz'a 1), stanowczo zostały zaprzeczone.

Dawno już czeski Fizjolog Purkinje zwrócił uwagę na odbicie światła pod pewnym (45°) kątem do oka wpadającego, przez trzy jedna za drugą leżące płaszczyzny krzywe, a mianowicie przednią krzywizną rogówki, oraz przednią i tylną krzywizną soczewki. Odblaski te, nazwane od imienia swego wynaczy *odblaskami Purkinjego*, były przed odkryciem wziernika zastosowane do rozpoznawania początków formującego się zaciemka, a później dopiero użyto

1) Archiv für Ophtalm. Bd. II, 1 pag. 188.

2) Archiv. für Ophtalm. Bd. VII, 1 pag. 168.

ich do badań nad akomodacją oka. Senf pierwszy zastosował je do wymierzania stopnia wypukłości rogówki 1); a robiąc przytem doświadczenia nad akomodacją, doszedł do negatywnych rezultatów pod względem dawniej przypuszczanych zmian w krzywiznie rogówki.

Po Senfie Langenbeck pierwszy zauważył 2), iż przy akomodacji odblask przedniej krzywizny soczewkowej zmniejsza się i przybliża do odblasku rogówki; ale nie mogąc zmian wypukłości soczewki wytłumaczyć improwizowanym mięśniem, ściskaczem soczewki (*compressor lentis*), nie upowszechnił swojej teoryi, naprowadził jednak późniejszych badaczy na dobrą drogę.

Jakoż w kilka lat później Cramer, Donders i Helmholtz, robiąc podobne doświadczenia z pomocą ulepszonych i umyślnie do tego celu zastosowanych narzędzi, donieśli ostatecznie, że zmiana w wypukłości soczewki głównym jeżeli nie jedynym jest środkiem, za pomocą którego oko ludzkie dokładnie widzieć może przedmioty w rozmaitych odległościach leżące.

Badania tych uczonych wyjaśniły nam zawiłą dotychczas część fizjologii oka, sądzę więc, że nie będzie zbytecznym, gdy doświadczenia ich i wnio-

1) *Wagners Handwörterb. d. Phisiol. Bd. III.*

2) *Klinische Beiträge aus d. Gebiete der Chirurgie. Ophthalm. Götting. 1849.*

ski ostateczne poktótce opowiem i krytycznie rozbiorę 1).

Odblaski Purkiniego, gdy je w znany powszechnie sposób obserwujemy, przedstawiają się w następującym kształcie i porządku (por.: fig 5): *a* przedstawia odblask rogówki prosty i jasny; *b* odblask przedniej krzywizny soczewki, prosty lecz bardzo niewyraźny dla małej różnicy (pod względem łamliwości) między warstwami zewnętrznymi soczewki a cieczą wodną; *c* zaś wyobraża odwrotny i jasny, ale znacznie zmniejszony odblask tylnej krzywizny soczewki, czyli dosłownie mówiąc dołka miseczkowatego:

fig. 5.

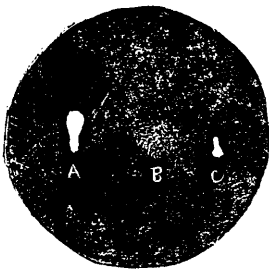


fig. 6.



Kramer obserwując oko przez umyślnie do tego zastosowany instrument, który nazwał oftalmoskopem zauważył, że przy akomodowaniu oka t. j. przy patrzeniu na przedmioty bliskie, rysunek środ-

1) Co do teorii Kramera i Dondersa posiłkowałem się dziełkiem Schauenburga „Das Akomodations-Vermögen der Augen. Jahr 1854” Helmholtza zaś opinie w tym względzie są wyrażone w jego wlaanej pracy: „Ueber die Accommodation des Auges” (Arch: für Ophthal: Bd. I 2 pag. 1—74).

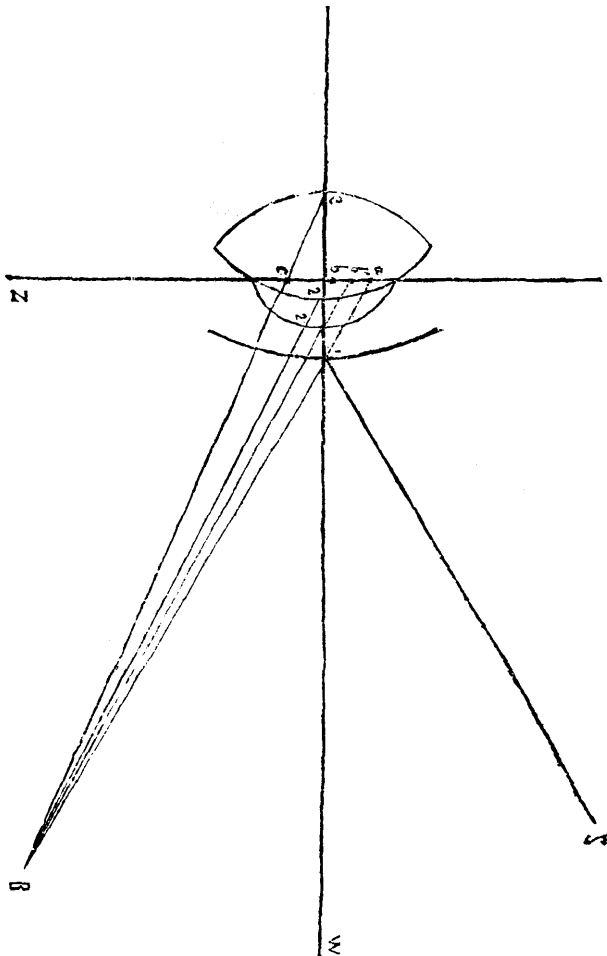
kowy b zmienia położenie i kształt, mianowicie jak to w fig. 6ej widać, zbliża się do odblasku a , zmniejsza się i wyraźniejszym staje; odblaski zaś a i e pozostają bez zmiany na miejscu.

Kramer wyprowadza ztąd wnioszek, iż przednia krzywizna soczewki przy akomodacyi posuwa się naprzód i wypuklejszą staje, tylna zaś krzywizna soczewki i rogówka nie zmieniają ani miejsca położenia ani kształtu, i tłumaczy widziane zjawisko następującem wykręśleniem (por. fig. 7). Niech będzie OW . osią widzenia, PZ . płaszczyzną źreniczną t. j. płaszczyzną, która odcina część soczewki wystającą przez źrenicę, S punktem świecącym, jak to pokazuje figura niżej zamieszczona.

Promienie z punktu świecącego na oko padające odbijają się od rogówki oraz od przedniej i tylnej krzywizny soczewki w punktach 1, 2, 3, a na mocy prawa równości kątów wpadania i załamania, po odbiciu zejdą się znowu w punkcie B , gdzie oko badającego znajdować się powinno. Odblaski te jak to z figury 7ej widzimy, pokażą się na jednej płaszczyźnie mianowicie na źrenicowej, pierwszy i drugi po za właściwem miejscem swego odbicia, trzeci zaś przed takowem w punktach a , b i c (tak jak je fig. 5 wyobraża). Przy akomodacyi na przedmioty bliskie, krzywizna przednia soczewki staje się wypuklejszą, odblask więc od niej posunie się o tyleż na przód o ile się ona wypukliła, a przeniesiony na płaszczyznę źreniczną, będzie widzialnym jako zbliżony do punktów a mianowicie w punkcie b'

(por. fig: 6 i fig: 7). Odblask ten zmniejsza się przytem, dla większej wypukłości płaszczyzny odbijającej i jest wyraźniejszy, w miarę zmniejszenia się —

fig: 7.



Z pozostawania w jednym miejscu i w jednym kształcie odblasków od rogówki i tylnej krzywizny

soczewki, mimo stosowania oka do rozmaitych odległości, wnioskuje Kramer, że krzywizny pomienne ani kształtu ani miejsca położenia nie zmieniają, a zatem że soczewka *in toto* na miejscu pozostaje, a tylko część jój przez źrenice wyzierająca zmienia krzywiznę i posuwa się przez to naprzód. Donders potwierdził we wszystkim dowodzenia Kramera, powątpiewając jednak o niezmienności kształtu odbłasku tylnej krzywizny soczewkowej. Helmholtz nakoniec, który przy doświadczeniach swoich już nie zwyczajne lecz powiększone i podwójne odbłaski obserwował, potwierdza domniemania Kramera o nieistnieniu zmiany w krzywiznie rogówki, również przyznaje zupełną słuszność jego twierdzeniu, że krzywizna przednia soczewkowa wypukła się i na przód posuwa, w tylnej zaś krzywiznie, taką uważa zmianę, że ona pozostając na temże samem miejscu robi się jednak bardziej wklęsłą, a to z przyczyny iż odbłask jój zmniejsza się przy akomodacyi, chociaż położenia swego nie zmienia. Helmholtz przeto dowodzi, że soczewka cała staje się grubszą od tyłu ku przodowi, a tém samem posuwa się naprzód, o tyle jednak o ile to jest możebnym, gdy szczyt tylnej krzywizny soczewkowej na swoim pozostaje miejscu.

Wszyscy dziś uznali za słuszne zdanie Helmholtza, jako na najdokładniejszych spostrzeżeniach i obliczeniach oparte; kwestyje więc co do zmian w soczewce nadal zajmować nas nie będą, pozostaje

tylko do objaśnienia sposób, w jaki te zmiany do skutku przychodzą?

Dawno już, bo po zauważaniu ruchów tęczy i po uznaniu, że dzisiejszy mięsień Brückiego posiada części elastyczne (z kąd i nazwanie „ligamentum ciliare”), przypisywano obu tym organom czynny udział w zmianach oka przy akomodacyi, a dokładniejsze drobnowidzowe badania składu tych organów, bardziej jeszcze w tém przekonaniu utwierdziły. W ostatnich zaś czasach, gdy Kramer i inni dowiedli że zmiany wypukłości soczewki wystarczają do wyraźnego widzenia przedmiotów w różnych odległościach, naturalną jest rzeczą, że szukano przyczyn tych zmian soczewki w działaniu sąsiednich jój organów ściągających. Dziś cała wątpliwość leży w niepewności, co mianowicie jest głównym czynnikiem: czy tęcza, czy mięsień Brückiego, czy też oba te organa jednocześnie działające?

Rozbierzemy tutaj tylko tłumaczenia w tym względzie najnowszych znakomitych autorów, gdyż badania ich to mają za sobą, że oparte są na dokładnej znajomości anatomii oka, która w nowszych dopiero czasach najdrobiazgowsze i najzawilsze kwestye rozstrzygnęła. W szczególności rozpatrzymy tłumaczenia Kramera, Dondersa, Helmholtza, Henryka Mülera i Henkego 1)

D. n.

1) Zdania Jägra w tym względzie nie podaje, ponieważ prawie w niem się ono od zdań Helmholtza i H. Mülera nie odróżnia.

LITERATURA ZAGRANICZNA.

I.

IDIOTYZM, JEGO GRANICE I PODZIAŁ,

przez Dr. *Heyer* Dyrektora Zakładu leczenia i kształcenia dzieci
niepełnych i umysłowo chorych.

Powrotnie dziś przyjęty podział cborób psychicznych na 3 rzędy: *przytępienia, wygórowania i osłabienia* (Depressio, excitatio, debilitas) sprawił, że wielki dział ten patologii stał się przystępniejszy i zrozumialszy.

Idiotyzm i kretynizm oznaczają się wspólnie, pomimo różnic anatomicznych jakie między nimi upatrywano, pod względem fizjologicznym i psychologicznym, tém, że obydwie noszą na sobie cechę *osłabienia*.

Że pojęcie to dawno już słusznie znalazło uznanie, dowodzi samo rozróżnienie na idiotyzm: *sporadyczny* i *endemiczny*, którém to ostatniem mianem określano kretynizm.—Prawdziwie ściśle zbadanie tego stanu umysłowego, rozpoczynają poszukiwania *Virchowa* kiedy rola ta dawno i przez licznych lekarzy uprawianą była bezowocnie, jako: przez *Platera, Hallera, Soussura, Saundersa, Malacarna, Akermana, Wentzla, Stahla, Guggenbühla* i t. d.

Za główną oznakę kretynizmu poczytuemy, stosownie do obecnego stanowiska nauki: całkowite zrośnięcie oby-

dwóch kości klinowych z podstawą czaszki, u płodu już nastąpione, i wynikłe ztąd skrócenie podstawy mózgu z następnym z niepodobieniem całej głowy, bez względu na obecność wola (Struma) i zboczenie formy szkieletu. Skutkiem takiego orzeczenia kretynizmu, musiała naturalnie liczba ich bardzo się pomniejszyć w stosunku do dawniejszych podań.

Ponieważ zaś, każdy kreteńczyk ze względu na stan jego psychiczny, może być zarazem nazwany Idiotą, kiedy przeciwnie Idiota kreteńczykiem być niepotrzebuje koniecznie—gdy z drugiej strony, tak potrzeba praktycznej jako i naukowej łatwości dąży do uproszczenia,—słuszną jest i celowi odpowiednią, mówić i pisać po prostu o *Idiotyzmie*, zostawując rzecz o kretynizmie na zrośnicniu kości zasadowych czaszki polegającym—w zupełności poszukiwaniom fizjologów i anatomów, dla których ona zawsze wiele przedstawiać będzie zajmującej treści.

Do stwierdzenia zdania naszego posłużą następujące dowody:

1. Nawet w okolicach alpejskiego karłactwa, znajdujemy w rzeczywistości bardzo rzadko tylko nadmienione powyżej cechujące kretynizm zboczenie w kościach, a przeciwnie widzimy tu wszystkie stopnie przejścia do stanu prawidłowego, mianowicie w owych miejscach, gdzie polepszenie stosunków socyalnych, skrzyżowanie plemion i napływ obcych żywołów, powoli na wykorzenienie złego wpłynęły, jakto udowadnia *Zillner* w Salzburgu.

2. Mamy liczne przykłady, że zniepodobienia czaszki najrozmaitszego rodzaju (*Synostosis*, *Makro-et Mikrocephalia*, *Assymetria* etc.) pojawiają się w okolicach równin, a szczególnie po większych miastach, ogniskiem zepsucia obyczajów będących (jakto dowodnie wykazał *Behrend* w Berlinie), i że osoby te do właściwego dochodzą stopnia rozwoju umysłowego, a przez Lekarzy innemi tylko nazwiskami oznaczone bywają.

3. Rozróżnienie kreteńczyka od Idioty ulega częstokroć wielu trudnościom nietylko u ludności ale i u samych Lekarzy,—a dopiero na stole sekcyjnym zazwyczaj rozstrzygnięciem być może.

4. Pod względem terapeutycznym i pedagogicznym, co przecież główną rzecz stanowić powinno—niezachodzi najmniejsza różnica pomiędzy karłakiem a idiotą—z powodu, że tu zależy nam głównie o przyznanie zdolności czyli możliwości rozwoju umysłowego.

5. Bardzo skłonni jesteśmy utrzymywać, że ani statystyka nie poda nam właściwej cyfry rozstrzygającej, albowiem wypadek obliczenia tego rodzaju, zależeć będzie zawsze od indywidualnego sposobu widzenia rzeczy—przyczem zazwyczaj w rzędzie osób nadmienionych, zamieszczają takżei głuchoniemych, głuchych, zaniedbanych i t. p.

6. Jedynym może, wedle naszego zdania, powodem tak zwanój liczby karłaków alpejskich w stosunku do tychże w równinach—sądzimy być małżeństwa pomiędzy krewnym-zawierane, czemu wielce sprzyjać zdaje się szczupłość miejsce do pomieszczenia ludności zdolnych, jakto się rzecz ma w okolicach górzystych, do czego także przyczyniać się muszą stosunki klimatyczne i telluryczne. Wielka przynajmniej ilość przykładów karłactwa, które ja w równinach widzieć miałem sposobność, pochodziła z tego źródła.

7. Już samo imie *Idiota* pochodzące od słowa „idios, t. j. odosobniony”, wskazuje prawdziwe znaczenie téj choroby, z odniesieniem się do stanu psychicznego jako głównej patognomonicznój cechy, bez uwzględnienia stosunków anatomicznych; czego nie można powiedzieć o innych imionach: Cretin, Tschingen, Triffel, Goich, Häscherle i t. d., nadawanych tym ludziom w znaczeniu pogardliwém.

Myśl ta sprowadzenia karłaków do rzędu Idiotów, powzięta przez *Stahla*, odnowioną została przez *Zillner'a*, którego wszechstronna znajomość przedmiotu w mowie będącego dostatecznie jest znana, a któreto uproszczenie niezmiernie

dla Psychiatrij i Pedagogiki leczniczej korzystnem być musi. To samo tyczy się także wyrazów zwyczajem ustalonych, „zapłodowy (angezeugt), wrodzony i nabyty rodzaj głupowatości (Blödsinn, Schwachsinn) — niemniej podziału na: Cretinismus, Idiotismus, Imbecilitas” — które wszystkie wskazują tylko stopniowanie *rozwoju umysłowego*, lub czas powstania niemocy.

Zillner tak się wyraża w tym względzie: „Rozróżnienie podobne nie ma żadnej zasady. Przypuściwszy bowiem, że karłactwo w pojęciu *Virchowa* — jako następstwo zrośnięcia podstawy czaszki, jest wrodzonym, to niewyczerpuje takie orzeczenie jeszcze wszystkich wypadków wrodzonej głupowatości — przeciwnie pozostaje wiele Idiotów, których źródło cierpienia odnieść się da do życia płodowego, a w innych mogły zajść przyczyny wypadkowe w czasie porodu lub po porodzie (np. uszkodzenie czaszki z następną Synostozą), które podobne sprowadziły skutki. — Co się wreszcie dotyczy karłactwa i Idiotyzmu *zapłodowego* — tłumaczenie to, przy niewyjaśnionych stosunkach zapłodnienia, uważamy za zupełnie wymarzone.”

Wyrazy niemieckie „*Blöd-i Schwachsinn*” powinny zdaniem naszym całkowicie być wymazane z terminologii, a to z przyczyny, że one wskazują niejako przytępienie zmysłów; które u takich chorych bynajmniej przytępienie być nie potrzebują i częstokroć zupełnie są prawidłowe. Z tej to przyczyny, że chorym tym zbywa na władzy przyjmowania wrażeń i pamięci podczas gdy zmysły nienaruszone być mogą, radzimy wyrazy te zastąpić słowami „niemoc i niedołęztwo umysłowe” (*Geisteschwäche, Geistesarmuth*), a dla dobitnego wyrażenia się, i rozróżnienia od *nabytych* tego rodzaju cierpień, uważamy najstosowniejszy wyraz *Idiotismus*.

Dla pożytku praktycznego zaś i zwyczajnego użycia — nie uwzględniając formy zewnętrznej, jaką przybiera owe niedołęztwo umysłowe, czy ono wcześniej czy później się wywiązało, czy temu towarzyszy inne zboczenie somatyczne

lub nie, czy się zbliża do podniecenia czy najniższego osiąga szczebla przytłumienia władz umysłowych, okraszone powabem albo zeszepeczone brzydota ciała—najwłaściwszym byłby podział na rzędy: *idiotów, pół-idiotów i idiotycznych czyli niby i diotów*.

Z podziałem tym, zgadzałyby się obserwacje tych wypadków w Szwajcaryi i Sabaudyi i przyjęcie jego przez *Troxlera i Demme'go*.—Przy takim podziale okazuje się potrzeba wskazania granicy prawidłowości umysłowej, której odwrotna strona całkowitego przytłumienia, wcale niepotrzebuje,—a to tem bardziej, ile że jak tu częstokroć się zdarza, dzieci prawidłowego rozwoju umysłowego, które dla jakiegokolwiek przyczyny, właściwego niedostały stopnia wykształcenia, uważane bywają za idiotów lub półidiotów.

Oznaczenie granicy idiotyzmu względnie do prawidłowości umysłowej, nieprzedstawia w rzeczy przy bliższém rozpatrzeniu się, żadnych trudności, i za prawidło rozgraniczenia położyć można *niezdolność liczbowania*, o ile to przechodzi zakres wyuczenia się pamięciowego—niemniej brak stosownego użycia pomniejszych *gramatycznych części mowy* jak np: łączników, przyimków i t. p. niewchodzących do składu wyuczonych frazesów—Pamiętać wszakże wypada, że niedołężność drugiego rodzaju cechować zwykła: i głuchoniemych, rozumie się dla zupełnie innych powodów, kiedy zdolność liczbowania nabywają ci chorzy z łatwością, jeżeli podamy im właściwe do tego sposoby.

Drugą stateczną oznaką idiotyzmu, jest *brak władzy kombinowania pojęć abstrakcyjnych*, której przy najstosowniejsem kształceniu dostąpić nie są w stanie.

Półidiota oznacza się niedokładném przyswajaniem najbliższych wyobrażeń, a najtroskliwsze starania pedagogiczne doprowadzają go zaledwie do zrozumienia najprostszych pojęć oderwanych. Idiota dochodzi co najwięcej zaledwie do urywkowego zrozumienia wrażeń złącznych (eon-

cretum),—objawia niedokładne poczucie, i zbywa mu niekiedy nawet na uczuciu rozróżnienia wrażeń przykrych od przyjemnych.

Obok braku kombinacji, widzimy także u idiotów niezdolność łączenia pojęć (associatio), lubo mniej ogólną z powodu, że łączenie wymaga niższego od kombinacji stopnia rozwoju umysłowego, polega na samych wyobrażeniach i uczuciu. Wyrażając się jaśniej, powtarzam, że idiota nie może bynajmniej wznieść się do najprostszego liczenia pamięciowego lub ułamkowego, a większa część z nich nie dochodzi nawet do działań odciągania i dzielenia wymagających już wyższego stopnia rozwoju jak dodawanie i mnożenie, które samą pamięcią dokonane być mogą.

Taką samą miarą ocenia tych chorych, już lud prosty, wyrażając się np. „on trzech niezliczy”.

Niedołęztwo to umysłowe wszakże niewyklucza wcale prostej pamięci, jakto przekonywamy się na karłakach alpejskich i wielu z moich wychowanków, którzy są w stanie wyuczyć się dokładnie tabliczki mnożenia, liczenia do stu, i napisać ortograficznie nawet list, wprawdzie krótkimi okresami przez siebie ułożony.

O zrozumieniu pojęć religijnych, z wyjątkiem opowiadania z historii biblijnej i najpierwszych zasad moralności— a tém bardziej treści różnic wyznania—nie może tu nawet być mowy.

Tym sposobem ogranicza się całe działanie umysłowe idioty na pole, które z jednej strony zakreśla całkowity brak czynności psychicznych, a z drugiej niemoc kombinowania i łączenia pojęć abstrakcyjnych.—Samo przez się rozumie się, że w wykładzie tu pomijam zupełnie wszystkie zbliżone do naszego przedmiotu odcienia obłąkania, które, jak moje doświadczenie uczy, częściej się u dzieci wydarza, aniżeli to pospolicie utrzymują.

Za podstawę podziału na: *idiotów, półidiotów i niby idiotów* uważaną być musi przede wszystkim *mowa* czyto w słow-

wach czyli też w znakach wyrażana, która pomimo téj różnicy zostanie zawsze najogólniejszą i najpewniejszą zewnętrzną oznaką działania umysłowego; podobnie rzecz się ma z zabawką dziecięcia, z obudzeniem samowiedzy, i stosownem użyciem palców.—Wcześniej już, lubo mniej wybitnie świadczą o tém zmysły wzroku i słuchu, niemniej skłonność do wążchania potraw, a najwcześniej odwzajemnienie pieśszcot matki, które wszakże wyraźnie określić się nie dozwala.

Wszystkie inne znaki czerpane z postawy ciała, wyrazu twarzy, ochędóztwa, łaknienia, niezwykłej opieszałości lub rzutności ruchów, niedołącznego chodu i t. p. mogą wprawdzie utwierdzać nas w pewności na powyższych cechach opartej,—nie rozstrzygają wszakże rozpoznania.

Mniej jeszcze polegać można na zboczeniu budowy czaszki, tułowia, albo w zębowaniu i t. d. które u prawidłowo rozwiniętych umysłem dzieci, mogą być przypadkami choroby skrofulicznej lub rachitycznej.

Pospolicie udaje się wykryć idiotyzm w czasie około 2—3 roku życia,—rzadko tylko rozpoznanie jego ukrywa się do drugiego zębowania.

Za zwyczaj towarzyszą temu stanowi rozmaite choroby, a zdrowie dziecięcia może czasowo ulegać zmianom, ale nigdy prawie polepszeniu.

Znaki cechujące rozmaite stopnie idiotyzmu, z których żaden sam dla siebie, tylko w połączeniu ze wszystkimi rozpoznanie stanowić może—są następujące.

I. Idiotyzm.

Idiota pozbawionym jest wszelkiej samowiedzy, wszelkiego naśladowania i myślenia i wszelakiego sposobu udzielania się na zewnątrz, chyba tylko przez mimowolny wykrzyk bólu lub radości, zadowolenia lub przykrości.

Jedni z nich mają zwrócone oczy w jedno miejsce jakby osłupiałe, inni rzucają niemi bezmyślnie lub patrzą ukośnie, a większa połowa zdaje się być głuchą.

Podczas gdy *ten*, żywszego usposobienia, przeskakuje z miejsca na miejsce, siedzi *ów* nieporuszony w jednym kąci— a obydwaj przerwani w swą czynności, wydają krzyk niezadowolnienia. Ten drapie po murach, sprzętach, i sukniach— tamten buja się i trzęsie rękami i głową jakby w płasawicy, wykrzykuje i wybucha dziwnym śmiechem— bez powodu. Wielu z nich ulega ślinotokowi, igra z wypły wającą z ust śliną, bawi się oddanym stolcem, przygryza palce i t. p. Wszyscy zarówno okazują niepohamowaną żądę jedzenia chociażby najobrzydliwszych przedmiotów, a przynajmniej wtykają do ust wszystko co im się pod oczy nasuwa. Z powodu niemożności żucia mianowicie w pierwszych latach życia, zachodzi łatwe niebezpieczeństwo uduszenia; niezdolność stosownego uchycenia pokarmów i nieczystość przy oddawaniu stolców i moczu należy do statecznych znaków niemocy.

Zabawom właściwym wiekowi dziecięcemu, z wyjątkiem igraszek z przedmiotami błyszczącymi lub dzwoniącymi, a niekiedy z lalką— nieoddają się takie dzieci nigdy, tak samo nie zwykły one przypuszczać do zabaw swoich jakiegokolwiek zwierzątka; przeciwnie postrzegamy w nich wielką skłonność do samogwałtu (onanii) w najobrzydliwszych formach.— W ogólności przeważać tu zwykło otrętwienie, jakkolwiek zdarzają się wypadki niejakiego podrażnienia ustawicznego z następną bezsennością obok nienaruszonego z resztą zdrowia.

Pomijając wymuszone częstokroć przez niektórych Lekarzy porównanie wyrazu twarzy i budowy czaszki z fizyognomią zwierzęcą, niemożna zaprzeczyć, że jest coś w postawie ciała, w krzyku, w chodzie i ruchach takich dzieci, co pomimowoli przypomina niektóre zwierzęta.— I tak jedne kiwają się i mruczą jak niedźwiedzie, inne rzucają się z nad-

zwyczajną chciwością przy wypełnionym żołądku na kruszoną chleba na ziemi leżącą, której zdrowe oko zaledwie dostrzedz zdoła, sposobem sokoła na zdobycz czyhającego,—inne znowu leżące spokojnie, kucząc lub siedząc, ruszają nieustannie szczękami, niby bydłęta przeżuwające i t. p.

II. Pół-idiotyzm.

Osoby tego rodzaju niemocy umysłowej, niemniej przykre z wejrzenia już sprawiają wrażenie, a niektóre z nich wydają się nawet przy pierwszém krótkim spotkaniu, zupełnie być zdrowe, szczególnie jeżeli ich spokojnie siedzących zastajemy, w którymto razie z wyrazu twarzy i oczu, wewnętrznej próżni odgadnąć niepodobna.

Widzimy u nich zdolności udzielania się przy pomocy pojedynczych, niewyraźnie wygłaszanych ale stosownie użytych słów; w przedmiocie blisko ich dotyczących potrzeb życia, używają częstokroć trybu bezokolicznego, np. „chleba (chleba) dać” i. t. p. w ogólności przedstawiają stopień wykształcenia 1 lub 2 letniego dziecka.

Jeżeli do tego jeszcze przyłączy się przypadkowe stopienie słuchu lub władzy mówienia (np. cierpienie właściwych nerwów), t. j. częściowe porażenie mowy (Glossoplegia), mogą tacy chorzy wyuczyć się choć niedokładnej mowy na migi a przynajmniej rozumienia takowej. Jąkanie lub bełkotaniew ydarza się również u tych osób czego w prawdziwym Idiotyzmie nigdy nie bywa. Samowiedza występuje tu jawnie, a dzieci takie okazują chęć do zabawek i zatrudnień dziecinnych; nawet próbują się w sile fizycznej choć nieinaczej, jak przez bicie, tłuczenie, rzucanie i zbieranie rozmaitych gratów i zabawek, któremi wypełniają sobie kieszenie. Rozbudzające się życie duchowe, objawia się przywiązaniem do rodziców i nauczycieli, zawiścią dla odznaczonych rówieśników, kłótnią i. t. p. Muzyka, śpiew, obrazy i rozmowy łagodne a pojedyncze, zdają się ich zaj-

mować, a w całej istocie ich dostrzegamy działanie z oddziaływaniem, i przejście z biernego do czynnego życia.

Przy tém wszystkiém widoczną jednakże jest niezgrabność i nieudolność stosownego użycia rąk, zkąd pochodzi, że takie dzieci nie są w stanie same się ubierać, myć, czesać, zapinać guziki i. t. d. — w czem jednak ważną przyniesć może zmianę nawyknienie i wychowanie, które troskliwie i zcierpliwością prowadzone, pół-idiotę do pewnego stopnia rozwoju umysłowego doprowadzić może. Obok przeważającą tu jeszcze żądzę jedzenia, dzieci te mniej już wachają, niespożywają rzeczy niejadalnych i okazują niekiedy zmysł smaku dosyć delikatny, a w ochędóstwie i posłuszeństwie stosują się do osób otaczających. Tam, gdzie się nam uda wskazać takim dzieciom metodą przy uczeniu głuchoniemych przyjętą, sposób wymawiania głosek, możemy się nawet spodziewać szybkich postępów.

Wypada mi w tém miejscu wspomnieć o 2 jeszcze poddziałach, tworzących niejakię przejście od Jdiotyizmu do pół-idiotyzmu. Do jednego zaliczam takie osoby, które ze względu na obejście się powierzchowne i na szykowność w podejmowanych robotach ręcznych, okazują tyle własności umysłowych, że w wyuczeniu się prawdziwej mowy nie miałoby żadnej trudności, gdyby nie stępienie władzy języka i innych do tej czynności potrzebnych organów, które im tamuje wymawianie pewnych lub wszystkich głosek. Ten poddział zajmuje niemal $\frac{1}{3}$ z liczby wszystkich pół-idiotów. W drugim rzędzie mieszczą się ci, którzy z powodu otepiącej a trwożliwej natury swojej, wzdrygają się za przemówieniem do nich, za najlżejszem dotknięciem się ich i wymawiają głoski a nawet całe okresy cichutko, sposobem papugi— i wydobywają silniejszy głos tylko w stanie niezwykłego drażnienia np: przy ćwiczeniach gimnastycznych, zawieszeni na drabinie, lub posadzeni na chwiejnej ławeczce, a po uwolnieniu ich z tego przykrego położenia, natychmiast znowu do dawniejszego bezgłosu powracają. Dzieci

z tego poddziału zdarzyło mi się 4 obserwować; wszystkie oddawały się onanii; u trzech z nich żadnej z resztą nie-wyśledzono choroby, a jeden cierpiał na padaczkę; leczenie wszystkich było bezskuteczne.

III. U niby-idiotów postrzegamy już myśli wychodzące poza zakres osobistych potrzeb, które nawet w wykonanie wprowadzić są zdolni. Mowa ich, jeżeli nie są pozbawione pamięci bywa płynną, niedostaje tylko czynu dla braku energii. Przeciwnie znowu, widzimy innych u których wybitnie odznacza się chęć do czynu, gdzie znowu mowa bywa niedokładną i niezrozumiałą. Władze umysłowe zbliżają się u nich więcéj do stanu prawidłowego, gdy tym czasem postawa, wyraz twarzy, chód, niezręczność przypomina bardzo stan pół-idioty. Stosunek odwrotny powierzchownej ogłady przy tępcie umysłowej, rzadko tu bywa napotyka-ny.

Dzieci tego rodzaju, jękają i myślą się w zgłoskach nierównie więcéj i częściej jak zdrowe. Nazbyt często postrze-gamy u nich pewien rodzaj bojaźliwości i wstydlivosti, unikania towarzystwa np. przy zabawach, niemniej czują wdzięczność za uwzględnienie ich skłonności, a to niewąt-pliwie z powodu, że takie dzieci mają poznanie swojego nie-dołęztwa i niższych od rówieśników zdolności.

Pozostawieni samym sobie, dopuszczają się dopiero po- spolicie jakich niedorzecznych czynności, jako: posuwania nogą w jedném miejscu, zwijania rurek z papieru, obgryza- nia paznokci, wykrzywienia twarzy, skrobania po głowie lub za uszami i. t. p. Na osobach tych, widzimy jawnie, jak ważny wpływ na umysł człowieka wywierają zmiany atmo- sferyczne i {meteorologiczne i wiele innych stosunków ze- wnętrnych, których natury jeszcze nieznamy. Z nadej- ściem lat młodzieńczych, spostrzegamy u nich bardzo wa- żne i częstokroć nader pomyślne pod każdym względem zmiany—jakkolwiek zaprzeczyć nie można, że wielu z nich pod tą zmianą ulega. Złośliwości, którą tak często narzuca-

ją dzieciom idiotycznym, nie widziałem nigdy — a jeżeli istotnie pojawiają się takie przykłady, położyć je wypada na karb szaleństwa lub obłąkania, alboliteż złego prowadzenia dzieci. Niemoc tego rodzaju w ogólności, udaje się pomimo wybitnych objawów niedołąztwa umysłowego i niezrządkich zbroczeń materyalnych, doprowadzić do miernego przynajmniej stopnia wykształcenia, a nawet dochodzą takie dzieci do pewnej dojrzałości i wyuczenia się jakiegokolwiek sposobu zarobkowania.

Na zakończenie tój rozprawy wypada mi jeszcze raz powtórzyć, o czem mówiłem powyżej, że rozpoznanie i rozróżnienie 3 tych rodzajów Idiotyzmu, opierać się ma zawsze na zebraniu wszystkich nadmienionych znaków, i nigdy polegać nie może na jednej wyłącznie przypadłości. Główną cechą być tu winna zawsze mowa, jako wyrażenie myśli i stosowne użycie rąk, z odpowiednią celowi czynnością. Całkiem niewłaściwem zdaje mi się, uwzględnienie tój lub owój władzy umysłowej, które za miarę przy rozpoznaniu chorób umysłowych u dorosłych poczytać usiłowano, równie jak nieprawidłowości somatycznej albo zbroczenia anatomicznego, co szczególnie w ostatnich latach za wyłączną podstawę rozpoznania uważać nauczyliśmy się.

Jeżeli nauka lekarska w tój gałęzi Psychiatrii zachować pragnie przy sobie prawo pierszeństwa, a co niezbędnie się wymaga dla dobra nauki i lekarzy, powinna przeto Pedagogom i przyjaciołom ludzkości takie oznaczyć granice, któreby oni bez innych fachowych wiadomości, zrozumieć byli w stanie. Troskliwe i rozumne poszukiwania na tem polu, przekonają wkrótce ludzi do medycyny nienależących, że przy wychowaniu dzieci tego rodzaju, bez porady lekarza, a często bezpośredniego wpływu jego obejść się niepodobna, a z którem to zdaniem zgodzi się każdy z kolegów, który miał sposobność obserwowania przez dłuższy czas, dzieci uległych tój niemocy umysłowej.

Dr. Ł.

Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

POSIEDZENIE

Towarzystwa Lekars. Warszaw.

z dnia 18 Lutego 1862 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia,

Prezes złożył nadesłane od Towarzystwa Lekarskiego Wołyńskiego, Ustawę zasadniczą i Sprawozdanie czynności tegoż Towarzystwa, wraz z pismieną odezwą do Warszawskiego stowarzyszenia lekarskiego.

Sekretarz stały (P. Szokalski) opowiedział operacją wykonaną przez p. *Le Bruna* w Akademickiej klinice chirurgicznej na chorym, którego na poprzedniem posiedzeniu przedstawiał Towarzystwu p. Sciborowski. Z powodu wielkiej objętości tumoru, p. Le Brun uskutecznił naprzód w skórze dwa cięcia łukowate, jedno w górnej drugie w dolnej powiece, równoległe z brzegiem powieki w odległości o cal od tego brzegu i cięcie te po obu stronach w bok przedłużono.

Następnie starannie odpreparowano skórę i guz prawie bez krwotoku wyłuszczone, tak, że już tylko na szypułce w głębi się trzymał. Na szypułkę tę w głąb' założono pętlę zgniatacza (*e'craseur*), co przy znaczném rozszerzeniu oczodołu nie było połączone z wielkimi trudnościami.

W miarę zaciskania pętli guz podnosił się w górę, co świadczy o tém, że szypułka była położona niżej; po kwadransie szypułka już była przecięta i cały guz wyjęto, podwiązawszy jedną drobną tętnicę— więcej z ostrożności niż z potrzeby. Oczodoł wypełniono skubanką i przykryto pozostałymi płatami skóry,—zalecono zimne okłady. Pierwszą noc chory spędził spokojnie, bez gorączki, dziś (w 10 dni po operacyi) ma się całkiem dobrze. Ponieważ brzegi rozszerzonego oczodołu były nadzwyczaj na bok odrzucone, odpiłowano nieco brzeg zewnętrzny, który mógłby skórę przedziurawić z czasem. Pozostał przeto oczodoł próżny i dwie firanki z płatów bardzo cienkich, które nie są w stanie dołu tego wypełnić. Zbyt szybkie zaś wypełnianie oczodołu z głębi tegoż wychodzące, zamiast być pożądaném mogło by być tylko niepomyślnym znakiem, zapowiadającym powtórzenie się nowotworu.

Co się tyczy anatomicznej budowy guza, tenże przedstawiał najprzód szparę powiekową z rzęsami, w której znajdował się szczątek oka w postaci blaszki w ten sposób, że dno oka przyłożyło się do jego przedniej części (jakby w oku sztuczném). Od tego szczątka rozciągały się mięśnie oka przerosłe, grubością wyrówny wające mięśniom tarczognykowym. Właściwem siedliskiem guza był nerw wzrokowy a raczej przestrzeń między dziurą wzrokową a szczątkiem oka; otoczony był błoną bardzo śliską pochodzącą zapewne z rozrostu newrylematu.

Guz ten, badany drobnowidowo przez P. *Brodowskiego*, nie da się ściśle podciągnąć pod żadną formę stałą patologiczną. Składał on się z tkanki łącznej bardzo zbitój, drzewiasto rozłożonój, tworzącój komory, których zawartość stanowiły różne komórki, z tych niektóre koloidalnie rozdęte, linie tłuszczowo przerodzone, inne mające całkiem postać rakowatych, wręście różne szczątki (detritus). Dziura wzrokowa była tak dalece rozszerzona, że mały palec dał się w nią wprowadzić.

P. *Sciborowski* odczytał sprawozdanie z Rocznika Towarzystwa Naukowego Krakowskiego, tomu XXVIII (czyli ostatniego z roku 1861). — Z powodu rozbieżności między innemi przez kolegę rozprawy Proff. *Bryka* o stosowności szwu węzełkowego po operacji tracheotomii, wszczęła się dyskusya, w której większość obecnych kolegów, ze względów teoretycznych, oświadczyła się przeciwko temu zastosowaniu szwu węzełkowego.

P. *Chwat* udzielił rezultata wykonanych przez siebie operacji tracheotomii, z przyczyny dławca, w dwóch ostatnich latach, a mianowicie wykonał tę operacyą: W ciągu r. 1860:

u dzieci płci męskiej 10 razy, u dzieci płci żeńskiej 6, razem 16.— z tych umarło dzieci płci męskiej 7, dzieci płci żeńskiej 3, razem 10— wyzdrowiało: dzieci płci męskiej 3, dzieci płci żeńskiej 3, razem 6.

W ciągu roku 1861 wykonał p. *Chwat* też operacyę, u dzieci płci męskiej 7 razy, u dzieci płci żeńskiej 6, razem 13— z tych umarło dzieci płci męskiej 4, dzieci płci żeńskiej 3, razem 7,— wyzdrowiało: dzieci płci męskiej 3, dzieci płci żeńskiej 3, razem 6.

W końcu posiedzenia p. *Stanisław Janikowski* złożył kilka egzemplarzy broszury p. *Batailhé* (*De l'alcool — Paris 1859*), dla kolegów chcących sprawdzić zachwalone przez p. *Batailhé* użycie wysokoku w opatrywaniu ran.

POSIEDZENIE
Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego
z dnia 4 Marca 1862 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia,

Prezes wspomniał o kilku przypadkach apopleksyi mózgowej i o wysypkach ostrych, które w tych czasach spozstrzegał.

P. Stummer opowiedział przypadek obłądu pijackiego, w którym bez skutku dawał naparstnicę w wielkich dawkach, następnie opium po 3 do 4 gran. co godzinę również bez skutku; nareszcie chory, który przez 6 dni był bez pożywienia, 6go dnia, po zjedzeniu usnął i uspokoił się.

P. Apte przywołany był do dziecięcia 2-letniego, mającego pleśniawki (aphthae) w ustach, któremu przepisał roztwór chloranu potażu. W krótkce trudność w oddychaniu, zwłaszcza we śnie, naprowadziła kolegę na bliższe zbadanie palcem gardziela, w którym w głębi, na stosie kręgowym, nieco na prawo, znalazł nabrzmiałość wielkości orzecha, przeszkadzającą oddychaniu i łykaniu. Po 3ch dniach gdy trudność w oddychaniu bardzo się wzmogła, i przystąpiła znaczna *Cyanosis* przyzwany do narady kol. *Chwat* otworzył nożykiem u nasady w plaster lepki obwiniętym sprężystą już obrzmiałość, z której wypłynęło dosyć ropy i śluzu. Następných dni dziecko lepiej się miało, lecz 4go dnia zmarło z nagłego krwotoku w gardzielu.

W przeszłym roku ciż sami koledzy w podobnych okolicznościach, lecz jeszcze bardziej groźnych, bo już pulsu za ledwo można było się domacać, wykonali tę samą operacyę, ale z pomyślniejszym skutkiem, bo dziecię do dziś dnia żyje.

P. *Stummer* u kilkunastu dzieci z klasy najuboższej spostrzegł chorobę syfilityczną udzielone im przez służące, i kończącą się śmiertelnie.

P. *Natanson* ze względu na trudność dojścia tego rodzaju anamnez, zapytał się, czy kol. *Stummer* we wszystkich tych kilkunastu przypadkach dokładnie śledził kobiety, od których zaraza mogła pochodzić, tudzież rodziców tychże dzieci i zwrócił uwagę na trudności jakie się czasem przedstawiają w rozpoznaniu choroby syfilitycznej u dzieci.

P. *Rosenblum* na poparcie tego ostatniego twierdzenia kol. *Natansona* opisał przypadek, w którym dwóch doświadczonych kolegów pocztywało za wyrzut syfilityczny zwyczajne zapalenie napletka i skóry na pośladku u dziecięcia.

Co do przypadków śmiertelnych kol. *Stummera* sądził p. R. że mogła tam być obok choroby syfilitycznej i skrofuliczna, gdyż choroba syfilityczna nabyta daje się w ogóle łatwo u dzieci wyleczyć.

W końcu posiedzenia p. *Natanson* opowiedział o kilku ciałach stałych, postaci i wielkości bobu, barwy żółto-zielonawej, znalezionych w odchodach stolcowych kobiety chorej na *morbis Brightii*, lezonej przez kol. *Weinberga*. Po przekrojeniu ich i bliższém zbadaniu zwłaszcza z pomocą mikroskopu pokazało się, że to były skrzepy sera, które w przewodzie trawienia dostały gładkiej powłoki. Chora w samęj rzeczy, jak się później kolega *Natanson* dowiedział, od pewnego czasu karmiła się mlékem.

POSIEDZENIE
Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego
z dnia 18 Marca 1862 r.
(Prezes Dr. Kulesza).

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia i po załatwieniu bieżącego interesu administracyjnego,

Sekretarz roczny złożył:

Od prof. *Skobla* z Krakowa: „O równo-ważnikach farmaceutycznych głównych składników wód lekarskich” (odbitka z XXVIII. Tomu Roczników Tow. Nauk. Krako).

Zaś od prof. *Tyrchowskiego*, pragnącego zostać członkiem Towarzystwa: „O epidemjach cholerycznych w Płocku 1860”— i „Rys położnictwa praktycznego. Kraków 1861” Pisma te p. *Tyrchowskiego* oddane zostały do oceny kol: *Konitzowi*.

P. Stanisław Janikowski, zwrócił najprzód w ogólności uwagę kolegów, jak dalece brak nam pod wieloma względami dokładnych danych, dla oceny niewątpliwie działających na zdrowie publiczne szkodliwości, tak w całym kraju jak w szczególności w mieście naszym. Następnie wyraził swe zdanie, że towarzystwo właśnie zbiorowemi swemi siłami mogłoby i powinnyby nie jedną z tych kwestyi rozświecić. W końcu uczynił wniosek, iżby Towarzystwo wybrało ze swego łona Komitet dla przekonania się, czy kąpiele publiczne w Warszawie istniejące są w odpo-

wiedniej ilości do liczby mieszkańców, 2^o czy ich cena i rozmieszczenie czyni je dość przystępnymi dla wielkiej masy ludności; 3^o jaka w przecięciu ilość wziętych kąpielii wypada rocznie na jednego mieszkańca; 4^o o ile w urządzeniach swych odpowiadają wymaganiom higieny publicznej istniejące w naszym mieście łazienki wannowe, kąpiele parowe i mikwy żydowskie (te ostatnie dosadnie przed 20ma laty opisane przez kol. *Rosenbluma* w broszurze p. n. Uwagi nad terażniejszym stanem Starozakonnych pod względem policyjno-lekarskim Warsz. 1842)

P. *Helbich* popierał ten wniosek, był jednak zdania, że wprzód należy wszczepić ludowi naszemu zamiłowanie do czystości. Żwrócił nadto uwagę na wiele innych szkodliwości higienicznych miasta naszego, jak: mieszkania wspólne, wychodki smrodliwe i t. p. oświadczając że obowiązkiem jest każdego lekarza w swoim zakresie zbierać bezustannie wiadomości o tych szkodliwościach.

Sekretarz stały mniemał, że tanie kąpiele pociągną za sobą zamiłowanie do ochędóstwa ciała, jak tego i w Paryżu przed niedawnemi czasy widziano przykład. Co do wilgoci mieszkań sądził p. *Szokalski*, że w mieście naszym pochodzi ona w znacznej części z przeludnienia mieszkań klasy ubogiej i istniejącego u nas zwyczaju prania bielizny po domach.

P. *Natanson* popierał również wniosek, podnoszący obowiązek Towarzystwa do zajmowania się kwestjami miejscowej higieny publicznej.

Wreście wniosek przyjęty został, do komitetu zaś wyznaczono pp. *Janikowskiego* (Stanisława), *Łuczkiwicza*, *Płaskowskiego*, *Rosenbluma* i *Szokalskiego*.

Na zapytanie P. *Bęcewicza* co do komitetu wyznaczonego przez Towarzystwo na jedném z tegorocznych posiedzeń, dla zbadania kwestyi zapobiegania nieszczęśliwym przypadkom, nader często zdarzającym się w kraju naszym z powodu machin rolniczych, jak sieczkarnie i t. p

P. *Szokalski*, członek komitetu, odpowiedział że komitet już rozpoczął swe działania, zbierając odpowiednie materiały.

Następnie p. *Libchen* odczytał sprawozdanie z rozprawy nadesłanej Towarzystwu przez p. *Markusfelda* „O rozmięczeniu mózgu” przedstawiając autora na czynnego członka Towarzystwa.

W końcu posiedzenia, Towarzystwo w potrzebnym do balotowania komplecie zebrane przystąpiło do głosowania na nowych członków, wskutek którego wybrani zostali większością głosów: Dr. *Markusfeld* z Warszawy na członka czynnego, Dr. *Metzig* w Lesznie i Dr. *Bokiewicz* z Jadowa jednomyślnie na członków Korespondentów.

ODEZWA

Towarzystwa Lekarskiego Wołyńskiego.

DO

Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Lekarze Wołynia czuli i rozumieli dawno potrzebę zjednoczenia swych sił na drogę nauki, ogromne z tąd korzyści nie były im obce. Niedawne wszakże czasy pozwoliły im wreszcie dosięgać tego celu. Towarzystwo ich obecnie ustalone w Mieście Żytomierzu. zyskawszy uprawnienie swego bytu pod nazwą Towarzystwa Lekarskiego Wołyńskiego, widzi się na stanowisku działania wedle celów, które sobie zakresliło.

Cele te nie obce są Towarzystwu Panów, których prace umieliśmy i umiemy oceniać i w których ślady radziśmy wstępować. Programę naszych zamiarów znajdzie Towarzystwo Panów w sprawozdaniu naszym, które wyjaśni jednolitość naszych prac a następnie ustali podobnież braterstwo naszych wzajemnych stosunków. Starsze wiekiem Towarzystwo Warszawskie dla młodego Wołyńskiego nie będzie obce myślą, obdzielili je skarbami swój wiedzy, prac swoich członków i większemi skarbami braterskiej jedności utrzymanej i utwierdzonej przez częste naukowe stosunki.

w M. Żytomierzu 1861 roku 15 Listop.

Towarzysz Prezesa Dr. *Richter*,
„ „ Dr. *Wierzbień*,
Sekretarz i Redaktor Towarzystwa *E. M. Galli*.

RZECZ

O ROZMIĘKCZENIU MÓZGU

napisał

Dr. Markusefeld.

Choroba ta, której rozpoznanie w nowych czasach szczególniej *Rostanowi* zawdzięczamy, była dawniej uważaną za cierpienie podeszłego wieku i poszukiwania w tym celu robione przez *Roschoux*, *Rostana*, *Dechambra* i *Cruveilhier* oparte były na danych, spostrzeżonych w *Bicetre* i *Salpetrière*, których kontyngens składał się z osób od 70 do 80 lat mających. Tymczasem na nieszczęście rodu ludzkiego, pokolenie terażniejsze, przyszedłszy już na świat z chorobliwym zarodem, niwecząc do tego swoje zdrowe soki rozpustą i zbytkami życia, w młodym wieku zaraz, przeszkadzając organizmowi, temu boskiemu dziełu w rozwijaniu dokładném i prawidłowém szczegółowych narzędzi, przyspiesza samo zawcześnie wiek zgrzybiały i wcześniej jak w innych wiekach, odziewa się skorupą starości. Nic więc dziwnego, że choroba ta, straszna dla starości, zaczyna wkradać

się w epokę średniego wieku człowieka i tak szerzy swoje mordercze panowanie, że ściśle rozpoznawanie tej niemocy pod względem anatomiczno-patologicznym, nie może jak wielką dla publiczności lekarskiej wzbudzić ciekawość.

Przez *rozmiękczenie mózgu* oznaczono chorobę tego organu, przy której spostrzeżono, że większa lub mniejsza część substancji mózgu lub mózdzku, *straciła swoją konsystencję* i zamieniła się w zupełnie dezorganizowany miąższ. Pod tym nazwiskiem w roku 1822, opisał *Rostan* tę chorobę w odznaczającej się w swoim czasie monografii i pod tym samym tytułem w r. 1843 *Durand-Fardel* ogłosił swoje poszukiwania, w dziełku przez Akademię medyczną uwieńczoném pod tytułem: *Traité du ramolissement du cerveau, ouvrage couronné par l'Académie de médecine.*

Nazwisko: „rozmiękczenie mózgu“ mówi *Durand-Fardel* jest w istocie mylne i prowadzi pod względem natury faktów, do których się stósuje, do *mylnych wyobrażeń*. W błędzie jest, kiedy ktoś myśli, że utrata spójności, chorobę stanowi, że przyczyny, oznaki i rozwiązanie choroby są tylko skutkiem *materyalnej* tej zmiany miąższu mózgu; owszem postaramy się, mówi on, dowieść, że właściwe rozmiękczenie jest dopiero skutkiem poprzedzającego *przekrwienia mózgu* (hyperaemia) i stanowi jakby ostatnie ogniwo dawniejszej sprawy chorobnej, która albo przez zatrzymanie się lub ograniczenie wywołanej przez nią zmiany patologicznej, przez odnowienie lub zabliznienie chorobowego ogniska bez powrotu organu do normalnego stanu, a czasem bez powrotu już uszkodzonych funkcji, *zdąża do uleczenia się*.

Najwłaściwszy podział téj choroby jest: na *zapalny i chroniczny*, lubo większa część dzieł, które się dawniej opisywaniem jéj zajmowały nie pokazują żadnego śladu tego naturalnego i klasycznego podziału. Zdaje się jednak, że on jest z naturą rzeczy zgodny, gdyż nie tylko powawy i przebieg choroby nas do takowego upoważniają, lecz nawet ze stanowiska anatomii patologicznój zdaje się być najwłaściwszym.

W wielu wypadkach, rozmiękczenie kończy się odrazu śmiercią w peryodzie *ostrym*; w innych razach przebiegłszy peryod ten, który się dość wybitnemi cechuje powawami, przechodzi w peryod swój *chroniczny*.

Czasem jednak, rozmiękczenie mózgu tak skrycie i powoli odbywa swój przebieg, że najbystrzejszemu oku trudno jest rozróżnić peryód ostry od chronicznego, słowem, trudno jest w wielu razach ustalić linię graniczną między jednym a drugim peryodem.

1. SIEDLISSKO CHOROBY.

Rozmiękczenie zapalne może się zjawić we wszystkich punktach mózgu, najczęściej jednak napotyka się w ciałkach prążkowych. Z pomiędzy 33 wypadków w *Salpetrière* widzianych, 31 razy ostatnie tylko były zajęte. 9 razy one same tylko przedstawiały siedlisko choroby, 24 razy zaś zajęta była także istota biała pod niemi leżąca, w czterech wypadkach dotknięty był wzgórek prążkowy a trzy razy pagórek wzrokowy, jeden tylko raz mózdzek był atakowany na swojej powierzchni. — Spostrzeżenia Rostana, Lallemanda, Andrala i Ruikena, tenże sam stosunek pokazują. Zawoje więc po większej części są siedliskiem téj choroby, gdyż z pomiędzy 86 wypadków przez wymienionych autorów przytoczonych, 58 ra-

zy były zawoje zajęte, .a 28 razy wzgórki prążkowane albo pagórki wzrokowe były obrażone.

Dane te pokazują wielkie przeciwieństwo pod względem siedliska w *krwotokach mózgu*, o których na innym miejscu pomówimy. Rzadko rozmiękczenie ogranicza się li na szarą, jak też rzadko li na białą istocie mózgu, po większej części i jedna i druga jest zajęta.

2. KONSYSTENCYA.

W ostrém rozmięczeniu dostrzegamy różne stopnie spójności. W niektórych razach, uszkodzenie spójności jest tak małoznaczące, że ledwo okiem spostrzedz się daje i napuszczony strumień wody nie jest w stanie wnikać w głąb miąższu, albo włókna jego rozłączyć; jednak palcami macając przedstawia uczucie skrzeptłej i stężonej galarety. Pospolicie, pokazuje się wyraźna jednostajna czerwoność, nabrzmienie i trzęsący się ruch galaretowaty; rozmiękczenie może dojść aż do formy gęstej papki, i ten stopień rozmiękczenia znajduje się tylko w substancji białej albo w środku ogniska (podług Leubuschera).

Mikroskop pokazuje zniszczone włókna mózgu, wysiękowe komórki w różnych stopniach rozwoju, krew i tłuszcz, często daje się palcem namacać fluktuacja. Najlepszy sposób oznaczenia stopnia rozmiękczenia jest, przez napuszczenie cienkiego strumienia wody z wysoka; ten wnika w głąb, rozrywa włókna i dochodzi do samego dna procesu chorobowego. W stanie ostrym rzadko udaje się strumieniowi wody rozrywać wewnątrz miąższ, gdyż ten jest tylko zmieniony co do spójności, ale po więk-

szej części organizacja jego jest nienaruszoną, gdy tymczasem w stanie chronicznym dzieje się przeciwnie.

3. BARWA.

Barwa mięszu rozmiękczonego zawsze jest zmienioną i częściowa lub ogólna czerwoność jest stałym znamięm ostrego rozmiękczenia, która później w żółty przechodzi kolor. Z pomiędzy 200 wypadków, trzy tylko spostrzeżono bez koloru czerwonego.

Czerwoność ostrego rozmiękczenia może się przedstawić pod formą nastrzykiwań (iniekcyi) lub nasięku (infiltracyi) krwi, albo równego wszędzie koloru. Jak też widzimy albo długie naczynia krwiste, które w różnych kierunkach przebiegają, albo mięsz rozmięczony nasiany jest drobnymi naczyniami włoskowatymi.

Znajdują się także małe pęczki naczyń tu i ówdzie umieszczonych. Rzadko natrafiamy ostre rozmiękczenie w substancyi szarój, któremu wielka kongestja naczyń towarzyszy, żeby wtedy również w mięszu zmięczonym nie było nasięku krwistego, co zdaje się pochodzić z pęknięcia drobnych naczyń, jak to również miejsce miewa przy każdym ostrym zapaleniu każdego bądź organu. Czasem znajdują się złogi krwi wielkości ziarna siemienia, aż do wielkości grochu, dają się także widzieć na powierzchni mózgu blaszki, albo ziarna fioletowo-czarne różnego rozmiaru i kształtu składające się z miąższości mózgu pomieszanej z krwią i ten stan nazwano rozmiękczeniem *amarantowem*. *Lallemand i Sims* starannie się nad kolorem rozmiękczenia zastanawiali i mylnie utrzymują, że następnny kolor *żółty* dowodzi już ropienia, co się bardzo ła-

two zbija zapatrując się na wszelkie wysięki krwawe czy w mózgu czy w innych tkankach, widzimy bowiem, że im, po większej części ku końcowi, żółty kolor towarzyszy. Przy rozmięczeniu ostrém, barwa żółta na początku rzadko dobitnie się pokazuje w szarej substancyi, w białej zaś prędkiej; w jednym wypadku 20 dnia sekcyja pokazała czysto żółty kolor; *Andral* cytuje wypadek w „Clinique medicale“ w którym jedenastego dnia znaleziono żółty kolor bez czerwoności.

4. Przy każdym rozmięczeniu znajdujemy otaczające części w wielkim stanie *kongestyi*, toż samo się tyczy i opon mózgowych. Na 37 spostrzeżeniach, z których 24 wzięte w Salpêtrière, 13 zaś w klinice *Andrala*, wszystkie trzy opony były mocno *krwią nabiegłe*.

5. ANATOMIA PATOLOGICZNA ROZMIĘKCZENIA PRZEWLEKŁEGO.

Zmiany dalszym okresem cierpienia tego towarzyszące, bywają daleko więcej powikłane i różne już przedstawiają charaktery. Wprawdzie *Cruveilhier* i *Dechambre* wspominają już w swoich dziełach o owych cechach dalszego rozwoju téj sprawy patologicznej, uważając je jednak raczej za dążność natury do zabliznienia mięszu uszkodzonego.

Chroniczne rozmięczenie mózgu przedstawia różne formy anatomiczne, które się stósują do okresu w jakim się choroba znajduje. Rozmięczenie papkowate, jakim nazywamy stadium pierwsze, różni się od ostrego, *brakiem czerwonego koloru* i przy téj for-

mie zjawiają się rozliczne po sobie następujące zmiany anatomiczne, które długi czas uszły były baczości anatomii patologicznej.

Okres drugi chronicznego rozmięczenia, przedstawia dwie różne formy, stósownie do miejsca jakie proces chorobowy zajmuje, to jest, stósownie do tego czyli tylko istota szara, lub też głębsze warstwy mózgowe są uszkodzone.

Co do pierwszego, znajdujemy często na powierzchni szarej substancji, blaszki różnej grubości, budowy błoniastej, daleko więcej zbite od zdrowej substancji szarej. Opierają się one strumieniowi wody na nie spuszczoneму i te nazywamy blaszkami żółtymi. Jeśli zaś głębsze części są uszkodzone, to często w nich odbywa się wsiąkanie miazdzy nerwowej. Zastępuje ją tkanka łączna czyli *wiązkowa* (*Bindgewebe*), którego pojedyncze komórki wypełnione są cieczą, nazwaną przez Cruveilhier i Dechambra *plynem wapiennym*. Ten rodzaj rozmięczenia nazwano nasiękiem komórkowym czyli infiltracją celularną.

Trzeci okres przewlekłego rozmięczenia mózgu odznacza się zupełnem znikaniem rozstrojonego mięszu i to jest właściwą dążnością a raczej zakończeniem sprawy rozmięczenia. Ciekawy jest nader fakt, że w każdym stadium proces chorobny może przez jakiś czas na jednym zatrzymać się stopniu i zdaje się, że chce wejść w warunki sprzyjające zbliżeniu tak dalece, że nawet i objawy do tego stósować się zaczynają.

Mógłbym jeszcze obszerniej i rozwlekłej skreślić anatomią patologiczną każdego w szczególności stadium, obawiam się wszakże, zanadto czytelnika znudzić i

zmęczyć, uważam tylko za stósowne napomknąć, że w trzecim okresie, w którym miąższ zdeorganizowany przez wessanie znika, jeśli tylko nowe wysięki nie mają miejsca i proces się na przyległe części nie przenosi, wtedy zostaje próżnia, która *zabliźnić* się może w taki sam sposób, w jaki się złogi zalewowe *zabliźniają* t. j. przez zbliżenie i *ściągnięcie* się ścian próżni.

6. SYMPTOMATOLOGIA.

Między wszystkimi objawami nie mamy ani jednego, któryby specjalnie służył tej chorobie, to jest *nie istnieje żaden*, z którego, *byśmy z pewnością mogli wnosić o rozmiękczeniu*. Oznaki towarzyszące rozmiękczeniu mózgu, są tak różnorodne i wbrew sobie przeciwne, że na żaden sposób z takowych ani o miejscu ani o obszerności miejsca zajętego, sprawy sobie zdać nie można. Symptomatologia tu wyłożyc się mająca, opiera się na kilkudziesięciu historyach chorób w Salpêtrière obserwowanych, których sekcyje ani śladu krwotoku jakiegokolwiek miejsca mózgu, ani wysięku surowiczego, ani zapalenia opon, ani tumoru mózgowego nie okazały, oprócz czystego rozmiękczenia. Zdaje się więc, że ich pojawy za życia są dokładne i wierne i w praktyce bardzo za podstawę do rozpoznawania służyć mogą. Tych się też trzymać będziemy.

Oznaki ostrego rozmiękczenia mózgu.

Tu przedstawiają się *dwie główne formy*, jedna charakteryzuje się zniszczeniem czynności mózgowych pod formą *zalewu* czyli apopleksyi, paraliżu czyli porażenia lub nieczułości (anestezyi), druga zaś odznacza się *wygórowaną czynnością*, czyli *exaltacją*

spraw mózgowych, jako to: majaczeniem, konwulsjami. Pierwszą formę nazywać będziemy *apoplektyczną*, drugą zaś *ataktyczną*. Osłabienie, albo zupełna utrata wiedzy, czucia i ruchu są cechami pierwszej formy, której objawy nagle występują, albotęz powoli się rozwijają, cechy zaś drugiej formy są po większej części: niespokojność wewnętrzna, agitacya ogólna, obłęd w myślach, drgawki, napady podobne do padaczki, albotęz tężcowe skurczenia różnych części ciała.

Co do objawów przedwstępnych nie także pewnego powiedzieć nie można, jakkolwiek w niektórych razach są one dość odznaczające się. Chorzy przez niejaki czas narzekają na ból głowy, zawrót, osłabienie funkcij intelektualnych, pamięć i władza pojmowania tępieją; niektórzy chorzy doświadczają długi czas uczucia gęśiej skórki, bólu w *odnogach* i innych częściach ciała. Inni podlegają częstym uderzeniom krwi do głowy, u drugich zaś bez żadnych podobnych objawów odrazu w całej sile swojej choroba występuje. *Rostan* w swoim dziele „*Recherches sur le ramolissement du cerveau*” dzieli tę chorobę na dwa bardzo określone peryody; pierwszy wstępny czyli prodromów, który stanowią: ból głowy i zawrót; drugi zaś w którym chory bez danej sobie przyczyny traci władzę w jednej z odnóg.

Zdaje się jednak, że podział ten nie wytrzyma krytyki, gdyż na 30 wypadków przez siebie spostrzeżonych tylko 15 razy o prodromach wspomina, a reszta wypadków bez takowych miała miejsce. Na 62 obserwacye robione w *Bicêtre*, 29 tylko przedstawiły się z odznaczającymi się prodromami, reszta zaś

wypadków bez takowych przebiegła, sam zaś początek rozmiękczenia potrzebuje bystrego i praktycznego oka lekarza, aby go poznać. Czasem zaczyna się rozmiękczenie ogólnem lub częściowem osłabieniem funkcyj mózgowych, władz umysłowych, organów ruchu i czucia; w niektórych razach, choroba powoli nurtuje siły mózgowe, aż sprowadzi zupełne ich zniszczenie i wtedy dopiero występuje pod formą apoplexyi. W innych razach bez żadnych prodromów *od razu* występuje gwałtownie i zaczyna się *pojawnami apoplexyi* i porażenia, niekiedy zaś objawia się początek choroby *exaltacją*, symptomami kurczowymi w połączeniu z upadkiem sił i częściowego porażenia. Charakter ten odbija się głównie na funkcjach intelektualnych i na organach ruchu, zaczyna się atakami bardzo podobnymi do epileptycznych; na 130 wypadków cytowanych przez Rostana, Andrala i Durand-Fardela 79 razy zaczęła się choroba w sposób apoplektyczny, 58 razy różnemi zaczęła się objawami.

Dodać tu muszę, że osoby należące do pierwszej kategorii, były już starsze nad lat sześćdziesiąt; należące zaś do drugiej kategorii, po większej części były średniego wieku, z tego więc wnosić można, że u *osób wieku podeszłego*, najczęściej pod formą *apoplektyczną* występuje.

USZKODZENIE ORGANÓW RUCHU.

We wszystkich wypadkach rozmiękczenia, spostrzegamy *porażenie* jednej połowy ciała, częściej jednej tylko kończyny; porażenie jest albo *zupełne* lub zostaje w granicach *niemocy* (*pareseos*); często temu porażeniu

kończyn towarzyszy *kontraktura*, która się objawia pod formą lekkiej sztywności, albo też jest tak silną, że żadną mocą jej przewyciężyć nie można; ta kontraktura może nawet zająć kończynę nie porażoną. Nadto porażeniu towarzyszyć mogą *konwulsje* ogólne lub częściowe, czasem tylko ogranicza się na drzeniu mięśni. Rzadko się zdarza, aby kończyna dolna, bardziej była porażoną niż górna, tym czasem przeciwny wypadek częściej się pojawia.

Przy porażeniu jednej tylko kończyny, zwykle *przytomność* jest *nienaruszoną*, porażenie z przytomnością mają się w stosunku prostym; do utraty przytomności przystępuje zwykle zupełne porażenie połowicze (*haemiplegia completa*). *Andral* występuje przeciwko zdaniu autorów, jakoby skurczenie (*contractura*) było nierozdzielnyim pojawem rozmiękczenia, gdyż swemi obserwacyami dowodzi, że tak w ostróm jako i przewlekłym często jój nie było.

NADWEREŻENIE CZUCIA.

Ter symptom *ostrego* rozmiękczenia towarzyszy zwykle porażeniu, jakkolwiek nie zawsze. Na 23 razy porażenia, 9 razy czucie było nie nadwerezone, prawda, że w tych razach porażenie było niezupełne i w połączeniu z kontrakturą. Dwa razy, drugiego dnia dopiero zjawiała się *anaesthesia*, kiedy haemiplegia zupełnie była rozwinięta. Jednakże nieczułość ta (*anaesthesia*); nie towarzyszy zarówno wszystkim częściom porażonym; w jednym wypadku, w którym ramię i twarz były porażone, *anaesthesia* tylko w twarzy się pokazała, w innym wypadku ograniczyła się tylko na błonach śluzowych

ust i nosa, co należy do rzadkich fenomenów, gdyż błony śluzowe najpóźniej tracą czucie, co gdy ma miejsce, najgorsze przypuszcza rokowanie.

Czułość w tej chorobie nie tylko przedsiawia się pod formą nieczułości (anaesthesia), czasem nawet cechuje się zbytnią *nadczułością* (hyperaesthesia).

Tak w 23 obserwacyi Rostana chory narzekał na wielki ból skóry porażonego ramienia; 8a obserwacya *Lallemanda* pokazuje, że chory tak gwałtownych doświadczał bólów całej porażonej części, że się nie mógł wstrzymać od głośnych krzyków i stękań.

Są pewne modyfikacye czucia, które towarzyszą ostremu rozmiękczeniu, jak *sztynwienie*, czucie łożenia mrówek, cierpienie, któreto objawy albo należą do prodromów, albo się razem z rozmiękczeniem zaczynają, lub też dopiero w biegu choroby się rozwijają. Jedno uczucie jeszcze musi być wzmiankowane, to jest *uczucie zimna w porażonej połowie*, na które zwykle wszyscy narzekają i rzeczywiste obniżenie ciepłostanu w częściach porażonych, co pochodzi zarówno z przerwanego krwiobiegu, jako i porażenia nerwów naczynio-ruchowych (nervi vasomotorii).

BÓL GŁOWY.

Bardzo rzadko spostrzega się w *ostrém* rozmiękczeniu ból głowy; na 19 wypadków przez Rostana podanych, tylko 4 razy, na 32 w Salpêtrière spostrzeżonych tylko 9 razy, na 12 przez *Andrala* obserwowanych, tylko 6 razy go spostrzeżono; *Lallemand* utrzymuje, że *ból głowy* jest stałym symptomem tej choroby, i dopiero wtedy ustaje, kiedy chorzy przechodzą w stadium śpiączki lub tracą przytomność. Na zbiecie tego zdania do-

syć jest odwołać się do tych 60 wypadków, w których ból głowy 17 razy tylko *sposzrzedono*.

Większą rolę odgrywa on przy *chroniczném* rozmięczeniu. Z rozbioru spostrzeżeń przez różnych autorów podanych, wnosić można, że ból głowy w historyi ostrego rozmięczenia nie odgrywa téj ważnej roli, którą mu przypisują, gdyż często tak w zwiastunach jakoteż w przebiegu choroby spostrzegać się nie daje; mimoto, mocny ból głowy ciągle trwający, i w jednym punkcie ograniczony, wiele posłużyć może do wykrycia już to ukrytego nieprzyjaciela lub mającego się tam dopiero usadowić.

USZKODZENIE WŁADZ UMYŚLOWYCH.

Zmiany intelektualne są najbardziej interesującym objawem *ostrego* rozmięczenia i one pod różnemi formami i charakterami się objawiają. Tak na kilka dni przed wystąpieniem choroby, władze intelektualne pokazują pewne osłabienie, pomieszanie w myślach, smutek, takóŜ zbytnią draŜliwość; jeżeli się choroba powoli rozwija, wtedy teŜ władze umysłowe stopniowo tępieją. Czasem władza myślenia bardziej jest nadwreŜona niŜ osłabiona, przystępuje wielka niespokojność, draŜliwość, gadatliwość, czasem ciche majaczenie; w Salpêtrière widzieć się daje przy téj formie obłędu, że kobiety nim dotknięte często w nocy uciekają do cudzych łózek, nazajutrz rano nic sobie nie przypominają co w nocy zaszło, kilka razy na dzień ubierają się i rozbierają, najwięcej zatrudniają się pościelą i mają wielkie upodobanie w rozrzucaniu jêj. To cierpliwe i ciche majaczenie jest czasem przepowiednią gwałtownych scen lub ogól-

nego osłupienia i śpiączki, o której Rostan powiada, że dopiero w końcu drugiego stadium się objawia.

STAN TWARZY.

Kiedy powawy rozmiękczenia powoli się rozwijają, wtedy i rysy twarzy dostarczają ważnych zmian, które się odznaczają wyrazem dumania, zamyślenia się, obojętności i osłupienia. W ogólności *fizyjonomia u starców* pod względem dyagnostycznym co do chorób mózgu, odgrywa ważną rolę. Czasem wyraz twarzy daje widzieć jakieś pomieszanie, drażliwość, wielką żywość, ruchliwość mięśni, także utratę symetrii muskularnej na jednej połowie twarzy, szczególnież kiedy chory mówi lub się śmieje, jedna powieka dobrze pokrywa gałkę oka, druga zaś tylko do połowy się spuszcza. To są pewne znaki, że się sprawa chorobna już zaczyna formować, lub że już jest rozwinięta.

Gdzie zaś rozmiękczenie występuje pod formą ataktyczną, przy majaczeniu oko jest szklące, ruchliwe, czasem także i smętne bez życia.

MOWA.

W ostrém rozmiękczeniu bierze udział wielki mowa. Jakoż wymowa jest utrudniona, jak gdyby język wypowiedział swoje posłuszeństwo, i w ogólności skoro porażenie jednostronne jest rozwinięte, wtedy i artykulacya tonów wiele na tem cierpi. U wielu chorych, których ja miałem sposobność obserwować, kiedy już choroba była w całym swoim rozwoju, spostrzegałem że rzadko chorzy byli w stanie właściwymi wyrazami tłumaczyć swoje myśli, w środku mówienia przesta-

wali z powodu braku wyrazów. Znają to chorzy i ten stan wprowadza ich w wielkie oburzenie.

Często ich myśli tak są pomieszane, że żadnego ładu i związku nie mają.

Co do *żrenicy* mówi *Lallemand*, że ona w początku zawsze jest ściągniętą, co się niesprawdza, gdyż podług *Rostana* i *Andrala* po większej części jest rozszerzona, czasem także i zmysł widzenia i powonienia jest na stronie odpowiedniej haemiplegii uszkodzony.

Co się zaś tyczy *chronicznego rozmiękczenia*, tu *symptomatologia prawie jest taż sama jak w ostrém*, z tą tylko różnicą, że wszystkie szczegółowe symptomata nadzwyczaj *powoli* się rozwijają, tak dalece, że z początku mogą ujść baczności niedoświadczonego oka. Tu także mogą poprzedzać prodromata, które lata i miesiące choremu dokuczają, jakoto: stępienie władz umysłowych, ból głowy, zawrót, ogólna smutna dyspozycya chorego, często chory uważa, że nogi słabiej, toż samo w niektórych wypadkach w kończynach górnych spostrzedz się daje. Niektórzy przy tem zmniejszeniu władzy narzekają jednocześnie na bóle, juźto w ręku juźto w nogach.

Te i podobne symptomata mogą *trwać lata i miesiące* zanim się prawdziwe pojawy rozmiękczenia pokazują. U niektórych bez żadnych podobnych prodromów, od razu rozmiękczenie w całej sile występuje, tylko w sposób chroniczny, to jest, że przebieg ma powolny, choroba coraz bardziej postępuje, tylko może długo trwać; i tu dwojaką formę albo subapoplektyczną albo ataktyczną przyjmuje. Tu tylko wspomnieć wypada, że *Andral* i *Rostan* zgadzają się, że w chroniczném rozmiękczeniu po większej części jakiś czas ból głowy i za-

wrót poprzedzają, co wypadki przez nich obserwowane w większej liczbie stwierdziły.

ROZPOZNANIE.

Rozpoznanie chorób mózgu, anatomiczne rozpoznawanie siedliska i odgadnienie natury zmian, z jakimi mamy do czynienia, stanowi bezwarunkowo najtrudniejszą część patologii. Słusznie *Pinel* wskazał nam trudności, jakie się następują, chcąc upatrzeć zgodność pojavów z specjalnym patologicznym stanem chorób mózgu. Od czasu *Pinela*, na też same narzekamy trudności w nauce, gdyż postępy anatomii patologicznej rozprzestrzeniły wprawdzie pole pierwotnych odmian patologicznych mózgu, lecz ani na jeden punkt dalej nie posunęły historii semiologicznej tegoż organu. Słusznie dziwić się możemy, jak przed trzydziestu laty sławny i bystry klinicysta *Rostan* mógł powiedzieć, że cierpienia mózgowie są bardzo jasne i najbardziej znane w patologii. Bardzoż ze stanowiska praktycznego uważa dyagnozę *Durand-Fardel*, utrzymując, że kiedy w pewnym wypadku choroby mózgowej idzie o wyrzeczenie, czyli mamy do czynienia z krwotokiem lub rozmiękzeniem mózgu? wtedy większy takt pokazuje lekarz, kiedy niestanowczo tylko prawdopodobnie dyagnozę wyrzeka, i sam *Rostan* mimo śmiała swoje wyrzeczenie o chorobach mózgu, w klinicznych swoich wykładach, po większej części trzymał się tego taktu. Rozmiękczenie mózgu, szczególnie ostre ma pod względem pojavów wielkie podobieństwo do zwyczajnego *napływu do mózgu, do krwotoków mózgowia i opon jego i do zapalenia opon.*

Co do pierwszego, to jest zwyczajnej *kongestyi mózgu*, wyznać trzeba, że ona może spowodować też same prawie oznaki, które się widzieć dają we wszystkich formach rozmiękczenia, to jest, apoplektycznej, subapoplektycznej i ataktycznej w połączeniu z majaczeniem i kurczami, gdyż jak nam niżej etiologia pokaże, te trzy wspomniane formy rozmiękczenia, są skutkiem przez jakiś czas poprzedzającej silnej kongestyi, przeto nie dziwnego, że jeden i tenże sam stan patologiczny jedne i też same symptomata wywołać może.

Tu *a priori* żaden z doświadczonych praktyków nie może z pewnością wyrzec z jakim prawdziwie stanem będzie miał do czynienia. Za podstawę może tylko służyć dalszy przebieg choroby, wiemy bowiem, że w zwyczajnej kongestyi powstają po usunięciu jej przemijające i sprawy mózgu wracają bez uszkodzenia do swojej normy; przy rozmiękczeniu zaś inaczej się dzieje, albo pierwszy atak kończy się śmiercią, albo proces chorobowy dalej się ciągnie i stan ostry przechodzi w chroniczny. Prawdziwie więc, rozpoznanie nie może mieć miejsca w pierwszym dniu, tylko w dalszym choroby przebiegu.

Co się tyczy *zalewu* krwi w mózgu, tu wszyscy patologowie się zgadzają, że nader jest trudno rozróżnić go od procesu rozmiękczenia, jednak odwołując się do postrzeżeń wspomnianych autorów, można pod względem różnicy dyagnozy następujące wyprowadzić wnioski: przy rozmiękczeniu zwykle poprzedzają przez jakiś czas oznaki niepokojące chorego, jakoto ogólne osłabienie ciała, szczególne stępienie władz umysłowych, czasem nawet to osłabienie więcej się objawia na jednej połowie ciała, co przy *krwotoku mózgowym nigdy miejsca nie ma*, gdyż wylew krwi odrazu się rozwija w samym ataku. Przy

rozmiękczeniu przestraszające symptomata stopniowo się rozwijają i kończą się śmiercią, albo przechodzą powoli w stan chroniczny, przy zalewie zaś krwistym odrazu powawy dochodzą do najwyższego punktu kulminacyjnego i prędko też zaczynają się cofać i zmniejszają się. Do rozmiękczenia przystępuje często porażenie *bez utraty przytomności*, chyba przy gwałtownym ataku choroby, zaś przy krwotoku po większej części obydwie te symptomata razem występują. Przy rozmiękczeniu często towarzyszy kontraktura porażonych lub zdrowych kończyn, czego przy krwotoku nie ma, tylko w tym wyłącznie wypadku, kiedy wypot wylewa się do komórek łub też do opon, wtedy także i konwulsye miejsce mieć mogą. *Recamier* utrzymuje, że podwyższona czułość w porażonych częściach, lub też częściowo pokazujące się ruchy porażonych kończyn, są wyłącznym pojawem rozmiękczenia nie zaś krwotoku, w dalszym zaś przebiegu polega różnica na tém, że w miarę wsiąkania wypotu krwistego powawy wszystkie się cofają i chory wraca do rekonwalescencyi, przy rozmiękczeniu rzadko się to zdarza, tylko proces swoją drogą dalej postępuje i przeprowadza chorobę w stan chroniczny. Co do *zapalenia opon*, tu zdaje się nie ma tych trudności w rozpoznaniu, gdyż osoby posunięte w wieku rzadko podlegają zapaleniu opon, którego główne cechy są: stan gorączkowy, suchy język, pragnienie, co zupełnie jest obce rozmiękczeniu.

ROKOWANIE.

Tu przedewstkiem nasuwa się pytanie, czyli *uleczalność rozmiękczenia jest możliwa?* Do rozwiązania tego

pytania, przyjdziemy przez analogią procesu leczenia, który natura przedsięwzię przy wylewach krwawych mózgu; *Riobe* w roku 1814 takie samo sobie zadał pytanie co do uleczalności zalewu krwistego i długi czas nad nié m się zastanawiał, utrzymując, że jeśli po zalewie chory wraca do zdrowia, nie ma dowodu, że był wylew krwi. Tym czasem obecnie, uleczalność wylewu krwistego należy do zupełnie rozstrzygniętych pytań w patologii, wiemy bowiem, że uleczenie zalewu krwawego, jest wprawdzie tylko względne, anatomicznie zupełnie zniknąć nie może, zostawia po sobie niezatarty ślad, bliznę lub próżnię błoną wysłaną, która w większym lub mniejszym obszarze związek włókien mózgowych zmienia.

Przy téj sprawie gojenia, uszkodzone władze mózgu wracają odpowiednio do wielkości blizny i siedliska jéj. *Toż samo* zdaje się może mieć miejsce przy rozmiękczeniu, z tą tylko różnicą, że przy krwotoku, ponieważ choroba odrazu dochodzi punktu kulminacyjnego, więc zaraz natura sili się rozpocząć proces leczący, gdy tymczasem inaczej się dzieje przy rozmiękczeniu, którego przebieg jest więcej natury postępującej. Tu jeśli się pokazuje dążność do ograniczenia sprawy chorobnej, a tém samym uleczenia, co się dzieje przez *wessanie* i zamienienie się rozmiękczonej substancji w tkankę komórkową, to już jest proces, który przez różne anatomiczne przekształcenie przejść musi, czego przy krwotokach nie ma. Chroniczne rozmiękczenie w pierwszym stadium im bardziej zachodzi w dalsze anatomiczne przekształcenie, już utracą wszelki ślad włoskowatości i naczyń krwistych. Rozmiękczone istota siedzi w mózgu jak gdyby odłączona od otaczających ją części; na poparcie tego mogę przytoczyć fakt obserwowany w *Salpetrière*, który

*

tém bardziej tę prawdę wyświeca. Dobrze zbudowana kobieta 53 lata licząca, pierwszy raz tknięta jest porażeniem prawej strony, któreto porażenie powoli się zmniejsza i zupełnie znika. W sześć miesięcy później drugiego doświadcza ataku, który tylko osłabienie prawej strony zostawia; znów w sześć miesięcy zjawia się trzeci, w połączeniu z śpiączką, paraliżem i sztywnością prawych kończyn; pojawy coraz się wzmagają i piątego dnia kończy życie. Sekcyja pokazała trzy różne miejsca rozmiękczenia; jedno koloru różowego na pdwierzchni zawojów, drugie rdzawego koloru na wzgórkach prążkowych i wzrokowych, trzecie koloru bialo-żółtego siedzące w przednim zrazie mózgu.

Tu łatwo te trzy, różnego stopnia rozmiękczenia, pokombinować z objawami za życia zauważanemi. Jakoż różowego koloru rozmiękczenie odpowiada ostatniemu atakowi, w którym włoskowatość w całej swojej sile się objawia; rdzawego koloru odpowiada atakowi przed sześciu miesiącami, gdzie już włoskowatość zaczyna znikać; nakoniec rozmiękczenie w przednim zrazie odpowiada napadowi, który miał miejsce przed rokiem i przy którym już śladu kapilarności nie ma. Mimo jednak tę egzystencyę zmian, paralityczne symptomata coraz zmniejszały się. Czy więc nie przedstawia przebieg pierwszego ataku podobieństwā do sprawy leczącej, jaka bywa przy krwotokach, gdy uszkodzone władze wróciły do swojej normy? Cała więc rzecz zależy na tém, że *leczenie rozmiękczenia jest czysto procesem anatomicznym*, a że nie posiadamy pewnych symptomatów odpowiadających stopniowym przeistoczeniom, jakie przy leczeniu zachodzą, przeto nader trudno jest za życia coś pewnego o leczeniu powiedzieć. Jednak wszyscy autorowie zga-

dzają się na to, że *rozmiękczenie*, skoro przeszło w stan przewlekły, *może się ograniczyć* i przez wsiąknienie wypotu być *uleczoném*. Spostrzeżenia kliniczne pokazały, że osoby, które dotknięte były w skutek rozmiękczenia ciężkimi symptomami mózgu, albo zupełnie zostały od nich uwolnione, albo małe tylko ślady zatrzymały. *Andral, Cruveilhier, Lallemand, Carlswell i Sims* uważali nasiąknienie komórkowe jako proces cofający się i dążący do uleczenia. Mimo więc dowiedzioną możliwość uleczalności, po większej części rokowanie jest smutne i choroba pospolicie śmiercią się kończy.

POWSTAWIANIE CHOROBY.

Pod względem istoty i tworzenia się téj choroby, różnić trzeba rozmiękczenie tworzące się w skutek *poprzedzającej choroby serca*, w którym wypadku nowsza szkoła wykrywa po większej części *embolią* (w tętnicy dołu Sylwiusza). W tych razach proces śmiało uważać można jako stan *nekrotyczny*, stan rozpadania się części składowych mózgu, jużto z powodu braku dostatecznego żywienia mózgu lub też niedostatecznego przypływu krwi. Trudniej jest wytłumaczyć teorią téj choroby u osób niepodlegających chorobie serca, i tu dwa główne odznaczają się zdania; podług pierwszego proces ten jest bardzo podobny do sprawy *zgorzelinowej u starców*, bywa zatem wynikiem uszkodzonego lub niedostatecznego krążenia krwi, albo też specyficzną, w skutek starości zachodzącą, *nie znaną* nam *kombinacją chemiczną*.

Druga zaś szkoła utrzymuje, że *sprawa ta jest natury zapalnej* lub też do niej zbliżonej.

Do pierwszej szkoły liczą się: *Abercrombie i Rostan*, którzy lubo wtedy nie znano jeszcze sprawy skrzepów i

zastojów, tem większą w tym względzie pokazują przenikliwość. Zarówno albowiem *Abercrombie* jako i *Rostan* powiadają, że przy rozmiękczeniu mózgu tętnice w tym samym znajdują się stanie, który w innych częściach ciała, a szczególnie w kończynach wywołuje stan gangrenowy, a głównie do tego przyczyniają się tętnice, które w skutek postępu wieku chorobliwie są zmienione.

Chcąc się przekonać o ile teoria ta uzasadnioną ma wartość, lub jest mylną, wypada koniecznie odwołać się do postrzeżeń klinicznych, które następujące dają rezultata: na 42 sekcyje odbyte na starcach, którzy w skutek różnych chorób zesli z tego świata, nie pokazując żadnego śladu ani rozmiękczenia ani krwotoku, w trzynastu tętnice mózgowe były zupełnie zdrowe, 25 razy były stwardniałe, 4 razy w stanie skostnienia. Na 21 sekcyi zrobionych na starcach, zmarłych w skutek krwotoku mózgowego, znaleziono trzy razy tętnice mózgowe zupełnie zdrowe, 12 razy były zgrubiałe, 6 razy w stanie osyfikacyi. — 31 sekcyi starców zeszyłych ze świata w skutek rozmiękczenia mózgu, 6 razy tętnice były zdrowe, 19 razy zgrubiałe, 6 razy w stanie skostnienia. Fakta te pozwalają najprzód słuszny zrobić wniosek, że skostnienie tętnic, które w patogenii chorób mózgu u starców wielką odgrywało rolę, na nią nie zasługuje; większą znacznie rolę w tych sekcyjach odgrywa *stwardnienie*, *zgrubienie naczyń* i chrząstkowate blaszki, które się czasem spostrzedz dają. Mimo to trudno na tych danych, oprzeć patologią téj sprawy, gdyż ani razu nie spostrzeżono zupełnej obliteracyi tętnic mózgu, więc przyływ krwi do mózgu w niczem nie był uszkodzony, mózg był prawidłowo żywiony i nie mógł się znajdować w tym

samym stosunku, w jakim się znajdują kończyny w stanie gangreny u starców.

Teoria więc *Abercrombiego* i *Rostana* zostaje w granicy *przypuszczenia*, które tém bardziej nie jest dla nas dostateczne, że u osób w wieku 40 do 50 lat dotkniętych rozmiękczeniem, żadnego śladu cierpienia naczyń nie odkryto. W ogólności więc, kiedy rozmiękczenie nie może być policzone ani na karb skostnienia lub stwardnienia i zgrubienia błon, gdyż te patologiczne następstwa nie wpływają wiele na znaczne zmniejszenie kalibru i uszkodzenie przepływu krwi, ani nie może być policzone na karb starości, gdyż daje się także spostrzedz u osób średniego wieku, — trzeba się uciec do innych poszukiwań i w rzeczy samej, kiedy natura jakiej choroby nie może na drodze znanych nam zasad patologicznych być wytłumaczoną, wtedy teorii jej trzeba szukać przy samym źródle czyli początku jej tworzenia. Być może, że analiza anatomiczna początku, troskliwie śledzona, większe rzuci światło na tę chorobę jak wszystkie hipotezy i domysły dotąd wyłożone.

Widzieliśmy, że czerwoność i miejscowe przekrwienie czyli nasięk krwi stanowiły pierwsze oznaki ostrego rozmiękczenia, nawet żółty kolor, który się objawia w chroniczném rozmiękczeniu, dowodzi także skutku *poprzedzającej i powoli znikającej infiltracji krwi*. Toż samo wskazują początkowe objawy, gdzie także jest podobieństwo między pojawem napływu i początkiem rozmiękczenia, że najbystrzejszemu oku trudno rozróżnić te dwa do siebie podobne stany patologiczne. Zapatrując się więc na tę analizę anatomiczną, twierdzić śmiało można, że *początkiem każdego rozmiękczenia jest stan napływu* z tą tylko różnicą, że tam gdzie nie ma usposobie-

nia do rozmiękczenia, stan kongestyjny powoli się usuwa bez uszkodzenia mięszu mózgu, gdy tymczasem, przy usposobieniu do rozmiękczenia (które się patologicznie nie tak łatwo da określić) stan napływu ciągle trwa, krew wydziela hematinę, która dostawszy się do mięszu mózgu, rozdziela części molekularne mózgu i sprrowadza stan rozpadania czyli nekrotyczny.

LECZENIE.

Jeżeli w ogólności w leczeniu jakiejbądź choroby racjonalność lekarza opiera się na kojarzeniu ogólnych prawideł terapii z szczególnym stanem sił i dyspozycją chorego, to témbardziej przy leczeniu w mowie będącej choroby, szczególniej trzeba bystrości ze strony lekarza, aby użyte środki mogły być pomyślnym skutkiem uwieńczone.

Tu nie jednym grzechem wzbogaciła się szkoła *Broussais'go*, która w téj chorobie widząc stan zbliżony do zalewu, zbyt niem szafowaniem krwią nie jednemu zgon wcześniej przyśpieszyła; tu nowsza szkoła, a szczególniej bystry klinicysta *Traube* słusznie zwrócił uwagę terapeutów, że w rozmiękczeniu opartém na emboliach, zbawienie chorego nie polega na energicznej *antiflogosie*, owszem ona musi ustąpić *wzmacniającej i ekscytującej metodzie*, gdyż tu głównie idzie o *zrównoważenie obiegu krwi*, przez prędkie utworzenie pobocznych dróg, co tylko może mieć miejsce przy wielkiém ciśnieniu w układzie tętnicznym. Lecz i w tém trzeba pewne ostrożności zachować i nie wyjść z granicy racjonalizmu, który polega li tylko na indywidualizowaniu każdego szczegółowego wypadku.

Ja z mojej praktyki, następne sobie ułożyłem wskazania; gdzie choroba serca już tak jest wykształcona, że spowodowała krwi brak i wycieńczenie, — gdzie lewa komórka serca zdaje się tracić swoją energię, gdzie może być przypuszczonym proces stłuszczenia (atherosis) w naczyniach, gdzie szereg powojów dążących do polepszenia ogólnego stanu, znów zaczyna się pogarszać, z powodu, że uboczne drogi nie są wystarczające, wtedy użycie środków *pobudzających* i *wzmacniających*, bardziej jak anti-flogosa jest wskazane, i tu z własnego doświadczenia wiele pokładam nadziei na zastosowaniu preparatów żelaza i zareczyć mogę, że jeśli mi się nie udało wyleczyć to z pewnością życie na lata przedłużyłem. Gdzie zaś mamy do czynienia z osobą silną krwistą, w sile wieku zostającą, gdzie przerost lewej komórki lub wada zastawek jest powodem embolii, gdzie jeszcze nie ma żadnego śladu wodokrwii, gdzie się pojawiają oznaki pareseos, nawet przemijające, jak w samym początku choroby, *upuszczenie krwi może w rzeczy samej być nader pomocnym* środkiem, usuwającym stan napływu, zapobiegającym pęknięciu naczyń i wypotom krwistym, lecz to wszystko tylko w samym początku choroby. W dalszym jej przebiegu, upust krwi więcej szkodzi niż pomaga i tu leczenie musi być czysto *symptomatyczne*, z wielkim oszczędzeniem krwi.

PRZEGLĄD CZYNNOŚCI
w oddziale chorych chirurgicznych i rakowatych
SZPITALA STAROZAKONNYCH
w Warszawie.

przez

Ludwika Chwat, Ordynatora tegoż szpitala.

Objąwszy z początkiem roku 1859 posadę lekarza ordynującego oddziału chorych chirurgicznych i rakowatych Szpitala starozakonnych w Warszawie, postanowiłem przegląd czynności tegoż oddziału chorych podać do wiadomości szanownych kolegów lekarzy. Niektóre ważniejsze wypadki i spostrzeżenia już podane zostały do Pamiętnika Towarzystwa Lekarsk. Warszaw. z r. 1859 i 1860. Przed podaniem do druku innych do obecnego czasu zebranych spostrzeżeń, uważam za potrzebne dla uzupełnienia całego obrazu czynności, przedstawić i statystyczne wiadomości:

	Mę- żczyzn	Kobiet	Dziec	Razem
Do pozostałych z roku 1858...	62	49	„	111
Przybyło w ciągu roku	569	405	14	988
Razem leczono....	631	454	14	1099
z tych				
Wyszło ze Szpitala	558	382	14	954
Umarło.....	22	14	—	36
Pozostało na rok 1860	51	58	—	109
Ogół jak wyżej.....	631	454	14	1099

Szczególniej mieściło się w téj liczbie

O D D Z I A Ł								
Chirurgicznych				Rakowatych				
Męż- czyzn	Ko- biet	dzie ci	Ra- zem	Męż- czyzn	Ko- biet	dzie ci	Ra- zem	
Do pozostałych.....	58	45	—	103	4	4	—	8
Przybyło	550	369	12	931	19	36	2	57
Wyszło	546	360	12	918	12	22	2	36
Umarło	17	9	—	26	5	5	—	10
Pozostało.....	45	45	—	90	6	13	—	19

Z porównania stosunku liczby leczonych i umarłych w tym roku to jest 1099 i 36, śmiertelność wynosi 3,27 na sto, odtrąciwszy zaś czterech chorych w stanie konającym do Szpitala przywiezionych, przedmiotem leczenia być nie mogących, pozostanie stosunek śmiertelności 2,9 na sto czyli z 34 chorych umierał jeden.

W liczbie zmarłych mieści się dziesięć rakowatych w których śmiertelność zwykle bywa znaczną.

Śmiertelność w samym oddziale chirurgicznym wynosi tylko 2,5 na sto.

Do liczby chorych w stanie konania do Zakładu przyjętych należą: Homeyn Chaim blacharz lat około 70 liczący, który w skutek spadnięcia z dachu domu dwupiętrowego złamał sobie prawe udo i niebawem po przywiezieniu go do Szpitala nieprzytomnego i bez pulsu, w skutek silnego wstrząśnienia mózgu żyć przestał.

Kowadło Lewek -wieku lat 60 i Naterkreit Mordka lat 57 liczący, obydwaj wkróte po przywiezieniu ich do Zakładu skutkiem wstrząśnienia mózgu życie zakończyli.

Löwengrub Wolf, furman lat 65 liczący, nieszczęśliwym wypadkiem, wjeżdżając w bramę własną bryką przyciśnięty został do ściany. Człowiek ten zaraz prawie po przywiezieniu do Szpitala ducha wyzionął.

Oprócz powyżej wyszczególnionych wypadków śmierci, straciliśmy w oddziale chorych chirurgicznych 22 indywiduów, a mianowicie:

W skutek zaniedbanego cierpienia stawu kolanowego i powstałych ztąd licznych przetok wśród zupełnego sił wyniszczenia

Na obrzmienie białe kolana (Tumor albus genu)

W skutek wstrząśnienia mózgu spowodowanego spadnięciem z okna domu dwupiętrowego . . .

Na ropnicę (Pyæmia) przy złamaniu kości udowej

Na złamanie kości goleni prawej wśród zjawisk gorączki tyfoidalnej

Na zgruchotanie kości goleniowej wskutek gorączki trawiącej

Na przepuklinę pochwinową zaciśniętą (Haernia inguinalis incarcerata) zmarło dwa indywidua:

jeden w skutek zadawnionego i niepoznanego wcześniej zaciśnienia

do przeniesienia

Mę.	Ko.
1	—
—	1
—	1
1	—
1	—
1	—
1	—
5	2

	Męż.	Ko.
z przeniesienia	5	2
a drugi po operacji, w skutek zapalenia kieszek i otrzewnej	1	—
Na pruchnienie kości goleniowych i ztąd zupełne wyniszczenie ciała	1	2
Na cierpienie skrofuliczne z pruchnieniem kręgow (spondylarthrocace)	1	—
Na węglik (anthrax):		
Kobieta lat 48 licząca z przyczyny róży twarzy i ztąd powstałego zajęcia mózgu	—	1
i starzec wieku lat 78 przy zupełném sił wyczerpaniu	1	—
Na wrzody atoniczne dyskrazyjne z wyniszczeniem ciała	1	1
W skutek otoku czyli ropnia napływowego krzyża (abscesus congestionis)	—	1
W skutek zapalenia rozległego okostnej uda (Periosteitis ossis femoris) i następowej pyemii ..	1	—
Na pruchnienie szczęki dolnej (Necrosis phosphorica) i powstałej puchliny wodnej ogólnej ..	—	1
W skutek ubytku wiekowego (marasmus senilis)	2	1
	13	9
Ci trzej chorzy przybyli do Szpitala jeden z powodu zgorzeli goleni prawej, drugi z cierpieniem zastarzałym kolana (Gonarthrocace), a 3cia kobieta lat 68 cierpiąca na pruchnienie kości stopy	—	—
Na cierpienia rakowate. utraciliśmy 10ciu chorych:		
Na raka piersi	—	3
Na raka twarzy i ust	1	—
Na raka kiszki odchodowej	2	2
Na raka gruczołu zausznego wśród objawów ogólnej dyskrazyi rakowej	1	—
W skutek nabrzmiałości rdzeniowej (fungus medullaris) zajmującej całe udo	1	—
Ogół	5	5

WYKAZ CHORÓB I ICH OBROTU LECZONYCH
w oddziale chorych chirurgicznych.

Nazwa choroby	Było	Wyszło	Umarło	Zostało
Phlegmone et abscessus phlegmonodes div. p.	69	65	1	3
Abscessus lymphaticus	3	3	—	—
— — congestionis	5	3	1	1
Erysipelas faciei	2	2	—	—
— — aliarum p. p.	5	5	—	—
— — gangraenosum	17	16	1	—
Furunculosis	8	8	—	—
Anthrax	19	16	2	1
Gangraena et sphacelus div. p. ...	6	4	1	1
Pustula maligna	3	2	—	1
Panaritium	14	14	—	—
Panaritium neglectum	11	10	—	1
Ambustura div. p.	18	18	—	—
Ambustura vasta	10	10	—	—
Ambustura c. acido sulphurico	3	3	—	—
Perniones	15	15	—	—
Perniones gangraenosi	3	2	—	1
Vulnera lacerata, contusa div. p.	37	36	—	—
Vulnera capitis	8	8	—	—
Vulnera sclopetaria	3	3	—	—
Vulnera a morsu canis	3	3	—	—
Contusio capitis	8	8	—	—
Contusio pectoris	3	3	—	—
Contusio aliar p.	79	79	—	—
Detruncatio digitorum manus	4	4	—	—
Detruncatio digitorum pedis	1	1	—	—
Abscisio penis et linguae	1	1	—	—
Conquassatio antibrachii	2	2	—	—
Conquassatio manus	5	4	—	1

Nazwa choroby	Było	Wyszło	Umarło	Zostało
Conquassatio cruris	2	1	1	—
Conquassatio pedis	4	4	—	—
Commotio cerebri	3	2	1	—
Fractura brachii simplex	5	5	—	—
Fractura brachii compl	2	1	—	1
Fractura antibrachii spl.	5	5	—	—
Fractura antibrachii compl	3	3	—	—
Fractura cruris spl	10	10	—	—
Fractura cruris compl	8	5	1	2
Fractura femoris spl.	10	8	—	2
Fractura femoris compl.	2	1	1	—
Fractura claviculae	7	7	—	—
Fractura costarum	7	7	—	—
Luxatio brachii	1	1	—	—
Luxatio brachii inveterata	2	2	—	—
Luxatio manus	1	1	—	—
Luxatio femoris	3	3	—	—
Luxatio femoris inveterata	1	—	—	1
Distorsio cubiti	1	1	—	—
Distorsio manus	8	8	—	—
Distorsio pedis	7	6	—	1
Ulcera simplicia et atonica	99	85	—	14
Ulcera gangraenosa et sphacelosa ..	24	19	1	4
Ulcera callosa	7	7	—	—
Ulcera varicosa	18	15	—	3
Ulcera scrophulosa et scrophulosis ..	28	15	—	13
Ulcera plicosa et alia dyserasica ...	58	56	1	1
Fistula vesico-vaginalis	9	3	—	6
Fistula recto-vaginalis	1	1	—	—
Fistula recto-vesico-vaginalis	1	—	—	1
Fistula ani	11	10	—	1
Fistula urinaria penis	1	1	—	—
Fistula vesico-perinaealis	1	1	—	—
Induratio linguae	1	1	—	—

Nazwa choroby	Było	Wyszło	Umarło	Zostało
Induratio mammae	7	7	—	—
Induratio glandular: colli	4	4	—	—
Induratio musculorum	2	2	—	—
Induratio textus cellulosi	4	4	—	—
Hypertrophia gl. parotidis	1	1	—	—
Hypertrophia tonsillarum	12	12	—	—
Hypertrophia mammae	1	1	—	—
Hypertrophia portionis vaginalis uteri	1	1	—	—
Tumores cystici div.	10	10	—	—
Tumores fibrosi	5	4	—	1
Tumor medullaris	1	1	—	—
Lipoma	4	4	—	—
Polipi narium	2	1	—	1
Polipi aurium	1	1	—	—
Atresia vaginae congenita	3	—	—	3
Atresia orif: uteri	1	—	—	1
Atresia praeputii	1	1	—	—
Fissura ani	2	2	—	—
Hypospadius	2	2	—	—
Labium leporinum	1	1	—	—
Prolapsus uteri	2	2	—	—
Prolapsus vaginae	1	1	—	—
Prolapsus intestini recti	1	1	—	—
Haernia incacerata umbilicalis	1	1	—	—
Haernia incacerata inguinalis	25	23	2	—
Haernia incacerata cruralis	1	—	—	1
Defectus uteri vaginaeque	1	1	—	—
Defectus labii inferiorio(post voriola.)	1	—	—	1
Deviatio columnae vertebralis	1	1	—	—
Varus	1	1	—	—
Incarnatio unguis	2	2	—	—
Corpora aliena in div: locis corporis				
haerentia	3	3	—	—
Phlebitis	1	1	—	—

Nazwa choroby	Było	Wyszło	Umarło	Zostało
Varices venarum	1	1	—	—
Teleangiectasia	2	2	—	—
Neuralgia testiculi	1	1	—	—
Neuroma	1	1	—	—
Periosteitis	11	10	1	—
Caries et necrosis div. ossium	38	28	4	6
Enchondroma maxillae inf:	1	1	—	—
Exostosis	5	5	—	—
Spondylarthrocace	1	—	1	—
Coxarthrocace	11	10	—	1
Gonarthrocace	10	6	1	3
Ankylosis cubiti	1	—	—	1
Tumor albus genu	2	—	1	1
Hygroma patellae	2	2	—	—
Ganglion	1	1	—	—
Contractura extremorum superiorum	2	2	—	—
Contractura, inferiorum	1	1	—	—
Pomphigus chronicus	1	—	—	1
Zoster	1	1	—	—
Otitis	2	2	—	—
Otorrhoea	1	1	—	—
Ankyloblepharon	1	—	—	1
Ozaena scrophulosa	3	3	—	—
Odontalgia	2	2	—	—
Epulis	6	6	—	—
Glossitis	1	1	—	—
Stomacace	2	2	—	—
Angina faucium	4	4	—	—
Angina tonsillaris	2	2	—	—
Parotitis	3	3	—	—
Mastitis	21	19	—	2
Lithiasis	2	2	—	—
Catarrhus vesicae, urinariae	6	6	—	—
Strictura urethrae	4	4	—	—

Nazwa choroby	Było	Wyszło	Umarło	Zostało
Carunculosis	1	—	—	1
Orchitis	6	6	—	—
Hydrocele	8	8	—	—
Sarcocele	4	4	—	—
Haemorrhoides	9	9	—	—
Haemorrhoides gangraenosi	7	7	—	—
Moribundi	4	—	4	—
Ogół	1034	918	26	90

ODDZIAŁ CHORYCH RAKOWATYCH.

Nazwa choroby	Było	Wyszło		Umarło	Zostało
		ule- czo- nych	nie ulecza nych		
Cancer in occipite	1	1	—	—	—
Cancer faciei	7	2	2	—	3
Cancer bulbi oculi	2	—	1	—	1
Cancer nasi et labii superioris	1	—	1	—	—
Cancer linguae	1	—	1	—	—
Cancer labii inferioris	4	2	—	—	2
Cancer in collo	1	1	—	—	—
Cancer gl. parotidis	1	—	—	1	—
Cancer mammae sinistrae	5	1	1	1	2
Cancer mammae dextrae	6	1	—	2	3
Cancer portionis vaginalis uteri	1	—	1	—	—
Cancer intestini recti	9	—	3	4	2
Cancer pedis	2	—	—	—	2
Cancer testiculi	1	—	—	—	1
Cancer cutaneus	8	4	3	1	—
Ulcera carcinomatica	8	2	3	—	3
Fungus medullaris	4	—	3	1	—
Tumores scirrhusi	3	2	1	—	—
Ogół	65	16	20	10	19

Z powyższego wykazu wypadek elczenia chorych rakowatych w niekorzystnym świetle się przedstawia, wszakże niewątpliwego środka przeciw tej straszliwej chorobie nieposiadamy jeszcze, mianowicie też kiedy choroba daleko w rozwoju swym posunęła się. Zwykle zaś do Szpitala przybywają tego rodzaju chorzy w stanie tak straszliwego zaniedbania, że często nawet wykonanie operacyi (choćby dla czasowej tylko ulgi cierpiącemu), przedsięwziętem być nie może, dla tego też śmiertelność okazuje się tu znakomicie wyższą jak w innych cierpieniach.

Ważniejsze operacje wykonane w ciągu roku 1859.	Na wielu indywiduach wykonano.	Skutek operacji.					
		Pomyślny.				Śmiertelny	
		Przez wyleczenie		przez polepszenie.			
		m.	k.	m.	k.	m.	k.
Przywrócenie utraconych części miękkich i kostnych nosa Rhinoosteo-plastica	1		1				
Przywrócenie wargi dolnej utraconej wskutek raka, chilo- plastice	1	1					
Oddalenie częściowe wyrostku zębodołowego. Ablatio pro- cessus alveolaris maxillae inf:	1		1				
Wypiłowanie częściowe zuchwy dla narośli chrząstniko- wej, Enchondroma, resec- tio maxillae inferioris	1		1				
Wyłuszczenie migdałów, Ton- sillotomia	8	3	5				
Oddalenie narośli rakowatej w stronie tyłu głowy, Extir- patio tumoris carcinomatici in regione occipitali	1		1				
Odjęcie płatków usznych przestoczonych w dwa guzy włókniste, Extirpatio tumoris au- ricularum	1		1				
Oddalenie polypów obydwóch uszu. Operatio polipi: aurium	1	1					
Odjęcie kończyny górnej w przedramieniu. Amputatio antibrachii	2	2					
Wyłuszczenie palucha u ręki lewej dla narośli rakowatej, Exarticulatio pollicis in arti- culatione phalango metarcati	1		1				

Ważniejsze operacje wykonane w ciągu roku 1859.	Na wielu indywi- duach wykonano	Skutek operacyi.					
		Pomyślny.				Smier- telny.	
		przez wyle- czenie.		przez polep- szenie.			
		m.	k.	m.	k.	m.	k.
Odjęcie piersi rakowatych. Ex- tirpatio mammae	9		7		2		
Wyłuszczenie i wypiłowanie górnjej połowy kości sprycho- wój przedramienie lewego. Exarticulatio et resectio ossis radii antibrachii sinistri . . .	1			1			
Operacja pochwy macicznej zarosłej. Operatio atresiae vaginae congenitae	1		1				
Odjęcie części pochwowój maci- cicy, Amputatio portionis vaginalis uteri	1		1				
Operacja przetok pochwo- pęcherzowych. Operatio fistu- lae vesico-vaginalis	2				2		
Operacja fistuły stolcowój, Operatio fistulae ani	8	8					
Operacja szczeliny odbytowój, Operatio fissurae ani	1	1					
Operacja przepukliny zaciśnio- nój pachwinowój. Operatio her inguinalis incarceratae .	1					1	
Operacja wodnój puchliny ją- dra, Operatio hydroceles . .	6	6					
Wyłuszczenie jądra, Extirpa- tio testiculi	2	2					
Wypiłowanie kolana zniszczo- nego chorobą stawu (Gonar- throcace) Resectio genu . . .	1			1			

Ważniejsze operacje wykonane w ciągu roku 1859.	Na wielu indywi- duach wykonano.	Skutek operacji.					
		Pomyślny				Smier- telny.	
		przez wyle- czenie.		przez polep- szenie.			
		m.	p.	m.	k.	m.	k.
Gwałtowne wyprostowanie kolana pod wpływem cholo- roformu. Operatio ad tollen- dam contracturam genu...	2	1	1	—	—	—	—
Wyłuszczenie narośli tłuszczo- wych. Extirpatio lypomatis	4	2	2	—	—	—	—
Wyłuszczenie guzów torebko- wych. Extirpatio tumoris cystici in div. loc. corporis.	7	3	4	—	—	—	—
Operacja przecięcia ścięgaczy, Tenotomia	1	—	1	—	—	—	—
Wydobycie sekwestrów kości znacznej wielkości	3	1	2	—	—	—	—
Ogół....	68	31	30	2	4	1	—

W wykazie szczegółowym oznaczyłem tylko ważniejsze operacje chirurgiczne. Doliczywszy opatrunki krochmalowe i gipsowe (22), zastosowanie przyrządów Dżondego, Middeldorfa i innych (8) w złamaniach kości i wstawianie wywichniętych członków (4), odprowadzenie przepuklin zaciśniętych (23) i inne pomniejsze krwawe i niekrwawe działania chirurgiczne, ilość takowych byłaby znaczniejszą.

Śmiertelność pomiędzy operowanymi była nader małą, jeden tylko zmarł w tym roku po operacji kiły zaciśniętej.

UWAGI LEKARSKIE.

Dwa wypadki złamania kości połączone ze wstrząśnieniem mózgu. Uleczenie.

Dwaj wyrobnicy: Aronfeld Dawid i Gutheim Symcha wyrzucając z okna drugiego piętra na dziedziniec brukowany niewyprawne zeschłe skóry wołowe, przez silne opieranie się wyłamali zluzowane kraty drewniane w dolnej połowie okna będące i spadli na bruk wraz ze skórami.

Dnia 8 Marca r. b. w godzinę po wypadku przywieziono obydwóch do Szpitala.

I. Aronfeld Dawid lat 20 liczący silnej budowy ciała nieprzytomny (sopor), twarz zaczerwieniona, obrzmiała, szczególnie powieki zupełnie zakrywające oczy, głowa krwią zbroczona, tętno pełne do 100 uderzeń na minutę skóra gorąca, sucha, oddech ciężki, nawał krwi wyraźny. Kazałem upuścić 12 uncyj krwi.

Po dokładnym zbadaniu, znaleziono dolną wargę do podbródka (mentum) na wskroś przeciętą, przednią część zuchwy (corpus maxillae inf) zgruchotaną, pod szczęką zaś ranę nierówną pół cala średnicy mającą, z której wystawały odłamki strzaskanej zuchwy; stawy nóg i rąk obrzmiałe i mnóstwo sińców po całym ciele.

Po oddaleniu odłamków kostnych wystających z rany pod bródką i opatrzeniu tejże suchą skubanką, złączyłem dwie połówki przeciętej wargi szwem okręconym

(*Sutura circumflexa*), poleciłem przystawić dwanaście pijawek za uszami, okłady z odwaru korzenia pomornika z ulepkiem rabarbarowym i proszki z jednego granu kalomelu, naprzemian co godzinę i lewatywę, okłady z wody zimnej z octem na miejsca stłuczone.

Chory przetrwał noc całą w śpiączce, przyjmował zadawane środki bezprzytomnie, wypróżnienia nie było. Nazajutrz (9 Marca) chory okazywał nieco więcej przytomności, na zawołanie przebudzał się chwilowo, lecz na pytanie nie odpowiada. Gorączka mniej silna, tętno pełne (90), twarz mniej zaczerwieniona, obrzmiała, powieki sine znacznie nabrzękle; środki te same.

Dnia 10 Marca, chory często się przebudza, narzeka na mocny ból zębów i ból w piersiach; oddech swobodniejszy, kaszel częsty, wilgotny. Dźwięk przy opukiwaniu klatki piersiowej prawidłowy, przysłuchanie się odkrywa wszędzie szmer oddechowy, ton serca czysty i mocny, tętno 80 uderzeń na minutę. Wypróżnienie stolca jedno łajniste.

Do poprzedniego lekarstwa dodano saletry oczyszczonej dwie drachmy i winianu antimonu i potażu ćwierć grana.

Dnia 11 Marca, stan ogólny chorego lepszy pomimo, że noc przepędził bezseną z powodu bólów żuchwy i zębów; gorączka umiarkowana, objawów mózgowych niema, ból w piersiach i kaszel mniej dokuczliwy, wypróżnienie naturalne.

Dnia 12 Marca, stan ogólny jak dnia wczorajszego, lecz ból żuchwy męczy bardzo chorego, zęby przednie wraz z wyrostkiem zębodołowym ruchome, twarz mniej nabrzmiała. Szew z wargi bezpośrednio zrosniętej od-

jęło. Kataplazma ciepła na brodę i płukanie ust ciepłym naparem z siemienia lnianego.

Od 13 Marca (6 dnia choroby) nie było wskazania do zadawania środków lekarskich wewnątrz; funkcyje żywotne prawidłowe, siły chorego stopniowo podnoszą się.

W ciągu dalszego pobytu chorego w Szpitalu wyjęto jeszcze kilka odłamków kostnych z rany pod brodą, którateraz następnie przy starannym opatrunku zablizniła się.

Zęby i strzaskane kości zuchwy coraz mniej ruchome, pod kataplazmą z siemienia lnianego i przy częstym płukaniu ust odwarem kory chinowej niebawem się zrosły.

Dnia 7 Kwietnia, A: zupełnie zdrów Szpital opuścił.

II. Futheim Symcha lat 18, słabiej budowy ciała, nieprzytomny, twarz blada, wargi sine, oczy zamknięte, źrenica rozszerzona, tętno drobne tak, że je obliczyć niepodobna, spiączka, oddech i ruchy serca słabe, klatka piersiowa słabo się rozdyma, kończyny zimne. Bliższe badanie okazuje złamanie kości łokciowej przedramienia lewego, a na dolnej wewnętrznej powierzchni tegoż przedramienia ranę dartą okrągłą, mającą około cala średnicy odkrywającą mięśnie i ścięgacze; obrzmienie i nadwichnięcie (subluxatio) stawów nóg, sińce na kończynach górnych i dolnych. Zapisałem do wewnątrz napar pomornika z dodatkiem siarkanu magnezyi i ulepku rubarbarowego, lewatywę z solą. Zaleciłem pijawki w koło stawów nóg, okłady na głowę z odwaru korzenia pomornika, nacieranie ciała spirytusem, a ranę opatrzyć suchą skubanką.

Po upływie godziny od złożenia chorego na łóżku, nastąpiły wymioty żółciowe często się powtarzające. Cho-

ry niespokojny, stęka, zmienia często położenie swoje w łóżku, przezco nie można było utrzymać w należytym położeniu części złamanych.

W tym stanie chory przepędził noc całą. Nad ranem tętno pełniejsze (80), wymioty nie tak częste, ale kaszel z odpluciem krwawem, chory przytomniejszy, narzeka na ból głowy i górnej części uda lewego, wszakże badanie nie wykazało ani złamania ani też zwichnienia. Wypróżnienia stolca nie było, bladą urynę w małej ilości oddał nad ranem. Zaleciłem saturację z węglanu sody, pijawki za uszami, bańki nasiekiwane w około górnej części uda bolącego.

Wieczorem tegoż dnia ból głowy i uda nie tyle dokuczliwy, chory zupełnie przytomny, narzeka na mocny ból w stawach obydwóch nóg, wymioty zupełnie ustały, kaszel rzadki z flegmą jeszcze nieco zakrwawioną. Chory powiada, że przed półrokiem krwią s pluwał, wypróżnienie jedno łajniste, złamane przedramię ułożono należycie, okłady zimne na obolałe i nabrzękle stawy.

Dnia 10 Marca, gorączka się wzmogła, tętno pełniejsze, kaszel rzadki; flegma bez krwi. Zapisano mięszaninę z saletranu sody i emetyku w małej ilości z dodatkiem wody Laurowej.

Dnia 12 Marca, stan ogólny chorego stopniowo się poprawia, funkcje żywotne prawidłowe.

Dnia 20 Marca, nałożono opatrunek krochmalowy na złamane przedramię, gdzie rana już zabliznioną została. Chory zostawał jeszcze w zakładzie w opatrunku krochmalowym do dnia 28 Kwietnia, w którym jako uleczony Szpital opuścił.

W tych dwóch wypadkach godną jest uwagi różnica bezpośrednich skutków wstrząśnienia mózgu. Gdy

u pierwszego chorego silnej budowy ciała i krwistego, prędko nastąpił odczyn podwyższony z wyraźnym nawąłem krwi; co wymagało energicznego przeciw zapalnego leczenia, upustu krwi, dla usunięcia grożącego niebezpiecznego zapalenia, — widzimy przeciwnie u drugiego chorego, przy znacznym upadku sił, wskazanie do wstrzymania się od bezpośredniego puszczenia krwi, które tu mogłoby stać się szkodliwem, a nawet może i przyczyną śmierci. Sam odczyn następny nie był też zbyt silnym, i dla tego ograniczyłem się na małych deriwacyach miejscowych (pijawki za uszami).

Złamanie obydwóch kości przedramienia lewego u chłopca ulegającego napadom wielkiej choroby, zgorzel, amputacja, uleczenie.

Funkenstein Leib, chłopiec lat 10 liczący, w napadzie padaczki (epilepsia), której od kilku lat ulegał, upadłszy z krzesła, złamał obydwie kości (sprychową i łokciową) przedramienia lewego. Felczer przyzwany dla udzielenia choremu pierwszej pomocy, nałożył opatrunek krochmalowy na złamane przedramię, a w 6 dni po wypadku przywieziono chorego z miasta Łukowa do Szpitala, dnia 7 Marca r. b. w stanie następującym: twarz nabrzmiała, oczy połyskujące, gorączka silna, częste majaczenia, puls drobny częsty (120), sen przerywany, stolec normalny, mocz w małej ilości czerwony, oddech ciężki, płuca nie nieprawidłowego nie przedstawiają, język czerwony suchawy, apetytu niema.

Po odjęciu opatrunku z złamanego przedramienia, ujrzeliśmy zgorzel części miękkich przedramienia po za stan łokciowy sięgającą; skóra zaś ramienia do samego stawu barkowego sino-czerwona, połyskująca, bliska przejścia w zgorzel, a w okolicy samej pachy ropień (abscessus) jeszcze twardy dość znacznej objętości.

Chociaż w tym smutnym wypadku operacja była wskazaną, wszakże pomienione objawy nie dozwalały przystąpić do jej wykonania. Ograniczyłem się przeto na użyciu środków uspakajających, zaleciłem: *arnica cum natro nitrico et vino stibiato*, okłady z ziół aromatycznych na przedramię, ramię zaś kazałem powlec mocnym roztworem saletranu srebra.

W ciągu dni kilku stan ogólny chorego stopniowo poprawiać się zaczynał. Użyciu saletranu srebra zawdzięczyć należy, że po upływie dni 8 zgorzel przedramienia ograniczyła się do dolnej trzeciej części ramienia, skóra ramienia do normalnego wróciła stanu, a ropień ograniczywszy się i dojrzwawszy, otworzył się potem sam pod wpływem ciepłych okładów z lnianego siemienia.

Dnia 27 Marca, to jest 20 dnia po pomieszczeniu chorego w Szpitalu, gdy tenże prócz osłabienia czuł się znacznie lepiej, przy pomocy światłych kolegów Dr. *Groera* i *Köhlera* cięciem kolistém wykonałem amputacją w górnej trzeciej części ramienia bez użycia chloroformu z przyczyny znacznego wyniszczenia i słabej budowy pierśi chorego.

Gojenie rany po amputacji przy stopniowo wzrastających siłach chorego postępowało szybko tak, że we 26 dni po operacji zupełnie zablizniona została.

Godném jest uwagi, że chory wczasy ropienia, a nawet zabliznienia się rany wolnym był od napadów

epilepsy; po zagojeniu zaś, zaczął miewać bardzo częste napady wielkiej choroby (co 10 — 15 minut) wyniszczające niezmiernie chorego, który już był utył i tak dobrze wyglądać zaczął, że twarz jego najłżejszego nie zdradzała cierpienia.

Wszelkie środki wewnątrz użyte pozostawały bez skutku, zaprowadzona wszakże zawłoka (setaceum) na karku już po 28 godzinach pomyślny skutek wywarła. Napady stawały się coraz rzadsze, a po trzech dniach zupełnie ustały, chory zaczął znowu do sił powracać, i dnia 4 Lipca r. b. Szpital opuścił.

Odjęcie umyślnie prącia (membrum virile) i końca języka w napadzie obłąkania (mania religiosa), wyzdrowienie.

Danziger Abram, wieku lat 49, żonaty od lat 28, dotychczas cieszył się zawsze dobrem zdrowiem, zamieszkały w mieście Łukowie znany tam był jako człowiek bardzo nabożny i przykładnego prowadzenia się. Przed kilku miesiącami zaczął cierpieć na częsty perjodyczny ból głowy i mocne zaparcie stolca, stał się ponurym, rzadko kiedy wdawał się z otaczającymi go, a nawet własną żoną w rozmowę, niekiedy tylko mawiał, że człowiek wszelkimi siłami unikać winien grzechów. Codziennie odbywał długie ranne i wieczorne modlitwy w Synagodze, a resztę dnia spędzał w domu na czytaniu pism talmudycznych.

Dnia 26 Sierpnia r. b. o godzinie 10 rano, Danziger powróciwszy z Synagogi i nie zastawszy żony, wysłał z domu służkę, a zanim ta po upływie kilku minut wróciła, Danziger uciął sobie nożykiem pospolicie cygankiem zwanym koniec języka ($\frac{1}{3}$ cala) i prącie (membrum virile) przy samym korzeniu, tak, że została tylko rana okrągłego kształtu, mająca u dołu otworek prowadzący do cewki moczowej (urethra). Gdy dnia następnego Danziguera przywieziono do Szpitala, niewidzieliśmy już krwawienia ani z rany języka, będącego wówczas w stanie zapalnym (glossitis), ani też z rany po odcięciu prącia pozostałej. Według opowiadania osób, które przyprowadziły chorego, krwotok trwać miał czas bardzo krótki i sam przez się ustał, i w samej rzeczy nie widać było śladu użycia środków do zatamowania onego. Chory po ułożeniu go na łóżku i stosownem opatrzeniu rany prącia, spokojnie się zachowywał, ale wzrok, wyraz twarzy i uporczywe milczenie, świadczyły o trwającym jeszcze obłąkaniu. Odczyn gorączkowy nie zbyt silny. Stan ten przy użyciu wewnątrz Inf. fl. arnicae ex dr. S. unc. V, pti. natri nitrici dr: 2. Tart: stib. gr. S. et sy: Rhei unc: 1, co dwie godziny po łyżce stołowej, — trwał przez dni 6. Po zmniejszeniu się obłądę chorey zupełnie utracił pamięć popełnionego czynu. Okazujący się upadek sił, przez udzielenie pośilniejszych pokarmów w krótkim czasie przemijać zaczął.

Odtąd cierpienia chorego były już tylko miejscowe:

1. Zapalenie i rana języka przez tuszowanie saletranem srebra, smarowanie olejkiem migdałowym i płukanie odwarem siemienia lnianego, w ciągu dwóch tygodni uleczono. Chory dobrze żuł pokarmy, niewyraźnie tylko wymawiał głoski językowe.

2. Rana na miejscu prącia, w początkach opatrywana skubanką umoczoną w odwarze korzenia pomornika (*radix arnicae*), a następnie skubanką suchą, zablizniła się także, w stosunkowo dość krótkim czasie.

Dla wypróżnienia pęcherza urynowego i utrzymania otworu pozostałej części cewki moczowej, wprowadzano codziennie elastyczny do pęcherza cewnik na czas 24 godzin, a podczas zabliznienia kateter zastąpiono krótką rurką ołowianą.

Od dnia 15 Października, chory sam zaczął oddawać mocz z łatwością tak, że i rurka ołowiana nie była już potrzebną, rana na miejscu prącia zupełnie zabliznioną została, a 28 Października Danziger zdrów ze Szpitala wypisany został.

Przerost włóknisty uszka, operacja, uleczenie.

Blumenstein Ides, licząca obecnie lat 20, wzrostu średniego, u której odbywały się wszystkie funkcyje prawidłowo, przybyła z Nowego miasta do Szpitala dnia 21 Stycznia r. b. Kobieta ta oprócz częstego bólu w stawach, żadnych ważniejszych nie przebywała chorób. W dzieciństwie swoim kilkakrotnie miała uszy kłóte, ale założyć kolczyków żadną miarą nie mogła, za każdą razą bowiem zaognienie i ból uszów zmusiły do wyjęcia wiśniorków.

Rok temu przed wyjściem za mąż, chcąc koniecznie przyozdobić się kolczykami, dała sobie na nowo przekłuć

uszy, lecz i teraz jeszcze nie tylko dawne symptomata (zaognienie) wróciły, ale w dodatku po zabliznieniu ranek, płatki uszne stwardniały i znacznie zgrubiały tak, że gdy do Szpitala przybyła, oba płatki przedstawiały narosty wielkości jaja gołębiego, pokryte skórą normalną, twarde, niebolące. Podejrzewając w tym wypadku zakażenie krwi, zaordynowałem przedewszystkiem użycie odwaru Zittmana, a następnie dnia 1 Kwietnia 1859 r. przystąpiłem do operacji. Nożycami wykonałem z boku guzów dwa cięcia pod kątem ostrym, podstawą ku dołowi, i w taki sposób guzy wyciąwszy brzegi okrwawione szwem węzełkowatym złączyłem. Czwartego dnia po operacji szew odjęto, połączenie bezpośrednio nastąpiło (per primam intentionem) i chora zadowolona z zupełnie zdrowemi i foremnemi uszami, Szpital opuściła dnia 14 Kwietnia r. b.

Ludwik Chwat.

WSTĘPNA LEKCJA

do

Wykładu Anatomii patologicznej

odezycana w C. K. medyko-chirurgicznej Akademii,
w dniu 7 Lutego 1862 r.

przez Dra **Włodzimierza Brodowskiego**.

Anatomia patologiczna, której najważniejszą część (1) będę miał zaszczyt wykładać Panom, jest nauką traktującą o zбочe-
niach zachodzących *w budowie człowieka podczas choroby*. Jak bez anatomii fizjologicznej nie bylibyście PP. w stanie po-
wziąć wyobrażenia o téj sumie czynności składowych cząstek
organizmu, która stanowi życie normalne, będące celem badań
fizjologii; tak bez anatomii patologicznej niezdołalibyście PP.
zdać sobie sprawy z czynności organizmu przy niezwykłych od-
bywających się warunkach, z czynności, które stanowią życie nie-
normalne czyli chorobę, będącą celem badań patologji. Albo
innemi słowami: anatomja patologiczna zostaje w tym samym
stosunku do patologji, w jakim się znajduje anatomja fizjologi-
czna względem fizjologii. Aby stosunek ten ściślej oznaczyć, a
tém samém dokładniejsze dać PP. wyobrażenie o przedmiocie
i obecném jój stanowisku, nie weźmiecie mi PP. za złe, że zrobię
małą wycieczkę do dziedziny ogólnej fizjologii i patologji.

(1) Histologja patologiczna.

Wiadomo PP. że cały organizm nasz rozwija się z jednej komórki, którą jest *jaje ludzkie*, komórka ta pod wpływem zapłodnienia i miejscowych warunków organizmu macierzyńskiego, dzieli się na inne komórki, te podobnie coraz bardziej rozmnażając się przybierają rozmaite postacie, nabywają rozmaitego składu chemicznego, grupują się w pewnym porządku, układają rozmaite narzędzia, tak, że w ostateku tworzy się wiadoma Panom całość.—W całej tej robocie jak niepodobna zaprzeczyć jedności planu, który z góry zakreślony został jakością ruchu w pierwszej komórce t. j. w jaju zapłodnieniem obudzonego; tak znowu niepodobna i nowopowstającym komórkom odmówić pewnej samodzielności, pewnej autonomji. Tej autonomji komórek zapłodzonych dowodzi powstawanie wielu potwornych form naszego organizmu, o czém dowiedzie się PP. z teratologii.

Jakkolwiek z czasem, obok komórek zjawiają się w organizmie uaszym i inne elementa anatomiczne, jak np włókna, cewki i t. p., wszystkie atoli te formy jak PP. wiadomo, powstają albo bezpośrednio z komórek, albo też z materiału przez nie utworzonego. Tak, że koniec końcem popęd do wszelkiego rodzaju czynności w rozwijającym się organizmie naszym wychodzi głównie z komórek. Naczynia i nerwy, którym dawniej tak wielką przypisywano siłę organizacyjną, powstają same z komórek, są niezaprzeczenie nieodbitemi warunkami wyższej organizacji, lecz nie są kierownikami takowej.

Z przyjściem nowego organizmu na świat, zmienia się tylko stosunek jego do świata, uchyla się pośrednictwo organizmu macierzyńskiego, mnożenie się elementów anatomicznych ulega z czasem pewnym ograniczeniom, zasada wszakże czynności składowych jego części, czynności stanowiących w summie to co nazywamy życiem, zostaje też samą, t. j. i w organizmie usamowolnionym a następnie i w zupełnie rozwiniętym, komórki lub powstałe z nich elementa zawsze pozostają, że tak powiem, ogniskami życia.

Wiadomo PP. że jednym z najważniejszych warunków funkcjonowania tych elementów jest ruch nieustanny składowych ich części, nieustanna zamiana materji. Z kądże się bierze ta zamieniająca zużyte części materja? Oczywiście z otaczającego nas świata zewnętrznego i w ostateńej instan-

cji ze świata nieograniczonego. Musi więc zachodzić pewna wspólność, pewna że tak powiem solidarność między naszym organizmem z tym światem zewnętrznym; w przeciwnym bowiem razie ten ostatni tylko nieprzyjaźnie, nie zaś w sposób odnawiający mógłby na nas wpływać.

Skoro pewne cząstki świata zewnętrznego mogą się zamienić na cząstki naszego organizmu, to musi być pewna wspólność między prawami rządzącymi wzmiarkowanym światem z prawami przodkującymi czynnościom naszego organizmu. Bo żeby materia przechodząc do organizmu miała się wyzuwać z poprzednich swych własności, a przywdziewać na się całkiem od tamtych odmienne, tego bez uchybienia zdrowemu rozsądkowi przypuszczać niepodobna. Materia bowiem i jej własności to jedna i nierozdzielna całość. Materje otaczającego nas świata, dostawszy się do naszego organizmu, znajdują się tu wcale odmiennych od poprzednich warunkach, nigdzie indziej w takiej kombinacji nie nadarzających się i dla tego przychodzą z jednej strony do objawu takich swych własności, których gdzie indziej objawić nie miały sposobności, z drugiej zaś strony znane już z kąd inąd ich własności w odmiennych mogą się uakazać kombinacjach tém samym przybrać pozór czegoś zupełnie nowego. Z tego więc wypada:

1mo. Że życie jest wynikiem wzajemnie się wspierających czynności pojedynczych do pewnego stopnia samodzielnością obdarzonych, a jednak ściśle z sobą związanych cząstek organizmu, i

2do Że pomienione czynności przychodzą do skutku na mocy tych samych praw, jakie rządzą materją zewnątrz organizmu, praw wszakże, stósowania których skutkiem osobliwości exystujących w organizmie warunków, nowe odkryło się pole.

Przypominamy raz jeszcze, że temi w organizmie cząstkami są przedewszystkiem elementa komórkowe. Elementa te jak wiadomo posiadają pewne rozmaite formy, pewne różnorodne stósownie do celów swych czynności składy chemiczne, układy drobinkowe, zostają w pewnych tak wzajemnie względem siebie, jak względem świata zewnętrznego stosunkach. Jakkolwiek stosunki te nie są z matematyczną ścisłością dla nich odmierzone, w przeciwnym bowiem razie życie

byłoby niepodobieństwem, gdyż przy takiej mnogości jego warunków, lada drobnostka powyższe stosunki zakłócająca stawałaby się dlań zaporą nie do pokonania, jakkolwiek przeto życie indywiduum za lada zmianą tych stosunków nie jest jeszcze na szwank narażone; nie mniej wszakże zmiana ta nie może przekraczać pewnych granic, aby nie wywołała w jednostkach żywotnych takich czynności, które z ogólném dobrem organizmu nie są zgodne. Właśnie te zaburzenia w prawidłowych czynnościach wzmiankowanych jednostek stanowią to, co nazywamy *chorobą*.

Stósownie do tego jak wspomniane zaburzenia powstały w większej lub mniejszej ilości elementów anatomicznych, stósownie do większej lub mniejszej godności ostatecznych, czyli, co na jedno wychodzi, stósownie do tego jak elementa te więcej lub mniej rozległe mają stosunki z innemi elementami organizmu, im większą lub mniejszą w ostatku sama natura zaburzenia posiada zdolność udzielania się innym elementom, tém choroba jest więcej lub mniej niebezpieczną dla organizmu. Jak niepodobna pojąć życia bez materjalnej jego podstawy, tak też niezdołamy wyobrazić sobie pomienionych zaburzeń bez towarzyszenia im materjalnych zmian we wzmiankowanych ogniskach życia. Zmiany te musimy przypuszczać nawet i w takich razach, gdy ich zmysłami naszymi dostrzedz niejesteśmy w stanie. Otóż PP. jak summa w mowie będących zaburzeń stanowi przedmiot patologji, tak znowu summa nierozdzielnych z niemi zmian materjalnych należy głównie do anatomji patologicznej. Im dokładniej zbadane są ostatecznie, tem zrozumialszemi dla nas stają się pierwsze. Sądzę PP. że teraz wyraźniej się PP. przedstawia stosunek anat. pat. do patologji. Sądzę PP. że cały powyższy wywód dostatecznie usprawiedliwił z góry orzeczone założenie, iż anat. pat. tak się ma do patologji, jak anat. fizjolog. do fizjologii.

Bez anatomji patologicznej patologia musiałaby pozostać przykutą do stanowiska fenomenologicznego, t. j. pozostać po prostu opisem pewnych grup w niepojęty sposób, częstokroć nawet przypadkowo związanych z sobą objawów chorobnych, grup zatem nieskończoną ilość odmian przedstawiających. Jak niezadowolniejącem musiało być to stano-

wisko, najlepszym dowodem jest nieustanne dążenie patologów do zdobycia innego, wymaganiom naszego umysłu bardziej zadość czyniącego stanowiska genetycznego. Jakąż drogą szli patologowie do tego celu w czasach, że się tak wyrażę przed-anatomo-patologicznych?

Otóż panowie szli oni nie drogą, ale bezdrożami, wpadając w jedną z dwóch ostateczności, albo puszczając wodze wyobraźni, ożywiali powyższe grupy za pomocą nadprzyrodzonych, niekiedy nawet usobnionych potęg, jak naprzykład Archeusz (van Helmont), dusza (anima structrix-Stahl), spiritus rector i t. p.; albo też bezwzględnie stósując do organizmu naszego prawa fizyki i chemii robili go zarówno w czasie zdrowia jak choroby polem najgrubszych czynności bądź mechanicznych, bądź chemicznych. Pierwsi znani są w hisotrii medycznój pod nazwą spiritualistów z różnemi odcieniami, jak vitaliści, animisci i t. p., drudzy zaś, materjalistów także z różnemi odmianami, jak np. jatrochemicy, jatromechanicy, jatromatematycy i t. p. Jaka ztąd ilość powstała teorji i jaka ich wartość naukowa łatwo się PP. domyślicie. Powaga twórcy każdej takiej teorji starczyła za wszystko, ilość ślepo jój hołdujących zwolenników była jedynym probierczym kamieniem wartości każdój. Wpadanie z jednej ostateczności w drugą było w owych czasach zjawiskiem w patologii wcale nierzadkiem. Dopiero przez anat. patol., stała się patologia nauką tak dobrze ścisłą jak i inne nauki przyrodnicze, pozyskała bowiem podstawę faktyczną i oparła się na świadectwie zmysłów. Jój to zawdzięcza patologia tę prawdę, że jednakie na pozór grupy chorobnych przypadłości znane w kadrach nosologicznych pod pewnemi nazwami jak np. phthisis, hemiplegia, paraplegia, icterus, hydrops, febris nervosa i t. p. odpowiadają (każda z nich) najprzeróżniejszym zmianom anatomicznym, a więc w żaden sposób za jedne i też same choroby w każdym wypadku uważane być nie mogą.

Anatomia więc patologiczna wskazała patologii potrzebę dochodzenia za życia tych różnych zmian anatomicznych, była zatem jednym z najpotężniejszych bodźców do rozszerzenia granic metody tak zwanój fizycznój rozpoznawania chorób, metody, która obecnie takiem się cieszy powodzeniem i taką ścisłością odznacza. Wyrugo-

wanie w ostatku z patologji pojęć ontologicznych i teleologicznych, tego zabytku, że tak powiem mytologicznego jej okresu, tój fałszywój monety w naukowój naszój skarbowości, winniśmy także anatomii patologicznój.

Nie możemy PP. pominąć z drugiej strony tych korzyści jakie odniosła anatomja patologiczna z tak ścisłego związku z patologiją. Aby godnie odpowiedzieć stanowisku, na które sama siła wypadków ją popychała, anatomja patologiczna zawczasu pojęła, że nie wypada jój poprzestawać na martwym opisie zmian anatomicznych, że do niej należy także zbadanie całego przebiegu tych zmian od najpierwszego ich zawiązku aż do ostatnich zejść ich możebnych, jak niemniej dochodzenie zależności jednych od drugich, że w ostatku bez nieustannego względu na towarzyszące im objawy chorobne, pozostanie ona zawsze literą martwą, niemającą żadnego praktycznego zastosowania.

Co się tyczy ostatniego, potem cośmy powiedzieli o stosunku anat. pat. do patologji, zdawałoby się rzeczązbyteczną dowodzić ważności tego zastosowania, gdyby nie to nieporozumienie, które niestety dotychczas istnieje w praktycznym obozie lekarskim, a skutkiem którego niekiedy i takie daje się napotykać zdanie, iż trafność a więc i skuteczność postępowania lekarza przy łóżku chorego nie tyle zależy od nauki (która bez anat. pat. jest niemożebną), ale od tego że tak powiem intuicyjnego, długoletniém doświadczeniém wyrobionego, a poczęści i wrodzonego poglądu na chorobę, jak również od sposobu wzięcia się i do choroby i do chorego, który powszechnie nazywają taktem lekarskim. Na cóż więc lekarzowi praktycznemu może się przydać anat. patol? Intuicja usunie przed nim wątpliwości diagnostyczne, t a k z a s ć przeprowadzi go przez szkopyły terapeutyczne. Bardzo pięknie! Szkoda tylko, że właśnie ta sama anat. pat. tyle razy zadała fałsz tój sławionój intuicji lekarskiej i tak nielitościwie odarła z uroku wszystkich natchnionych lekarzy. Co się tyczy owego głoszonego taktu lekarskiego, ten skoro na nauce i miłości bliźniego nie jest oparty, w języku ludzi uczciwych zowie się po prostu kuglarstwem.

Poszukajmy więc trwalszej podstawy naszych działań na polu medyczno-praktyczném.

Jednym jak wiadomo z najważniejszych celów tych działań,

jest przywrócenie w chorym naszym organizmie stosunków prawidłowych, zaburzeniami chorobnymi zakłóconych. Pierwsze zatem pytanie, jakie sobie lekarz przy łóżku każdego chorego zadawać powinien, jest następujące: w jaki sposób i jak dalece tykoko wzmiankowane stosunki zakłóconemi zostały? Bez odpowiedzi na nie ani kroku naprzód ze świadomością postąpić niepodobna. Jakkolwiek bowiem nasza terapia tak uprzednio była, jak i obecnie jest jeszcze po największej części li tylko empiryczną, nie do takiego wszakże stopnia, aby racjonalniejsi lekarze niestósowali swoich przepisów do odpowiedzi na powyższe pytanie; czyli co na jedno wyjdzie, aby wyobrażenie do patologji odnoszące się, nie oddziaływały na praktykę lekarską. Dostyc jest porównać np. metodę leczenia Browników z metodą Kontrastymulistów i zwolenników szkoły fizjologicznej (że się tak wyrażę Broussaisistów) i t. p., żeby się przekonać o sprawiedliwości tego cośy powiedzieli.

Nikt znowu nie zaprzeczy, że anatomia patologiczna z gruntu przetworzyła ostatniemi czasy patologią. Żadnemu racjonalnemu lekarzowi przez myśl już teraz nie przejdzie, ażeby można było zdać sobie sprawę z zaburzeń chorobnych bez uwzględnienia danych anatomo-patologicznych. Z nowemi pojęciami o naturze chorób na tych danych opartemi musiały też koniecznie i nowe powstać wskazania terapeutyczne (indicaciones). Widzimy tedy PP. że bez pomocy anatomii patologicznej, ani choroby dokładnie rozpoznać, ani też jasnych wskazań do pokonania jój wyrobić nie potrafimy.

Pomimo wszakże tak wielkich usług, jakie anat. pato. w stanie jest oddawać medycynie praktycznej, żadna może inna z nauk lekarskich do takiego stopnia zapoznawaną przez lekarzy praktycznych nie była, jak właśnie ta sama anat. pat., żadna może inna tak licznych nieściągala na siebie zarzutów. Nie mówimy już o tych oklepanych, żadnego znaczenia nie mających, jak np. że anatomja patologiczna co najwięcej może mieć wyobrażenie o samych tylko produktach chorobnych, lecz nie jest w stanie dać nam pojęcia o naturze samej choroby, albo, jak się wyrażają niektórzy nieco poetyczniejsi praktycy, anat. pat. bawi się oglądaniem pola walki, ale ani o siłach walczących, ani o tém w jaki sposób takowe walczyły najmniejszego wyobra-

żenia dać nam niemoże; niech sobie umarli grzebią umarłych. Nie możemy wszakże pominąć innego daleko poważniejszego zarzutu, jaki robią anatomii patologicznej; chcemy mówić o skeptycyzmie naukowym i wypływającym zeń nihilizmie terapeutycznym, które uważają za skutki rozwoju anatomji patologicznej.

Że anatomia pato. silnie zachwiała wiarę w skuteczność mnóstwa takich środków lekarskich, które uprzednio wielkiem cieszyły się powodzeniem, że dowiodła naszej bezsilności w obec wielu zmian anatomicznych,—to nie podlega najmniejszej wątpliwości. Ale czyż zatem ma iść koniecznie nihilizm terapeutyczny? Wiadomo jak się zapatrywano na chorobę wówczas, kiedy się nie radzono anatomji patologicznej. Wspomnieliśmy już, że pewne grupy symptomatów ochrzczono pewnemi nazwami, i na każdą z nich zupełnie empirycznie, opierając się niby na doświadczeniu, zalecano pewne środki. Anatomja pat. dowiodłszy, że jednym i tym samym grupom symptomatów odpowiadają częstokroć bardzo różne zmiany anatomiczne, nie mogła nie wykazać całej niedorzeczności jednostajnego tych samych grup leczenia.

Weźmy np. wodne puchliny, które dawniej uważano za odmiany jednej i téj samej choroby i w których z niewielkiem wyjątkiem zawsze się uciekano do jednych, i tych samych środków jak; diuretica, drastica, diaphoretica t. j. do pędzących z organizmu wodę różnemi drogami. Anatomia pat. dowiodła, że wodna puchlina jest przypadłością tylko raz chorób i to różnych, płuc, drugi raz serca, trzeci naczyń, czwarty nérek, piąty trzewów brzucha i t. d. Czyż potem nie miała jeszcze racyi uważać za illuzyjną skuteczność powyższej jednostajnej kuracyi w tak różnorodnych chorobach używanéj? Toż samo można powiedzieć o tak zwanych: haemiplegia, paraplegia, dysmenorrhoea, i t. p.

Ale czyż anatomia patologiczna doradzała we wszystkich tych cierpieniach *nic nie robić*? -- Owszem, nieraz naprowadziła na stósowniejsze wskazanie, a co najmniej, dowiodła potrzeby nowych, ściślejszych studiów terapeutycznych. Czyż można mieć znowu za złe anatomii patologicznej, że odkryła nam oczy na naszą bezsilność w obec wielu zmian

anatomicznych? Czyż nawet i w takich razach niezasłużyłaby się ludzkości (*nb.* gdyby była więcej uwzględnianą przez lekarzy praktycznych), uwalniając ją od tych przedśmiertnych tortur w postaci olbrzymich wezykatorji, zawłók, rozpalonego żelaza, kilku naraz gatunków leków, jeden od drugiego obrzydliwszych i t. p. *heroicznych środków*? Anatomja patologiczna wykazawszy nadto całą niedorzeczność takiego postępowania w obec zaszytych już pewnych zmian anatomicznych, czyż nie odkrywa zarazem nam oczu, że jedynym na takie złe środkiem zaradczym jest zapobieganie, o ile to tylko w naszej mocy być może, rozwojowi zmian takich? A zatem czyż nie wkłada na nas obowiązku badania przyczyn zmian powyższych i warunków rozwojowi ich sprzyjających, celem właśnie uchronienia ile możności organizmu od tych przyczyn i postawienia go w warunkach dlań przychylniejszych? Jedyna to droga kiedy nie zupełnego zniszczenia złego w samym jego źródle, to przynajmniej do ujęcia go w pewne karby.

Statystyka lekarska, przyszedłszy w pomoc anatomji patologicznej udowodniła, że przyczynami i warunkami nie jednej z takich zmian anatomicznych są po największej części wady naszych mieszkań tak zbiorowych jak i pojedynczych, naszej odzieży, naszych sposobów żywienia się, wady naszego wychowania, naszej oświaty, naszych stosunków społecznych. Czyż nie jest zatem prawdziwą zasługą anatomji patologicznej, że z jałowego pola gonitw za niedościgłymi nigdy specyfikami usiłuje sprowadzić lekarza na inne bez porównania żywniejsze pole higieny tak publicznej, jak prywatnej, uwzględniającej zarówno potrzeby nasze materialne, jak i duchowe?!

Rzućmy teraz okiem na dzieje anatomji patologicznej, przebieżmy tę drogę, po której ona powolnie krok za krokiem zdobywała przynależne sobie stanowisko.

Jakkolwiek anat. patol. w bieżącym dopiero stuleciu na godność oddzielnej nauki wyniesioną została, nie zbywa wszakże na faktach dowodzących, że materiały do niej od dawna już się gromadziły. Plinjusz np. utrzymuje, że w Egipcie za czasów

Faraonów jeszcze, a więc na kilka wieków przed Galenem otwierano zwłoki ludzkie w celu wyjaśnienia przyczyn i siedliska chorób. Rezultaty tych poszukiwań do nas nie doszły, nie musiały być jednak świetnemi, skoro żadnego niewywarły wpływu na medycynę starożytną.

Erasistratus, jeden z Koryfeuszów szkoły Aleksandryjskiej, który sam wiele zwłok ludzkich otwierał, usiłuje wprawdzie objaśniać powstanie chorób za pomocą zmian w układzie naczyniowym zachodzących, a więc pierwiastek anatomiczny wprowadza do patologji; źle jednak jój usługuje, nie tylko przykuwając ją do jednego układu, lecz co bez porównania szkodliwsza, opierając całą patologią na fałszywem przypuszczaniu obecności powietrza w tętnicach i wyprowadzając wszystkie zjawiska chorobne ze zwichniętego stosunku między krwią a powietrzem, albo też zabłądzeniem tych ciał w niewłaściwe dla nich miejsca. Zresztą ogół lekarzy starożytnych wcale innemu ulegał prądowi.

Rzecz prosta, że owi pierwsi żeglarze po morzu anatomo - patologiczném, o których Plinjusz nadmienia, nie musieli dla współczesnych sprawiać pocieszającego widoku. Bez doświadczenia, z bardzo szczupłemi ówczesnemi wiadomościami anatomicznemi, na każdym kroku, inaczéj być nie mogło, spotykali przeszkody nie do pokonania. Musiano z tego względu powątpiewać nawet o możebności dojścia na téj drodze do jakichbądź rezultatów. Zdrugiej znowu strony, rozmaite systemata filozoficzne nęciły właśnie łatwością, z jaką objaśniały wszelkie zjawiska natury. Te to właśnie systemata dały początek rozmaitym szkołom medycznym, w których już najmniejszój nie ma wzmianki o anatomji patologicznój.

W wiekach średnich, gdy przesady jednym, przepisy kościoła innym niedozwalały otwierania zwłok ludzkich, oczywiście o anatomji patologicznój ani mowy być nie mogło. Pierwsze prawem pozwolone autopsyje przypadają dopiero na początek 14go wieku. Professor uniwersytetu Bolońskiego, Mondini de Luzzi wykonywa jedną 1306 r., drugą zaś w r. 1315. Opierając się na tych dwóch oględach pośmiertnych pisze kompendium anatomiczne, które aż do 16go wieku cieszy się niezachwianą powagą, a w którym nieliczne wprawdzie i patologiczne zmiany

uwzględnionemi zostały. — Od tego czasu dozwoloném zostało wykonywanie na uniwersytetach od 2—6 razy do roku otwierania zwłok ludzkich. Szczupły to zaiste materiał do wyprowadzenia zeń jakichbądź wniosków anatomo-patologicznych.

Z początkiem 16go wieku umysł ludzki budzi się do samodzielnej pracy; lekarze zaczynają więcéj ufać naturze jak autorytetom. Anatomowie w prawdzie komentują jeszcze i co najwięcéj odważają się zrazu tylko na dokompletowanie Galena. Nieśmiałość ta wszakże, właściwa zresztą każdemu poczynającemu ruszać się o własnych siłach, trwa niedługo. *Andrzej Vesal* wiekopomném swém dziełem „de humani corporis fabrica“ w roku 1543 wydaném, a całkowicie z natury napisaném, zadaje cios stanowczy powadze Galena, która przez kilkanaście wieków imponowała światu lekarskiemu. Dzieło to wywołuje namiętą polemikę. Co tylko żyje bierze się do otwierania zwłok ludzkich. Zwolennicy Galena aby zadać fałsz Vesalowi, inni znowu trzeźwiejsi, aby sprawdzić podane przez ostatniego fakta. Badania więcéj zwłok ludzkich są na porządku dziennym. Anatomja tak zwana fizjologiczna rozwija się z niesłychaną szybkością, przy niéj i patologiczna zaczyna być uwzględnioną tak nawet dalece, że niektórzy i do patologji zaczynają wprowadzać element anatomiczny, t. j. obok objawów chorobnych niezanie dbują wspominać i o zmianach, jakie choroby powodują w różnych narządziach naszego organizmu. Daleko pierwéj jeszcze w tym duchu pracował *Antoni Beniveni*; jego „De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis. Florent. 1506 r.“ było pierwszém dziełem o patologji, na szerszój podstawie anatomo-patologicznój spoczywającém.

Jak dalece w szesnastym wieku zaczynają poznawać ważność anatomji patologicznój świadczą najlepiej następujące wyrazy przez *Fernela* wyrzeczone: „nunquam ullum plane cognitum penitusque perspectum esse morbum putaverim, nisi compertum habeatur et quasi oculis cernitur, quae in humano corpore sedes primario laboret et quis in ea sit affectus praeter naturam.“ Śnać podzielano to zdanie, kiedy tacy mężowie jak Vesal, Colombo, Eustachio, Faloppia, Volcher Koyter, Schenk i wielu innych pilnie notują znajdowane przez się przy otwiera-

niu zwłok zmiany anatomiczne. Wprawdzie w dziwny częstokroć sposób zmiany te tłómaczą, ale czyż przy takiej nowości spostrzeganych przedmiotów mogło być inaczej?

Nie można jednak nie pożałować tego, że samo fałszywe tłómaczenie tak często znajdowanych w sercu i większych naczyniach skrzepów krwi po największej części po śmierci powstających, w przeciągu prawie całych dwóch wieków (16 i 17) utrzymywało anatomją patologiczną a przez nią i patologją w prawdziwie opłakanym stanie. Okoliczność ta niezawodnie wiele się przyczyniła do zdyskredytowania anatomii patologicznej u ówczesnych lekarzy praktycznych. I kto wie w co by się był obrócił tylko co zaczynający kiełkować element anatomiczny w patologii, gdyby go był nie zasilił genialny *Harwey* dotykalmém, bo na doświadczeniach opartém udowodnieniem krwi obiegu, które jak wiadomo znakomicie ułatwioném zostało poprzedniami pracami *Vesala*, *Serveta*, *Cesalpina*, *Fabricjusza* z *Akwapendenty* i innych. Ten świetny tryumf metody opartej na obserwacji i doświadczeniu musiał dodać otuchy jej zwolennikom, a więc i skrzętnym zbieraczom faktów anatomo-patologicznych, skoro na tem polu spotykamy takich pracowników, jak *Fabricius*, *Hildanus*, *Tulpius*, *Th. Bartolin*, *Willis*, *Kerkring*, *Wepfer*, *Sylvius*, *Baglivi*, *Boillou* i innych.

Welsch (*Sylloge curation et obseruation, med. 1667*) i *Bonnet* (*Sepulchretum anatomicum. Geneva 1679*) próbują rozproszony po różnych pismach materiał anatomo-patologiczny zbierać, porządkować i porównywać. Jakkolwiek nie wiele zalet możemy przyznać temu materiałowi pod względem jakości, jakkolwiek w postrzeżeniach w skład jego wchodzących natrafiamy na mnóstwo niedokładności i sądów opacznych; prace atoli wyżej wymienionych mężów zasługują niezaprzeczenie z tego względu na uznanie, iż w umysłach dzielniejszych wciąż budziły chęć próbowania sił swych na tém polu, a więc tém samym kierunkowi ściśle naukowemu zmarnieć nie pozwoliły.

Dopiero w 18 wieku zaczynamy zbierać owoce tych usiłowań szlachetnych. Pominąwszy *Lancisi'ego* (*de subitaneis mortibus libri duo 1707*), *Albinos'a* (*de anatome errores detegente in medicina 1723*), *Vater'a* (*de anatomes utilitate in erudendis causis occultis morborum, vel mortis subitaneae 1723*),

Senac'a (Fasciculus observationum medico-chirurgicarum), którzy na wzór poprzedników wzbogacają jeszcze tylko kasuistykę anatomo-patologiczną, albo się zajmują rozstrzygnięciem ze stanowiska anatomicznego pewnych tylko kwestyi, jak np. Lancisi, który pracuje nad wykryciem przyczyny nagłych śmierci, przechodzimy do Jana Chrzyciela *Morgagniego* słynnego profesora anatomji w Uniwersytecie Padewskim, który przy końcu swój kariery naukowej, w 79 roku życia wydaje monumentalne dzieło anatomii patologicznej. „De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis 1761“, stanowiące epokę w naszej nauce.

Morgagni osnuł to dzieło na olbrzymim materiale tak przez siebie samego w ciągu długoletniego zawodu swego nauczycielskiego i naukowego uzbieranym, jakoteż przez przyjaciół, uczniów i licznych swych wielbicieli sobie udzielonym, nadto spożytkował ważniejszą kasuistykę swoich poprzedników, przede wszystkim zaś dużo korzystał z *Sepulchretum anatomicum Bonnet'a*. Opierając się właśnie na tym imponującym materiale, Morgagni usiłował chorobom tak jak je wówczas pojmowano, t. j. pewnym grupom symptomatów dać podstawę anatomiczną, czyli, co na jedno wychodzi wykryć związek między zmianami anatomicznymi i wzmiankowanymi grupami symptomatów.

Kiedy więc poprzednicy znakomitego anatoma Padewskiego co najwięcej odważają się tylko na tłumaczenie związku między zmianami anatomicznymi a objawami chorobnymi w każdym danym pojedynczym wypadku, Morgagni kusi się o ugruntowanie całej patologii szczegółowej na anatomji patologicznej. Znakomity ten anatom dał dowody niesłychanej cierpliwości, wytrwałości, przenikliwości umysłu, bezstronności sądu w przeprowadzeniu swój idei. Główna wszakże zasługa jego dla anatomji patologicznej przede wszystkim na tém zależy, że usiłował oznaczyć różnicę między stanem prawidłowym i nieprawidłowym każdego narzędzia. Wiadomo zaś jak dużo pod tym względem było wątpliwości w owym czasie. Wpływ jednak Morgagni'ego na współczesną medycynę był bardzo niewielki. Ontologizm symptomatyczny utrzymywał się nadal w patologii pomimo to, że prace anatoma Padewskiego jasno po-

kazywały, iż mu nieodpowiada ontologizm anatomiczny; owszem przekonywały na każdym kroku, że jednym i tym samym przypadłościom częstokroć bardzo różne odpowiadają zmiany anatomiczne. Może nawet właśnie ta okoliczność, u ówczesnych lekarzy nawykłych do zapatrywania się na choroby ze stanowiska ontologiczno-symptomatycznego, odbierała urok pracom Morgagni'ego.

Nie godzi się nam pominąć tu dzieła *Lietaud'a*, które się ukazało w Paryżu w r. 1764, pod nazwiskiem „*historia anatomico-medica*“. Praca ta jako kompilacja niezastugiwałaby na wzmiankę, gdyby nie ta okoliczność, że w niej po raz pierwszy opisy zmian anatomicznych, jakkolwiek ze znanej już kazuistyki Bonnet'a, a po części i Morgagni'ego wyjęte, w anatomicznym porządku, podług narzędzi naszego organizmu dokonane zostały, a więc w ten sposób, jakiego się zwykli trzymać wszyscy późniejsi autorowie traktujący o anatomji patologicznej.

Ludwig'owi należy się zasługa, że w swoich „*primae lineae anatomiae pathologicae* (Lipsk 1785)“ po raz pierwszy występuje z ogólnym opisem zmian anatomicznych w narzędziach naszego organizmu napotykanym, t. j. opis ten nie jest już kopią z pojedynczych wypadków zdjętą, jak to dotąd zwykło mieć miejsce, lecz abstrakcją, na którą wiele mniej więcej podobnych do siebie wypadków składać się musiało. W ślady *Ludwig'a* w krótkce wstępują *Boillie* (*The morbid anatomy of some of the most important parts of the human body*. London 1793), który nadto wydaje w r. 1799 pierwszy atlas anatomopatologiczny, i *Conradi* (*Handbuch der pathologischen Anatomie*. Hannover 1796).—

Bez porównania większego dla anatomii patologicznej znaczenia od tylkoco przytoczonych dzieł, po największej części kompilowanych, były samodzielne prace *Huntera*, *Sandifort'a* a po części i *Portala*, które jakkolwiek nie obejmowały całego naszego przedmiotu, na pojedyncze wszakże jego części wielkie rzucały światło.

Pomimo jednak to wszystko, anatomja patologiczna w 18 wieku prawie żadnego nie wywierała jeszcze wpływu ani na patologjã, ani na medycynę praktyczną. Tak ta jak tamta

zostają jeszcze na łasce rozmaitych systemów teoretycznych bądź humoralnych, bądź solidarnych lub witalistycznych i t. p. dzielących lekarzy na tyleż walczących z sobą obozów.

Tymczasem francuzka szkoła chirurgiczna, złożona po największej części z uczniów Dessault'a, za przykładem niezrównanego swego mistrza wzgardziwszy jałową szermierką teoretyczną, opiera się silnie na anatomji i fizjologii i przykładem swym nowy nadaje popęd całej medycynie. Największy w owym czasie wpływ wywiera na nią znakomity uczeń i przyjaciel Dessault'a, na początku niedługiej lecz świetnej swjej kariery także chirurg, Xawery *Bichat*. Jego anatomja ogólna z gruntu przekształca całą patologjã i nowy nadaje popęd anatomji patologicznej, która dzięki duchowi, jaki weń tchnął Bichat staje się odtąd podstawą nietylko patologji, lecz i medycyny klinicznej, zwłaszcza od czasu, jak genialny Laennec pracami swemi wykazał, jak wielkie korzyści w stanie jest anatomja patologiczna zapewnić ostatniej.

Laennec daje początek we Francji tak zwanój szkole anatomo - patologicznej, która zwalczywszy inną tak zwaną fizjologiczną, przez Broussais'go utworzoną, dotychczas przeważne zajmuje stanowisko w medycynie francuzkiej. Koryfeuszami téj szkoły byli: Andral, Louis, Cruveilhier, Rayer, Piorry i t. d. Jednocześnie w Anglji pracują nad anatomją patologiczną, jako podstawą patologji: Abernethy, Crowford, Ch. Bell i inni.

Inaczej się dzieje na początku tego stulecia w Niemczech. Tu lekarze powszechnie się znajdują pod wpływem filozofii naturalnej (Naturphilosophie) Schellinga, ciesząc się w owych czasach niezmierném powodzeniem. I wpływ ten nikogo tu bynajmniej nie razi; od czasu, jak bezwzględne stósowanie praw chemicznych i mechanicznych do objaśnienia objawów życia przestało zadowalniać, a przyznanie pewnej właściwości wzmiankowanym objawom stało się powszechném, od tego czasu powtarzam, Niemcy wyrzekają się, że tak powiem zmysłów, wierzą tylko w potęgę swego umysłu (Vernunft). Animiści, neuryści, Browniści, zwolennicy teorji na źle zrozumianej drażliwości Hallera opartój (Erregungsteoretiker), vitaliści, przygotowali wybornie grunt dla filozofów naturalnych.

O nowym w medycynie ruchu anatomo - patologicznym odbywającym się we Francji i Anglii albo niewiedzą, albo też z politowaniem nań poglądają. Na ludzi oddających się badaniu szczegółów w celu dojścia do ogólniejszych wniosków patrzą jak na tyb, co usiłują z ziarek piasku wszechświat zbudować. Kwestje medyczne rozstrzygają się a priori w duchu filozofii naturalnej. Samo się przez się rozumie, że wśród takiego nastroju umysłów o anatomji patologicznej nikt ani słyszeć niechciał. W samej zresztą anatomji patologicznej, reprezentowanej w owych czasach w Niemczech przez Conradi'ego, Voigtl'a, Meckel'ów, Otto etc. panuje skłonność do nadzwyczajności. Potwory (monstra) przede wszystkim ją zajmują.

Dopiero jak pod cieniem filozofii naturalnej zaczęły wyrastać takie dziwolągi, jak mesmeryzm, cranioscopia, homeopatja i t. p. i w Niemczech nareszcie poczuto potrzebę oparcia się na twardym gruncie.

Schönlein pierwszy w Niemczech zaczyna na szerszą skalę stosować anatomię patologiczną do patologji. Wystąpiwszy w r. 1820 na widownię naukową jako prof. kliniki w Uniwersytecie Würzburgskim, wywiera wpływ ogromny na młodzież uczącą się. Czuć wszakże wychowańca szkoły naturalno-filozoficznej, która i na anatomii patologicznej piętno swe wycisnęła. I tak np. Schönlein nie uważał zmian anatomicznych za proste następstwo stanu poprzedniego, lecz za coś od organizmu całkiem odrębnego, coś niby ciało choroby stanowiącego. Wolnym już jest zupełnie od tego zarzutu *Hasse*, który za pomocą swojej anatomji patologicznej narządów krwionośnego i oddechowego, choć w części obznajmia Niemców z kierunkiem anatomo-patologicznym szkoły Paryzkiej.

Wszystko to jednak błędnie w obec reformacyjnego wpływu na medycynę niemiecką *Karola Rokitanskyego*. Obznajmiony dokładnie z pracami Francuzów i Anglików, dotyczącami anatomii patologicznej, wsparty kolossalnym własnym doświadczeniem, w olbrzymim materjale trupiarni Wiedeńskiego szpitala ogólnego (allgemeines Krankenhaus) czerpaném, obdarzony nadto od natury niepospolitą bystrością umysłu, Rokitansky stawia anatomię patologiczną na tym stopniu doskonałości, na jakim

ją przedtem nigdy nie widziano. Nie było żadnej ważniejszej zmiany anatomicznej, którejby pojęcie pod jakimkolwiek bądź względem przezeń rozszerzonym nie zostało.

Główna zasługa Rokitanskyego na tém zależy, że nie przestawał nigdy na martwym opisie wzmiankowanych zmian anatomicznych; owszem zawsze miał na celu zbadanie całego ich przebiegu, zaczawszy od samego zawiązku skończywszy na wszystkich możebnych zejściach takowych. Mało tego, Rokitansky nigdy nie spuszczał z oka żywego organizmu, t. j. całego szeregu objawów chorobnych różnym fazom pomienionych zmian towarzyszących i związku między jednymi i drugimi. Jednym słowem, anatomja patologiczna pod tchnieniem geniusza znakomitego Professora Wiedeńskiego zamieniła się na patologją anatomiczną. Niemożna wszakże niepożądać, że Rokitansky w dochodzeniu przyczyn zmian miejscowych zanadto puszczał wodze plastycznej swj wyobraźni. Pomienione zmiany uważał on po największej części za umiejscowienie tylko (*localisatio*) innych zmian daleko ogólniejszych, bo w składowych częściach krwi zachodzących. Zmiany ostatnie nazywał zakażeniami (*crasis*).

Wyobrażenie o rozmaitych krazach Rokitański opierał głównie na badaniach składu krwi w różnych chorobach przez Andral'a i Gavarret'a dokonanych, jak również na fizycznych własnościach skrzepów krwi znajdujących w sercu i większych naczyniach, lub otrzymanywanych po upustach. Nomenklatury zaś krazeologicznej pożyzył od znakomitego w swoim czasie chemika Berlińskiego Simona.

Powstawaniu kraz podług Rokitanskyego miały pośredniczyć rozmaite warunki tak indywidualne, jak higieniczno-dyetyczne i telluryczno-kozmiczne. Każda taka kraz za pośrednictwem przekrwienia (*hyperaemia*) i wysięków (*exsudatio*) miała dawać początek chorobnym blastomom, które stosownie do swj natury w rozmaity się sposób organizowały, lubteż rozpadały. Rokitański krazeologiczną swą werwę posunął do takiego stopnia, że nawet i w takich razach, w których miejscowe li tylko znaczenie procesu patologicznego zdawało się niepodpadać najmniejszej wątpliwości, przypuszczał pośrednictwo krazy miejscowej, t. j. skutkiem zmiany miejscowych wa-

runków odżywiania powstającej.— Tak tedy dzięki krazeologii przez szkołę anatomo-patologiczną w miejsce dawniejszego ontologizmu symptomatycznego, który jak wiadomo uległ pod razami szkoły fizjologicznej, ontologizm anatomiczny doszedł w patologii do kulminacyjnego punktu swego rozwoju.

Kiedy Wiedeńska szkoła coraz większego nabywa rozgłosu i coraz większą ilość jedna sobie zwolenników, w innej stronie Niemiec gromadzą się powoli materiały do nowej reformy wyobrażeń medycznych. Materiałów tych dostarczają po największej części uczniowie znakomitego fizjologa Berlińskiego. Joh: Müllera, który nie spuszcza z oka i innych gałęzi wiedzy lekarskiej, a tak jest przejęty solidarnością ich z fizjologią, że z tej ostatniej wciąż do nich robi wycieczki, i jakiej tylko dotknie, każdą wprowadza na nową drogę badań, stósując do każdej ściśle naukową swą metodę doświadczalną, która zostaje wzorem dla późniejszych na tém polu badaczy. Największe atoli dla anatomji patologicznej owoce wydały prace Müllera około histologii mikroskopowej podjęte. Jego „de glandularum secernentium structura penitiori (1830) „wprowadza metodę do badań mikroskopowych nad histologją fizjologiczną, metodę za pomocą której niedługo *Schwann* doszedł do wykrycia tej stanowiącej epokę w histologii zwierzęcej prawdy, że nie tylko rośliny (jak tego już był dowiódł Schleiden) lecz że i zwierzęta wraz ze wszystkimi swemi narzędziami powstają z komórek. Druga znowu praca Müllera p. n. „Über den feineren Bau der krankhaften Geschwülste (1838)“ staje się węgielnym kamieniem histologii patologicznej, rzuca mnóstwo nowych kwestyi, pobudza do nowych badań.

Tymczasem prace Reicherta, Köllikera i Remaka zadają cios stanowczy Schwannowskiej teoryi dobrowolnego powstawania (*generatio aequivoca, spontanea*) zapłodkowych komórek z tak zwanój cytoblastemy; natomiast wykazują dowodnie, że rozwój i wzrost każdego nowego organizmu zawisł od podziału przegzystujących komórek na nowe komórki, których pierwszym punktem wyjścia było jaje, a więc także komórka.

Tym sposobem aforyzm „*omnis cellula a cellula*“ został uzasadnionym dla fizjologicznego rozwoju organizmów. W patolo-

gicznych atoli procesach przez pewien czas utrzymuje się jeszcze zasada spontanicznego powstawania komórek z patologicznych blastem, szczególnie przez szkołę Wiedeńską popierana. Zasada ta nadająca pewną odrębność patologicznym procesom była ostatnią podporą anatomo-patologicznego ontologizmu w medycynie, do obalenia którego najwięcej się przyczynił ostatniemi czasy swemi pracami *Rudolf Virchow* także uczeń *J. Müllera*, a obecnie Professor anatomji patologicznej i ogólnej patologji w Uniwersytecie Berlińskim.

Nie tu miejsce wyliczania wszystkich zasług tego niezmordowanego na polu anatomji patologicznej pracownika. Nie podobna kilku ogólnikami dać PP. wyobrażenie o prawdziwie zdumiewającej działalności tego genialnego badacza. W ciągu mego wykładu będę się starał obznajmić PP. z ważniejszymi rezultatami prac jego. Tu nadmienię tylko, że udowodnienie przez *Virchow'a* obecności komórkowatych elementów w zupełnie już rozwiniętych i stósownie do różnego przeznaczenia rozmaicie wykształconych tkankach łącznych, dało możność rozciągnięcia wyżej przytoczonego aforyzmu „*omnis cellula a cellula*“ i na histologją patologiczną. Od tego aforyzmu do zniesienia odrębności (specyficzności) komórek patologicznych, a następnie i tkanek patologicznych, odrębności, która się jeszcze czas jakiś poza gruźlkiem i rakiem ukrywała, już tylko jeden krok pozostawał. Tak runął dzięki histologji patologicznej ostatni filar ontologizmu patologicznego.

Dzięki téjże histologji, która będzie szczególnym przedmiotem naszego wykładu, cała, rzecz można, patologija ogólna uległa zupełnemu przeobrażeniu. Z krazeologii wiedeńskiej kamień na kamieniu nie pozostał. Sam *Rokitansky* jeden z pierwszych od niej się odwrócił. Te wszechwładne przed niedawnemi jeszcze czasy w patologji wysięki do bardzo podrzędnej sprowadzone roli, w wielu miejscach zupełnie zaprzeczone. Dyskrazje po największej części z przyczyn zeszyły na skutki miejscowych zaburzeń. Nerwom i naczyniom, téj arystokracji naszego organizmu dowiedziono, że nie wszystko przez nie i dla nich się dzieje. Natomiast podniesiono do godności obywatelstwa tę zapoznaną młodszą bracię, te miryjady komórek, które się składają na u-

trzymanie całości życia i zaburzenia w czynnościach których, dają początek chorobom.

Oto PP. pokrótce dzieje i współczesne stanowisko tej nauki, z ogólnemi zasadami której będę miał zaszczyt obznajamiać panów. Nie wątpię, że dołożycie PP. wszelkich starań do pokonania trudności, jakie towarzyszą nabywaniu każdej nauki, a nie dopieroż takiej, jak anatomja patologiczna. Nie wątpię także, że ułatwicie mi PP. zawiązanie z wami tego serdecznego stosunku, który wspólną naszą pracę łatwiejszą, przyjemniejszą i pożyteczniejszą uczyni.— Dixi.

Czynności Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego,
z dnia 1 kwietnia 1862 roku.

(Prezes Dr Kulesza).

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedzającego posiedzenia;

Prezes powitał pierwszy raz obecnego nowego Członka Towarzystwa, P. Markusfelda.

P. *Konitz* odczytał obszernie i nader pochlebne sprawozdanie, pełne z własnego doświadczenia czerpanych uwag, o książce prof. *Tyrchowskiego* p n. „Rys położnictwa praktycznego. Kraków 1861.“ i poparty przez dwóch innych kolegów, proponował autora na członka Towarzystwa.

P. *Natanson* okazał próbkę mchu zwanego *Pengarward Jamby* czyli *Lichen pixidatus*, z dobrym skutkiem używanego jako środek miejscowy przeciwko krwotokom.

P. *Łuczkiwicz*, przedstawivszy egzemplarz pierwszego tegorocznego poszytu *Pamiętnika Towarzystwa*, wspomniał o przeszkodach, na jakie napotyka wydawnictwo ze strony drukarni.

Następnie odczytał kolega Ł. sprawozdanie z 3ch przykładów chorób nerwowych, wyleczonych przez pana *Levittoux* za pomocą przypiekań żelazem rozpaloném, których opis autor nadesłał Towarzystwu.

Przedmiotem pierwszego przykładu była 11 letnia dziewczyna, dotknięta od 8 tygodni bólem w stawie biodrowym, który ustąpił raz na zawsze bo przypieczeniu żelazem do białości rozpaloném miejsc przebiegu nerwu biodrowego i części ucha *helix*. W przypadku tym, nie widzianym dotąd, według autora, objawem był krzyk przeraźliwy, punkt $\frac{1}{2}$ godziny trwający, dwanaście razy dziennie powtarzający się, „z najgłębszych wnętrzości pochodzący“, któryto objaw, zdaniem sprawozdawcy, nie tak zbyt wielkiej wagi jest dla lekarza.

Choroba w drugim przypadku polegała na bólu i zawrocie głowy wraz z szumem w uszach i osłabieniem hemiplegiczném, od 6 lat trwającém, obok nienaruszonych władz umysłowych, któryto zbiór objawów, uważając autor za *neuralgię ogólną*, postanowił znieść przy pomocy przypieczenia żelazem miejsc głównych pni nerwowych od stóp do głowy. Powtórzywszy w tygodniu dwa razy operację, wyleczył autor chorego zupełnie i stanowczo na zawsze (4 miesiące temu). Zdaniem sprawozdawcy, z krótkiego podania symptomatów nie podobna wyszukać zasady, któraby w tym przypadku upoważniła lekarza do rozpoznania neuralgii ogólnej, znane są bowiem rozmaite sprawy chorobowe, które podobny zbiór objawów powodować są w stanie. Dobroczynny skutek mnogiego przypiekania nie może także, co najmniej, dowodzić prawdziwości rozpoznania.

Trzecie nakoniec cierpienie było natury *hysterycznej semi-epileptycznej*, z rzucaniem ciała nakształt ruchów przy spółkowaniu, objawiające się u 15-letniej dziewczycy, bez żadnych materialnych zmian.

W ogóle sprawozd. był zdania, że o ile wypadki te z jednej strony rzeczywiście godne są uwagi i pamięci lekarzy goniących za rzadkością i nadzwyczajnością używanych do leczenia środków, o ile z resztą w samej rzeczy pomyślne i tak nagłe ustąpienie choroby, kolegów do użycia tego środka (istotnie bardziej strasznego, aniżeli dokuczliwego) zachęcać powinno, o tyle znowu z drugiej strony symptomatologia tych wypadków nie przedstawia nic tak strasznie zadziwiającego i całkiem dotychczas jeszcze nieznanego w

dziejach nauki lekarskiej, jak to przekonać nas zamierza autor, nazywając przypadki te *białymi krukami*.

W końcu wniósł sprawozd., iżby postrzeżenia te ogłoszono w Pamiętniku, nadmienił jednak, iż zewnętrzna forma opisu tych obserwacji nie zupełnie licuje z prawdziwie naukową, wierną, skromną obserwacją.

P. *Bącewicz* nadmienił, że w pierwszym z przypadków opisanych przez p. Levittoux sam pierwój jeszcze radził użycie zelaża rozpalonego.

P. *Chwat* zwrócił uwagę na szkodliwość przytoczonego użycia *ferris candentis*, jakie się czasami praktykuje.

P. *Szokalski* przypomniał, że przyżeganie uszka w bólu nerwowym biodrowym nie od dzisiaj jest używane.

P. *Natanson* nadmienił, że kol. Koehler przed kilkoma laty opisywał wypadki tego rodzaju newralgij, leczonych przez niego (Dra K.) przez przypiekanie ucha.

Wreście Towarzystwo większością głosów członków obecnych oświadczyło się za złożeniem rozprawy p. Lewittoux do archiwum.

P. *Karpiński* pokazał świetne zjawisko palenia się druciku z metalu magnezyzu w płomieniu świecy, przezco tenże płomień nabrał brylantowego blasku. Następnie przedstawił p. Karpiński piękne kryształki pyrofosforanu żelaza połączonego z cytrynianem amonii; tym sposobem udało się panu K. uczynić pyrofosforan żelaza rozpuszczalnym, a otrzymany przetwór nie przedstawia tych niedogodności, co pyrofosforan żelaza i sody, który tylko w stanie wilgotnym może być użyty.

W końcu posiedzenia p. *Sciborowski* odczytał opis przypadku chirurgicznego lezonego przezeń w Szpitalu Willanowskim. W przypadku tym, z powodu zmiżdżenia goleni (prawój) przez sieczkarnię, odjął kol. Sciborowski kończynę na kilka cali poniżej stawu kolanowego. Przypadek ten, który w przebiegu swoim przedstawiał nie mało niepomyślnych komplikacji, jako to szczękościsk, zapalenie stawu kolanowego i przypadłości ropnicy, zakończył się jednak szczęśliwie.

P. *Helbich* był zdania, iż wielu tych złych przypadłości byłyby się uniknęło, amputując wyżej.

Koll. Sciborowski odpowiada K. Helbichowi, że robiąc amputację poniżej kolana, miał zamiar przez zachowanie stawu kolanowego ułatwić choremu chodzenie bez kuli, co u wyrobnika wielkiej jest wagi.

W rozprawach które się jeszcze z powodu tego przypadku toczyły, wzięli nadto udział pp. *Bącewicz*, *Natanson*, *Janikowski* (Andrzej) i *Rosenblum*.

**O AKOMODACYI PRAWIDŁOWEJ,
PRZESTRZENI AKOMODACYJNEJ
I JEJ WYMIERZENIU.**

(Dokończenie).

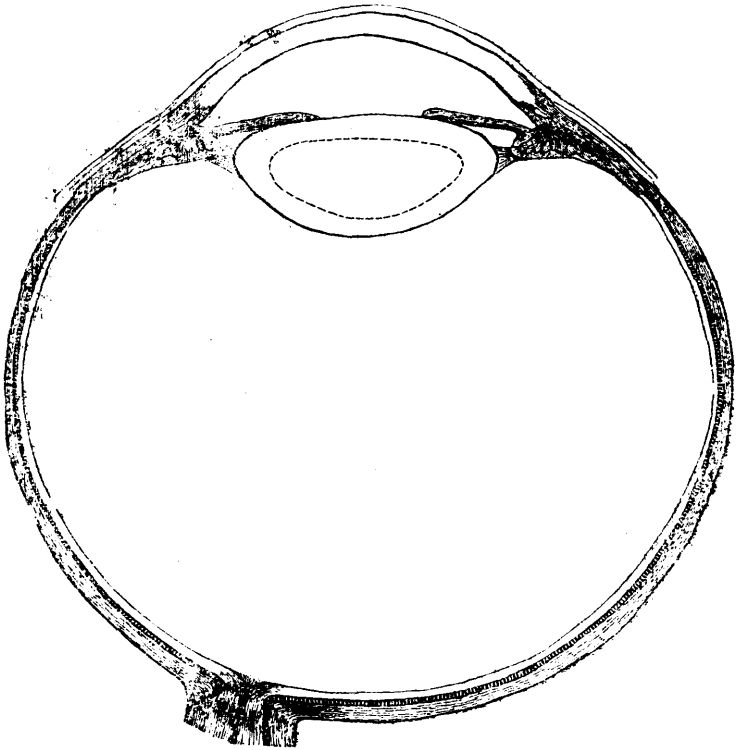
Dla lepszego uplastycznienia zmian w oku podczas spokoju i akomodacji, podaję naprzód rysunek całego oka w przecięciu podług Altra 1), a po opisanii każdego tłumaczenia wyżej wymienionych autorów podam stósowne szematyczne przecięcie oka, z jednéj strony wyobrażające oko w czasie spokoju, z drugiejj zaś w czasie akomodacji (fig. 8 str. 206).

Kramer, którego teoria przed kilku laty tak przekonywającą być się zdawała, iż biegli nawet Fizjologowie uznawali ją za najbardziej prawdopodobną, dowodzi, że zmiana wypukłości dotyczy tylko środkowéj części soczewki, stykającéj się z cieczą wodną przez otwór źrenicowy, że się ta wypukła i naprzód podaje, obwodowe zaś części podają się trochę ku tyłowi. Tłumaczy zaś tę zmianę naciśnieniem skurzonego rozwieracza źrenicy na soczewkę, utrzymaną w swém miejscu przez mięsień Brückego kurczący się współcześnie z tęczą. Zdanie to opiera na anatomji opisowéj oka i experymentach fizjologicznych.

Najprzód tedy dowodzi, iż komórka tylna nie istnieje wcale i że tęcza przylegając wszędzie do torebki przedniejj soczewkowéj, w czasie spokoju oka ma też samą wypukłość co i soczewka. Dowodze-

1) Arch. f. Ophtalm. B1. III 2. tab. 1

fig. 8.



nie to opiera na anatomicznych preparatach oczu, które wprzód gipsem oblepione, zamrażał, rozcinał, a następnie odtapiał; uważając te metodę za najlepszą do zbadania objętości komórek oka przedniej i tylnej, oraz tego co one zawierają.

Experymenta robił Kramer następujące: w oku psa morskiego świeżo wydobytém odcinał tylne nieprzezroczyste błony, kładł potem to oko pod mikroskop i przez nie na lusterku obserwował rysunek powstały od płomienia lampy w znacznej odległości umieszczonej. Rysunek ten rozszerzał się i tracił wyraźne zarysy, mimoto iż źrenica się zwiężała, gdy przez oko puszczony był prąd elektro-magne-

tyczny, przecinał następnie tęczę przez całą jej szerokość, a za powtórnym użyciem tegoż prądu, żadnej zmiany w rysunku nie widział. Na oczach ptasich nie wyjętych z głowy i drażnionych prądem elektro-magnetycznym, widział po odcięciu rogówki zmniejszanie się odblasku przedniego soczewki, czego jednak nie spostrzegł, gdy tęcza delikatnie ujętą i od soczewki odciągniętą była, mimo użycia prądu takiegoż jak w przody.

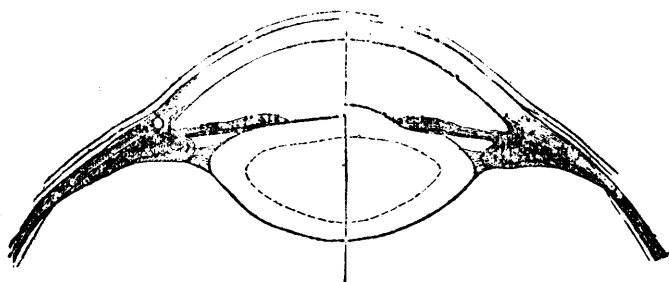
Z tych pozytywnych jak się zdaje dowodów wyprowadza Kramer następującą teorię: przy potrzebie zastosowania oka do przedmiotu oliskiego, ściągają się współcześnie mięśnie tęczy i mięsień Brückego, źrenica się zwęża, przez to rozwieracz źrenicy dostaje dwa punkta stałe przy obu swych przyczepieniach i kurcząc się naciska bezpośrednio z nim stykającą się soczewkę. Części soczewki naciśnięte usuwają się w tył, część pozostała środkowa pod wpływem nacisku na obwód wypukła się i podaje na przód. Miejsce dla tej wypukłej części powstaje przez powiększenie się głębokości komórki przedniej, ponieważ tęcza pierwiej wypukła, spłaszczyła się przez skurczenie. Mięsień Brückego w całej tej akcji zupełnie bierną gra rolę, bo według Kramera, posiadając punkt stały przy rogówce ciągnie tylko naprzód obwódkę Zinna i nie pozwala soczewce usunąć się w tył przed naciśnieniem tęczy (fig. 9). Pojedynczo rozbierać i zbijać teorii Kramera nie mam zamiaru, gdyż później znajdę również pozytywne dowody, mówiące za zupełną nie-

zależnością akomodacji od kurczeń się tęczy. Zrobię tu wszakże parę następujących uwag

fig. 9.

P. d.

P. b.



1^o Że zamrażanie nie jednakowo działa na kształty części zsiadłych i płynnych, że zatem studia anatomiczne na zamrożonych oczach do błędnych rezultatów prowadzą.

2^o Że doświadczenia pozytywne z prądem elektro-magnetycznym były z negawtywnymi na jednych i tychże samych oczach robione; a przeto jeżeli te pierwsze mogły być uważane za dokładne, to drugie jako czynione w późniejszym czasie i na oczach mocno maltretowanych, mogą chyba przy bardzo surowej kontroli za dowody pewne posłużyć.

Donders przyjął w zupełności prawie poprzedzającą teorię i wyjaśnił niektóre punkta niedokładnie opracowane przez Kramera; w tém zaś tylko się różni od tego ostatniego, iż większe znaczenie przyznaje mięśniowi Brückego, twierdzi bowiem że z dwóch punktów przyczepienia tego mięśnia, prze-

dni przyczepiony do błonki Descemetta i do tylnej ściany kanalku Schlema jest ruchawszy niż punkt tylny przyczepiony do naczyńówki. Z tego założenia wychodząc, dowodzi że przy skurczeniu się mięśnia Brückeego, tylko przedni punkt lokomocyi ulega, a ponieważ w tém miejscu z zewnętrznym tęczy obwodem bezpośrednio jest zrosnięty, posuwając się przeto sam ku tyłowi i obwód tęczy w tymże kierunku pociąga; w taki sposób:

1^o Daje punkt oparcia dla mięśni promienistych tęczy, przez co te kurcząc się, większy nacisk na obwód soczewki wywierają mogą;

2^o Odciąga obwód tęczy w tył i przez to powiększa przestrzeń komórki przedniej, którą wypuklenie się soczewki zmniejszyło.

Zdanie Dondersa opiera się na hipotezie anatomicznej, której wartość poznamy porównyując z nią wręcz przeciwną hipotezę również znakomitego anatoma H. Mülera. Pod względem wniosków ostatecznych t. j. zależności akomodacyi od kurczenia się tęczy, jestem także przeciw zdaniu Dondersa, a dowody moich przekonań przytoczę nieco dalej.

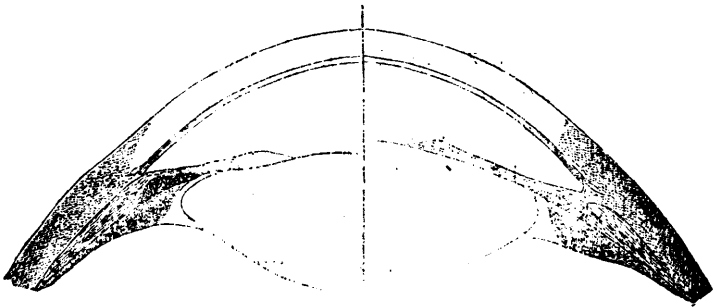
Helmholtz którego dokładne wymierzenia zmian odbłasków Purkiniego z pomocą oftalmometra, ostatecznie wyjaśniły nam zmiany w krzywiznach części łamiących oka, tłumaczy zmiany w soczewce przy akomodacyi w następujący sposób. Mięsień Brückeego kurcząc się zmniejsza naprężenie obwódki Zinna, która przyczepiona do przedniej i tylnej tore-

bki soczewkowej, w stanie oka spokojnym naciąga te torebki i czyni przez to soczewkę *względnie* płaską, zmniejszając więc to naprężenie dozwala soczewce na przód i w tył się wypuklić. Tenże sam mięsień Brückego kurcząc się pociąga obwód tęczy ku tyłowi a tym sposobem daje punkt oporu dla mięśni promienistych tęczy: te ostatnie naciskają obwód soczewki i wypuklenie całej jej przedniej krzywizny tém większém robią, a zarazem powiększają przestrzeń komórki przedniej.

fig. 10 (1).

P. d.

P. b.



Całe to tłumaczenie Helmholtz opiera na swoich spostrzeżeniach, mianowicie: na podawaniu się ku przodowi brzegu tęczy źrenicznego przy akomodacyi i zmianie odblasku tylnej krzywizny soczewkowej, któreto oznaki dowodzą iż cała soczewka z przodu ku tyłowi grubieje.

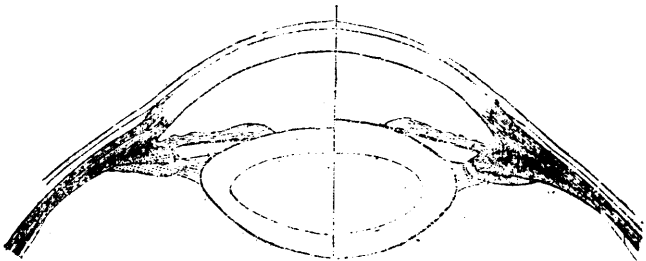
1) Wzięta z „Archiv für Ophtalm.“ Bd. I. 2. Tab. 1 fig. 5.

Henryk Müller 1) po odkryciu współcześnie z van Rekenem i Arltem pasemek obrączkowych w mięśniu Brückego, przypuszcza równoczesne kurczenie się tak promienistej jakoteż i obrączkowej części tego mięśnia; pasemka obrączkowe kurcząc się do środka zmniejszają naprężenie obwódki Zinna, a naciskając przez wyrostki rzęskowe na płyn wypełniający kanalik Petita, naciskają zarazem na obwód soczewki i posuwają go ku środkowi oka, czego bardzo naturalnym skutkiem jest wypuklenie się soczewki naprzód i w tył. Kurczenie się mięśni promienistych naciąga obwód tęczy z przodu na tył, nacyniówkę zaś z tyłu naprzód i przez to z jednej strony powiększa przestrzeń komórki przedniej, z drugiej dopomaga do silniejszego oporu kuli szklistej, w skutek czego soczewka więcej naprzód niż na tył wypuklać się musi.

fig 11.

P. d.

P. b.



Henke znany z anatomicznych poszukiwań nad mięśniem zwieraczem powiek, rozdziela go jak wia-

1) Archiv für Ophtalm Bd. III. 1. pag. 12.

domo na dwie części z których jedna otwiera, a druga zamyka worek łzowy. Podział ten daje nam bardzo dokładne pojęcie mechanizmu wchodzenia łez z oka do worka łzowego, a z tego ostatniego do nosoślzowego przewodu. Rezonując w podobny sposób i opierając się na anatomicznych podstawach chce Henke 1) także wytłumaczyć mechanizm akomodacji antagonizmem pasemek obrączkowych i promienistych mięśnia Brückego.

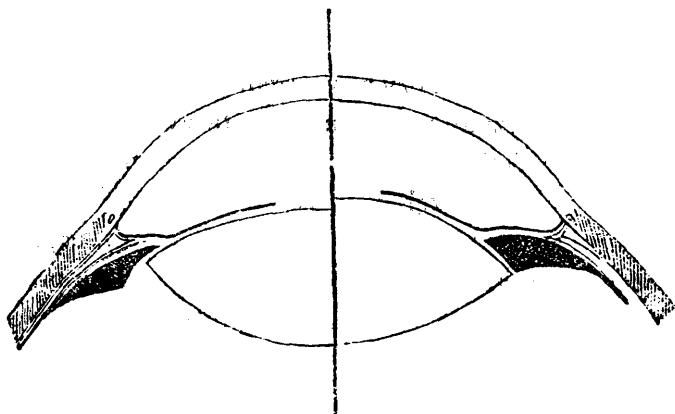
Przypuszcza on, że układ pasemek promienistych i obrączkowych mięśnia Brückego stoi w zupełnej analogji z mięśniami obrączkowymi i promienistymi tęczy, że np. obrączkowe mięśnie w obu tych organach zostają pod wpływem innych nerwów jak promieniste i niezależnie od tych ostatnich kurczyć się mogą. Dalej dowodzi, iż w normalnym oku wyrostki rzęskowe bezpośrednio przytykają do brzegu soczewki a nawet na jej przednią połowę zachodzą. Przy akomodacji więc na przedmioty bliskie (którą Henke od akomodacji na przedmioty dalekie odróżnia (?)) kurczy się część obrączkowa mięśnia Brückego, wyrostki rzęskowe i część mięśnia najbardziej na wewnątrz położona posuwają się po soczewce naprzód i do wewnątrz, a naciskając brzeg zewnętrzny soczewki, sprowadzają uwypuklenie się jej naprzód. Przy akomodacji na przedmioty oddalone pasemka promieniste kurczą się, a ponieważ

1) Archiv für Ophthlm Bd. VI, 2 pag 65.

podług Henke'go oba ich przyczepienia są stałe i nieruchome więc się pasemka promieniste prostują a obrączkowe i wyrostki rzęskowe odciągają na zewnątrz, przez co soczewka znowu spłaszczać się musi.

fig. 12 *)

P. d. P. b.



Tym dwóm ostatnim tłumaczeniom zarzucić tylko mogę, iż główny punkt ich wyjścia t. j. zetknięcie się bezpośrednio wyrostków rzęskowych z soczewką nie istnieje w oku zdrowym, jak to Arlt dawno już dowiódł (por. fig 8) i co sam miałem sposobność stwierdzić na żywym oku. Przekonałem się również naocznie, iż w oku, którego wyrostki rzęskowe dokładnie były widzialne, nie wykonywały one żadnego ruchu przy akomodowaniu na bliskie przedmioty. Na analogję między tęczą a mięśniem Brücke'go, zgadzam się zupełnie i ona mi tłumaczy dokładnie mechanizm akomodacyi; dziś jest to tylko

*) Wzięta z „Archiv für Ophtalm” Bd. VI. 2 pag 53.

śmiała bardzo hipoteza, i zdaje się że długo nią jeszcze dla niedostępności badań. pozostać musi, są atoli i obecnie już pewne dane, które jak to później obaczymy, dają nam prawo do postawienia tej hipotezy.

Wszystkie te teorie, wyjąwszy ostatnią Henke'go, przyznają tęczy ważny udział w mechanizmie akomodacji, Kramer ją za wyłącznie, Donders zaś za prawie wyłącznie czynny organ przy akomodacji uważają. Przyznanie te go udziału tęczy ztąd pochodzi, iż nie mieliśmy dotąd wypadków stanowczo to zdanie zaprzeczających, przy rozszczepieniu (coloboma) bowiem czy to naturalnym (wrodzonym), czy też sztucznym, przez wycięcie kawałka tęczy (iridectomia) zrobionym, część pozostała tęczy spełnia też same funkcje co i w normalnym stanie. W wypadkach gdzie tęcza do rogówki jest przylepioną, a przeto od soczewki odciągniętą i żadnego ciśnienia na nią wywierać nie może, błona rogowa bywa zwykle tak zaciemniona i wzrok chorego słaby, że doświadczeń pod względem akomodacji z chorym robić niepodobna. Przy wrodzonych brakach całej tęczy (iridemia) inne zwykle towarzyszące braki wrodzone jako to, zaciemek, niedosłep i: t. p. również utrudniają spostrzeżenia nad akomodacją takich oczu.

Jedyna tylko byłaby droga do poszukiwań w tym względzie, gdyby człowiek zdrowe oko posiadający przypadkiem jakim tęczę utracił i żeby ta strata przeszła bez szwanku dla reszty oka. Wypadki takie jak widać z samych warunków z niemi powią-

zanych, już są więcéj jak rzadkie i wieki przejść mogą zanim się coś podobnego wydarzy.

W zaprzeszłym roku będąc w Berlinie, miałem sposobność obserwować podobny wypadek w klinice Pr. Gräfe'go i opisałem go w Tygodniku Lekarskim 1); przytoczę tu z historyi tego wypadku to tylko, co zdaje mi się być potrzebném dla wytłumaczenia mego sposobu zapatrywania się na mecha- nizm akomodacyi 2).

Karol L. ślusarz lat 27 wieku liczący, przybył zraniony w rogówkę kawałeczkiem żelaza, do kliniki profesora Gräfe'go 30 Listopada 1859 r. Przy wydobywaniu pomienionego żelaza trzeba było wy- ciąć kawałek wychylonéj tęczy, co i uczyniono; lecz przez nieostrożność, wycinając oderwano prze- ciwległy brzeg tęczy od ciała rzęskowego tak, że chory na raz dostał dwie źrenice. Dla zapobieżenia złym następstwom (diplopia monocularis) oderwano całą tęczówkę od ciała rzęskowego i wyciągnięto ją z oka zupełnie. Chory przebył szczęśliwie te trudną

1) Por. Tygodn. Lekarski Warszawa 1860 Nr. 27 artykuł pod tytułem: *Zupełne wyciągnięcie tęczówki ze zdrowego ludzkiego oka i z przypadku tego czerpane wnioski o w płynie tęczówki na ako- modacyą.*

2) Przypadek ten dziś jest już i w Archiwie Gräfe'go (Bd. VII. 2, pag. 150 sqq) opisany, posiłkuję się więc w cytatach ar- tykułem Gräfe'go, bo sam drobiazgowych a jednak ważnych doś- wiadczeń jako z chorym nie przezemnie leczonym robić w Berlinie nie mogłem a w tygodn. Lekarsk. tylko główne wymiary i próby podałem.

i niebezpieczną operację, a po trzech tygodniach próby czynione nad jego wzrokiem i Akomodacją dały następujące rezultaty;

Chory liczy palce okiem operowanem na 150'					
—	czyta	Jäger	drukow.	Nr. 20	— 24'
—	—	—	—	Nr. 16	— 10'
—	—	—	—	Nr. 11	— 3'
—	—	—	—	Nr. 4	— 14'
—	—	—	—	Nr. 1	— 8'

Ostatnie z rudnością ale dokładnie, wszystkie inne płynnie.

Pod względem siły akomodacyjnej oka szczegółowo bardzo robione próby. Z tych niektóre przytoczyć uważam za stosowne.

Chory czyta Nr. 16 Jäger drukow 2 $\frac{1}{4}$ " do 10' wyraźnie od 4"					
—	—	11	—	3"	„ 3' — „ 5"
—	—	4	—	5"	„ 14" — „ 5 $\frac{1}{3}$ "
—	—	1	—	5 $\frac{1}{2}$ "	„ 8' — „ 5 $\frac{3}{4}$ "

Z tych prób widać, że punkt bliski dokładnego widzenia leży mniej więcej na 5 $\frac{3}{4}$ od oka i że jest akomodacja. Dla wymierzenia jednak akomodacji normalnie zbudowanych oczu dokładniejsze są, jak to później zobaczymy, wymiary ze szklami wypukło wypukłemi, któreto szkła przybliżając do oka przestrzeń akomodacyjną, a tem samem i punkt najdalszy dokładnego widzenia, pozwalają nam granice akomodacji dokładniej wymierzyć. Nie wchodząc tutaj w szczegółowe fizyczne objaśnienia prób ze szklami, ograniczę się tylko na podaniu rezultatów do jakich doprowadziły badania z niemi robione na oku chorego o którym mowa.

Ze szkłem + 10 czyta chory

Nr.	16	Jäger	druk.	od 2"	do 28"	wyraźnie	od 3"	do 12"
—	11	—	—	„ 2"	— 14"	—	— 3"	— 10 $\frac{1}{2}$ "
—	4	—	—	„ 2 $\frac{1}{2}$ "	— 10"	—	— 3 $\frac{1}{4}$ "	— 9"
|	1	—	—	„ 2 $\frac{3}{4}$ "	— 8"	—	— 3 $\frac{1}{3}$ "	— 7 $\frac{1}{2}$ "

Ze szkłem + 6 czyta chory

Nr.	16	Jäger	duuk.	od	1 $\frac{3}{4}$ "	do	17"	wyżnie	od	2 $\frac{1}{4}$ "	do	7"
—	11	—	—	—	2"	—	8"	—	—	2 $\frac{1}{3}$ "	—	5 $\frac{1}{3}$ "
—	4	—	—	—	2 $\frac{1}{4}$ "	—	6"	—	—	2 $\frac{1}{2}$ "	—	4 $\frac{1}{3}$ "
—	1	—	—	—	2 $\frac{1}{2}$ "	—	5"	—	—	2 $\frac{1}{3}$ "	—	4 $\frac{1}{4}$ "

Z tych i wielu innych prób ze szklami i optometrem dokonywanych, wyliczenie przecięciowe wielkości przestrzeni akomodacyjnej podług szematu Dondersa (o którym poniżej mówić będziemy) pokazało wielkość przestrzeni akomodacyjnej równającą się $\frac{1}{6}$ $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{5}$ $\frac{3}{4}$, przy punkcie bliższego dokładnego widzenia na 5 $\frac{3}{4}$ " odległym.

Akomodacja ta jest bardzo dobrą, jak to już wiadać z cyfr wskazujących odległości, w których próby robione były. Pomijając więc inne ciekawe zjawiska u tego chorego obserwowane, powiem tylko że oświecając oko skoncentrowanym światłem i zacierając w nie z boku, można było dojrzec brzeg soczewki i fałdki wyrostków rzęskowych od siebie oddalone, a w czasie akomodacji oka nie zmieniające wzajemnego do siebie położenia.

Przystępuję do wniosków:

1° Wszystkie teorie przyznające tęczy główną rolę przy akomodacji, są niezaprzeczenie fałszywe.

2° Teorie przyznające tęczy rolę podobnegoż znaczenia jaką zapewne odgrywa mięsień Brücke'go w mechanizmie akomodacji są również fałszywe, bo w takim razie, akomodacja przy zupełnym braku tęczy musiałaby być

co najmniej wadliwą, a jednak jako z opisanego wypadku widzieliśmy, była zupełnie normalną.

3° Teorje tłumaczące mechanizm akomodacji przez bezpośredni lub pośredni nacisk pasemek obrączkowych mięśnia Bruckego na obwód soczewki, również nie zgadzają się z prawdą; bo wypadek opisany przekonał nas, że tak w spokoju jak i w czasie akomodowania oczu na przedmioty bliskie, można było widzieć iż wyrostki rzęskowe, nie stykały się wcale z brzegami soczewki.

4° Następujące tłumaczenie mechanizmu akomodacji wypada uważać za najracjonalniejsze: soczewka się wypukła na przód (więcej) i w tył (mniej) przez zmniejszenie naprężenia obwódki Zinna. Naprężenie to, właściwe stanowi zupełnego spokoju oka, zmniejsza się przez dośrodkowe kurczenie się pasemek obrączkowych mięśnia Bruckego, przy bezczynności pasemek promienistych. Stan spokoju oka następuje przy relaxacji mięśni obrączkowych wskutek kurczenia się mięśni promienistych, które obwódkę Zinna znowu naprężają i oko do najdalszej odległości zastósowują.

Obwódka Zinna jak nam ją wszystkie rysunki przecięć oka wyobrażają i jak łatwo przekonać się można z przecięć według metody Arlta na świe-

żych oczach robionych, jest w stanie spokoju oka z przodu ku tyłowi napiętą; przy ściągnięciu się pasemek obrączkowych mięśnia Brückeego, tył obwodki Zinna pociąga się na przód i do środka, a ona sama przyjmuje położenie nie z przodu ku tyłowi, lecz z wewnątrz na zewnątrz, w tej samej płaszczyźnie z równikiem soczewki leżące.

To położenie połączone jest z widocznym zmniejszeniem naprężenia torebek soczewkowych i soczewce daje możność wypuklania się. Własności zaś rozszerzania się przy zmniejszonych warunkach naprężenia nikt dotychczas soczewce nie zaprzeczał, témbardziej dzisiaj gdy za pomocą wymierzania wielkości odblasków przedniej i tylnej torebki, oraz ich wzajemnej odległości, dowodnie przekonano się, iż soczewka za życia jest zawsze w kierunku osi widzenia mniej wypukłą, aniżeli po śmierci.

Na potwierdzenie możności rozszerzania się soczewki w kierunku osi widzenia, przez samo zwolnienie naprężenia obwodki Zinna, bez pomocy innych wpływów zewnętrznych, mogą posłużyć wymiary soczewek pośmiertne przez Jägra 1) dokonywane.

Jäger postępował w następujący sposób: wyluszczywszy oko w trupie we 24 godzin po śmierci rozcinał je w kierunku równikowym, kładł następnie przednią połowę do miseczki z wodą i dokładnymi instrumentami, pod lu-

1) l. cit. pag. 120.

pą wymierzał szerokość średnicy soczewkowej, potem nożyczkami oddzielał soczewkę od ciała rzęskowego (rozcinał obwódkę Zinna); w tejże chwili soczewka stawała się więcej kulistą i średnica jej widzialnie się zmniejszała.

Dla dokładniejszych zaś wymiarów postępował w sposób następujący: rozcinał oko na dwie równe połowy w kierunku merydjonalnym—tak ostrożnie, żeby obwódka Zinna uszkodzoną nie została, kładł jedną połowę pod wodę i obserwował przez lupę robiąc następujące wymiary szerokości i grubości soczewki.

Pierwszy wymiar zaraz po rozcięciu bez innych manipulacji:

1. W kierunku średnicy 9,567 m. m.
2. W kierunku osi widzenia 4,303 m. m.

Drugi wymiar dokonywany był na soczewce będącej pod wpływem naprężenia obwódki Zinna (stan spokoju oka). Naprężenie to naśladował Jäger sztucznie pociągając delikatnymi szczypczykami za ciało rzęskowe w miejscach gdzie się ono z obwódką Zinna styka.

- 1) 10, 320 m. m.
- 2) 4, 021 m. m.

Trzeci wymiar tejże soczewki po oderwaniu od niej obwódki Zinna.

- 1) 9, 167 m. m.
- 2) 4, 516 m. m.

Wymiary te prawie zupełnie zgadzają się z takimiż zrobionemi za pomocą oftalmometra przez Knappa na żywych oczach 1).

1) Archiv für Ophtalm. Bd VI. 1. pag 41.

Odległość odblasków soczewkowych a zatem grubość soczewki w kierunku osi widzenia

1^o Przy akomodowaniu na przedmioty bliskie: 4,25 do 4,47 m. m.

2^o W czasie zupełnego spokoju oka: 3,62 do 3,92 m. m.

Zmiana wypukłości w odwrótnym kierunku t. j. spłaszczenie się soczewki, tłumaczyć się łatwo daje reiaxacją pasemek obrączkowych i równoczesnem kurczeniem się pasemek promienistych, jeżeli z Henkem zgodzimy się, że stałemi są oba punkta przyczepienia mięśnia Brücke'go.

Trudniej jest przy takim tłumaczeniu znaleźć miejsce dla cieczy wodnej, która wypełniając komórki, przy wypuklającej się soczewce musi przecież gdzieś się odlać, aby dać miejsce próżne, odpowiadające wielkością stopniowi wypuklania się soczewki. Zważywszy jednak, że mięśnie obrączkowe kurcząc się do środka odciągają i zewnętrzną część tęczy w bezpośrednim związku z mięśniem Brückego pozostającą, a przeto komórka przednia się powiększa; zważywszy także, iż przy odciągnięciu mięśnia Brückego od twardówki może być ułatwiony odpływ z naczyń wyrostków rzęskowych do naczyń naczyniówki, przezco znowu miejsca w komórcie tylnej przybędzie,— możemy aczkolwiek nie z matematyczną dokładnością, ten punkt wątpliwy za rozwiązany uważać.

Akcją przeto dwóch rozmaitych części mięśnia Brückego przy akomodacji, przyjmujemy za zupeł-

nie analogiczną do akcji takichże części tęczy, ztąd
 wżakże różnicą iż akcja pierwszych jest rzeczy-
 wiście czynną, akcja zaś ostatnich inne funkcje
 wykonywa (usuwa wadliwości oka achromazyjne,
 zmniejsza ilość promieni wpadających i. t. p). Hen-
 ke jest tegoż samego zdania, co do udziału w akomo-
 dacyi mięśnia Brücke'go, myli się jednak tłómacząc
 zmianę soczewki bezpośrednim na jój obwód nacis-
 kiem. Analogja działania części promienistej i ob-
 rączkowej mięśnia Brücke'go z działaniem takichże
 mięśni tęczy jest bardzo prawdopodobną, bo dla
 czegożby, jeżeli nie dla antagonizmu, były dwa
 mięśnie, których kurczenie reprezentuje siły wręcz
 sobie przeciwne? Antagonizm ten jednak tak samo
 pojmuję jak Henke, mianowicie iż obie części mię-
 śnia Brücke'go znajdują się pod wpływem rozma-
 itych nerwów, a zatem iż się oddzielnie kurczyć
 mogą: w razie bowiem gdyby się tylko współcześnie
 kurczyć mogły, działania ich jako wręcz sobie prze-
 ciwne, unieważniłyby się nawzajem. Za analogją
 muskulatury tęczy i ciała rzęskowego przemawia
 stan tych organów pod wpływem odurzenia atropi-
 ną. Wiadomo bowiem, iż po użyciu atropiny,
 tylko mięśnie obrączkowe tęczy bezwładnieją na
 czas jakiś i ztąd pochodzi rozszerzenie źrenicy; —
 wiadomo również, że pod wpływem atropiny na-
 stępuje porażenie akomodacyi z zastosowaniem oka
 do nieskończonój odległości, a zatem obezwładnie-
 nie mięśni obrączkowych przy zupełnej integralno-
 ści funkcyi pasemek promienistych, które zastoso-

wanie oka do nieskończonej odległości utrzymują stale tym swoim passywnym kurczem.

Jako nowy dowód prawdopodobieństwa naszej hipotezy możemy tutaj przytoczyć rezultaty doświadczeń Gräfe'go o działaniu morfiny i atropiny przy podskórnych wstrzykiwaniach obu tych alkaloidów. Gräfe na posiedzeniu Berlińskiego lekarskiego towarzystwa w dniu 20 Marca r. z. odbytém mówi 1), iż zauważył zupełnie przeciwne działania przy wstrzykiwaniu podskórném obu tych alkaloidów; i tak gdy po wstrzyknięciu atropiny, źrenica się rozszerzała i następowało porażenie akomodacyi z zastósowaniem oka do dalekiego punktu widzenia, po wstrzyknięciu u tegoż indywiduum morfiny objawy te w zupełności ustępowały. Przy wstrzyknięciu zaś morfiny u osób zupełnie zdrowych, następowało silne zwięzienie źrenicy i spazm akomodacyi z zastósowaniem oka do bliższych odległości tylko; — oko stawało się krótko-widzącém (dalekie przedmioty były nie wyraźnie widziane, a wklęsłe okulary wzrok polepszały). Zjawisko to trwało krótko i ustępowało; następowało zaś w trzy kwadransy po zastrzyknięciu.

Gräfe tłómaczy różnicę działania obu tych alkaloidów drażniącemi ich własnościami i sądzi, że atropina drażni mięśnie (respect. nerwy do nich idące) promieniste tęczy, a morfina mięśnie obrączkowe.

1) Deutsche Klinik 16—1861.

Mniema zarazem na zasadzie działania tych alkaloidów na akomodację, że i mięsień Brückego, jako główny czynnik akomodacyjny tymże prawom podlega; a zatem potwierdza naszą hipotezę i tak dowodzeniu Henke'go jako też i mojemu, tém większej pewności dodaje.

O PRZESTRZENI AKOMODACYJNEJ I JEJ WYMIERZANIU.

Gdy zmiany w częściach łamiących doprowadzą oko do najwyższego stopnia łamliwości, wówczas oko jest zastosowane do najbliższego punktu widzenia— i przeciwnie: gdy części łamiące przyjmą formy właściwe zupełnemu spokojowi oka, wówczas oko będzie zaakomodowane do punktu najodleglejszego dokładnego widzenia; przestrzeń zaś między najodleglejszym i najbliższym punktem dokładnego widzenia, nazywamy *przestrzenią akomodacyjną*.

Punkt, od którego oko zupełnie prawidłowe akomodować się zaczyna, nie jest dokładnie oznaczony: jedni go trochę bliżej, drudzy nieco dalej umieszczają; mniej więcej jednak 5' można uważać za odległość, od której bliżej leżące przedmioty, żeby dokładnie były widziane, wymagają zmian w środkach łamiących oka. Okręgi albowiem rozpięchłe, n siatkówce powstające z niedokładnego zastosowania oka do przedmiotu, od tej dopiero odległości zaczynają zacierać wyraźność przedmiotu, zachodząc je-

dne na drugie. Przyczyna tego leży w tém, iż środki łamiące oka możemy uważać jako jedną soczewkę o bardzo krótkim bo siedmio-linjowém ognisku. Soczewki z tak krótkim ogniskiem skupiając promienie równoległe w ognisku, za zbliżaniem się przedmiotu z nieskończonej do skończonej odległości, miejsce ogniska usuwają nadzwyczaj pomału i dopiero gdy przedmiot dojdzie do bardzo bliskiej odległości, ognisko znacznie się usuwać poczyna. Podług doświadczeń czynionych w tej mierze przez H. Mayera 1) okazało się, iż przy soczewce o $6\frac{1}{2}$ linjowem ognisku przedmioty wysyłające promienie równoległe a zatem w nieskończonej leżące odległości, odrysują się dokładnie $6,5''$ za soczewką; przedmioty zaś o $5''$ od soczewki odległe odrysują się dokładnie w odległości $7''$ a zatem ognisko usunie się tylko o $0,5''$. Jeżeli zaś przedmiot w odległości $5'$ znajduje się, to się odrysuje w odległości $6,55''$ poza soczewką a zatem dla całej ogromnej przestrzeni od nieskończonej odległości do $5'$ ognisko tylko się o $0,05''$ usunie.

Chociaż od $5'$ dopiero oko potrzebę akomodacji uczuwać zaczyna, rozległość jednak matematycznie dokładnego widzenia w zupełnie normalnym oku, istnieje od nieskończonej odległości do $5''$ (mniej więcej) odległości od oka. Dla bliższej odległości akomodacyjne siły oka niewystarczają, bo soczewka

1) Por: Arlt, Die Krank: dee Auges Bd. III pag: 202.

tylko tyle się wypuklić może, iż ognisko jój o $\frac{1}{2}$ " naprzód się posunie. Dalej jak w nieskończonej odległości oko nasze widzieć nie może dla tego, że promienie padające zbieżnie dałyby ognisko przed siatkówką; soczewka zaś tylko się wypukła, a spłaszczyć się więcej nie może, jak jest spłaszczona w stanie zupełnego spokoju oka. Są atoli inne przyrządki, które oko nasze mogą chociaż w małym stopniu ale nawet do zbieżnie wpadających promieni zastosować. Przyrządki te w otaczających oko organach znajdujemy, takimi są: powieki, a, może i mięśnie proste i ukośne oka. Powieki a raczej mięśń *zwieracz powiek*, kurcząc się naciska gałkę, a głównie rogówkę i powoduje spłaszczenie téj części oka, odgrywającéj ważną rolę w łamaniu promieni. To spłaszczenie rogówki działa zupełnie przeciwnie jak wypuklenie się soczewki, odsuwając bowiem ognisko środków łamiących w tył, daje możność promieniom nawet zbieżnie na oko padającym skupić się na płaszczyźnie siatkówki. Oprócz tego, powieki zbliżając się do siebie tworzą szczelinę, przez którą oko patrzy jak przez stenopeiczne okulary i widzi przedmioty nawet w większej odległości, jak na to najdalszy punkt dokładnego widzenia pozwala bez okręgów rozpięchłych a zatem wyraźnie. Mrukanie zatem krótkowidzów przy patrzeniu na oddalone przedmioty i ta znana wszystkim manipulacja przedłużania otworu międzypowiekowego i tworzenia przeto wąziutkiej szczeliny, są bardzo racjonalne, odsuwają im bowiem punkt dalekiego widze-

nia bardziej aniżeli na to pozwala stopień łamliwości części ich oka. Wspominam tu o tém dla tego, że przy wymierzeniu przestrzeni akomodacyjnej, manipulacje te potrzeba znać i usuwać; własność ta bowiem oka jest tylko chwilową i nadzwyczajną; jeżeli więc przy wymierzaniu normalnej przestrzeni akomodacyjnej nie będzie uwzględnioną i usuniętą, może nas tylko do fałszywych doprowadzić wniosków.

Wymierzanie przestrzeni akomodacyjnej i oznaczenie jej pewnemi, ogólnie przyjętymi cyframi posiada tak naukową jak i praktyczną wartość. Wymierzanie z naukowego punktu widzenia, jak każde wniknięcie w tajniki natury, dostatecznym byłoby powodem do zajęcia się tym przedmiotem. szczególwo, oznaczenie zaś jej cyframi ułatwi porozumienie się między pracującymi w tym względzie. Z praktycznej strony wymierzanie przestrzeni akomodacyjnej ogromnie jest ważne przy dobieraniu szkieł, optyczną wadę oka poprawiających. Nie wchodząc w szczegóły do treści niniejszej rozprawy nie należące, zwrócę tylko na to uwagę że jak dobra akomodacja przy dobieraniu szkieł poznana, daje nam bezwarunkową możliwość udzielania ich choremu choćby najmocniejszych wklęsłych lub wypukłych (naturalnie odpowiednich wadzie oka); tak przeciwnie zła, naprowadza nas na drogę bardziej szczegółowych poszukiwań, których ostatecznym rezultatem będzie najczęściej wynalezienie jakiejś wady organicznej oka, przeciwwskazującej zupełne szkieł używanie.

Przy mymierzaniu akomodacyi tak w normalném jako też w daleko i krótko-widzącém oku, uwagę naszą zwracać powinniśmy:

1° na punkt najbliższy dokładnego widzenia,

2° na naturalny punkt najdalszy dokładnego widzenia— i

3o na forsowny najdalszy punkt dokładnego widzenia (1).

Pomiędzy punktem bliskim i naturalnym dalekim leży przestrzeń akomodacyjna bezwzględna (jak ją Donders nazywa w przeciwstawieniu przestrzeni akomodacyjnej względnej, leżącej między punktem bliskim i forsownym dalekim).

Wymierzania takie na pierwszy rzut oka wydają się bardzo łatwemi, trzeba bowiem tylko poznać w jakiej najbliższej lub najdalszej przestrzeni przedmioty wyraźnie się widzą; lecz określenie tego wyraźnego widzenia jest bardzo trudne w przedmiotach odległych. Trzeba bowiem od wyraźnego widzenia odróżnić proste rozpoznawanie. Ponieważ zwykle tylko powierzchownie na przedmioty w wielkiej od nas odległości leżące patrzymy, bez akomodowania oczu na ich drobne części; mamy wówczas zazwyczaj do czynienia z okręgami rozpięchłemi i do tych tak się przyzwyczajamy, że w końcu nie uczuwamy ich wcale i mimo to, że przedmioty widzi-

1) Dla uniknienia częstych powtarzań mogących pismo rozwekłem i mniej zrozumiałém uczynić, w dalszym ciągu zamias t: punkt uajbliższy dokładnego widzenia i punkt najdalszy dokładnego widzenia, pisać będziemy *punkt bliski i punkt daleki*.

my niewyraźnie (bo wyraźnie według wszelkich praw fizycznych ich widzieć nie możemy) zdają się one być wyraźnemi i za takie je uważamy.

Okręgi rozpierchłe powstające na siatkówce, przy niedokładném punktualném widzeniu, w ówczas dopiero są szkodliwe i jako takie uczuć się dają, gdy zachodzą wzajemnie na siebie, wtedy wyraźność przedmiotów obok siebie leżących zacierają się. Lecz okręgi rozpierchłe dopiero na siebie zachodzić poczynają, gdy przedmioty na które patrzymy, są bardzo małe i blisko siebie położone, co się w naturze tak często nie zdarza. Do jakiej wprawdy dojść można w nieuczuwaniu okręgów rozpierchłych, tego dowodzą codzien powtarzające się fakta: np. dalekowiedze, których oczy tylko do zbieżnych promieni są zaakomodowane, czytają druk dosyć drobny przysunawszy książkę do samego oka; ludzie pozbawieni soczewki przez operację zaciemka po dłużej wprawie dochodzą niekiedy do takiej perfekcyi, iż nawet drobne przedmioty w rozmaitych odległościach dosyć wyraźnie widzieć są w stanie— i dopiero po dokładném wypróbowaniu ich akomodacyi przekonywamy się, że są jój zupełnie pozbawieni, a jedynie przez wprawę w nieuczuwaniu okręgów rozpierchłych doszli do takiej doskonałości w rozpoznawaniu przedmiotów.

Przy wymierzaniu więc przestrzeni akomodacyjnej, przedewszystkiem na to zwrócić uwagę potrzeba, aby małemi były i blisko od siebie leżały przed-

mioty, na które osobie obserwowanej patrzeć możemy.

Dokładne badanie siły akomodacyjnej oka, było najprzód przez zakonnika Scheinera uczynione i wszystkie nowsze ku temu celowi służące narzędzia są na podstawie jego experimentu urządzone. Pęczek promieni idący od danego przedmiotu do oka, jest od niego oddzielony blaszką metaliczną, w której się znajdują dwa otworki malutkie, leżące w mniejszej od siebie odległości jak szerokość źrenicy. Przez te dwa otworki wchodzi dwa małe pęczki promieni do oka i przedmiot od którego oba te pęczki pochodzą, w ówczas tylko pojedynczo widziany będzie, gdy oko jest dokładnie doń zaakomodowane; w przeciwnym razie przedmiot będzie widzialny podwójnie, gdyż pęczki te zejdą się przed siatkówką skoro przedmiot za daleko się od oka znajduje; za siatkówką zaś w razie zanadto bliskiego względem oka położenia. Na siatkówce w obydwóch tych razach odrysują się dwa obrazy przedmiotu (zobacz fig. 2 i fig. 4). Narzędzia Jounga, Stumpfera i innych wielu są tylko modyfikacjami tego Schejnerowskiego doświadczenia. Za przedmiot do patrzenia użytym zwykle bywa koniec igły posuwający się w cylindrze metalicznym nacale i linije podzielonym. Cylinder ten, od strony oka którego akomodacją się wymierza, jest zamknięty metalową blaszką z dwoma w powyżej opisany sposób od siebie odległymi otworami. Punkt bliski odmierzają na skali cylindra, punkt daleki zbliża się do skończonej

odległości za pomocą szkieł wypukło-wypukłych, w sposób poniżej opisany i odmierza się na tejże skali, albo też obydwaj punkty zbliżają się do skończonej odległości, to jest wynajdują się za pomocą soczewki wypukło-wypukłej, a wartości znalezione zamieniają się na rzeczywiste, w sposób o którym dalej pomówimy.

Praktycznie wszystkie te instrumenta nie dają się zastosować, gdyż dla zaakomodowania oka stósownie do odległości przedmiotu, trzeba wiedzieć w jakiej się ten przedmiot odległości znajduje i jak ma być widzianym; innymi słowy: trzeba funkcje widzenia z funkcją macania okiem połączyć. Patząc przez cylinder nie uczuwa się żadnej chęci akomodowania, dla oka obojętnym jest poniekąd czy się przedmiot widzi pojedynczo czy podwójnie, czy wyraźnie czy z obwódkami kolorowymi. Przytem otwórki w blaszce zamykającej cylinder, przez który patrzy oko obserwowane, stoją dosyć od siebie odległe i lekkie poruszenie głową wystarczy, żeby przestać patrzeć przez oba, a patrzając przez jeden tylko, będziemy widzieć przedmiot zawsze pojedynczo i prawie zawsze wyraźnie. Wszystkie więc te narzędzia, aczkolwiek na podstawie racjonalnej oparte, praktycznej wartości nie mają.

Przez inne narzędzia usiłowano wpłynąć psychiczny przy patrzeniu użytkować. Do takich należy najpraktyczniejszy może ze wszystkich do dziś znanych optometer Professora Gräfe'go. Instrument ten składa się z rameczki metalowej z rączką, która

stojąc prostopadle do długiej metalicznej pałki na całej i linie podzielonej, posuwa się po niej na przód i wtył swobodnie. W rameczkach tych znajduje się 6 do 8 cieniutkich czarnych drucików; są one równo-legle od siebie oddalone na 3" do 4". Póki się widzą druciki wyraźnie, dopóty oko jest do tej odległości zaakomodowane; w przeciwnym razie, widzi się na brzegach drucików tęcze kolory i półcienie. Odległość punktu bliskiego i dalekiego, czyto ze szkłem czy bez pomocy onego znalezionych, daje się łatwo wyczytać na skali. Przy doświadczeniu osoba obserwowana powinna trzymać to narzędzie w taki sposób, iżby za tło służył jakiś przedmiot biały — najlepiej obłoki białe. Zasadą fizyczną optometru Gräfego jest ten fenomen, iż pojedynczy czarny punkt na świetle tle, gdy oko nań patrzące nie jest dokładnie zaakomodowane, wygląda jakby otoczony wieloma kolorowymi punkcikami. Helmholtz objaśnia ten fenomen (polyopia monocularis) rozmaitym wykładnikiem łamliwości różnych warstw soczewki i jej entoptycznie widzianym rozdziałem na 6 wycinków koła. Optometer Gräfego tę ma zaletę w porównaniu z innymi, że nie zmuszając do patrzenia przez cylinder, pobudza oko do akomodowania odpowiedniego odległości przedmiotu; prócz tego jako mniej skomplikowany, praktyczniejszym jest do podręcznego użycia.

Mówiąc o rozmaitych narzędziach do zbadania stanu łamliwości oka służących, niemożę nie wspomnieć o wzierniku ocznym, który

oddawna znany jako przydatny do tego rodzaju doświadczeń, w ostatnich dopiero czasach jako optometer przez Jägra użyty i opisany został 1). Podaję tu krótki wyciąg z uwag Jägra w tym względzie.

Chcąc używać wzornika jako optometra, powinniśmy najprzód na normalnie zbudowanych oczach poznać odległość w której tło oka widzieć dokładnie będziemy, badając jego prosty rysunek; następnie wielkość pojedynczych części rysunku, wyraźność ich lub niewyraźność jak niemniej wielkość względną do wielkości pola widzenia. Poznawszy wten sposób normalne oko, ocenimy łatwiej różnicę w odległości, wielkości pojedynczych części i. t. p. przy różnicy łamliwości oka np. u krótkowidzów i dalekowidzów. Zawsze jednak badać powinniśmy rysunek prosty, a oczy osoby obserwowanej i obserwującego powinny być w stanie zupełnego spokoju, to jest zaakomodowane do punktu dalekiego. Nie akomodację więc oka stosować należy do rysunku ale przez stosowne przybliżanie się lub oddalanie znaleźć miejsce, z którego rysunek wnętrza oka najwyraźniej będzie widzialny, przy zupełnym spokoju oka badającego. Przy częstych tego rodzaju ćwiczeniach dochodzi się do pewnej doskonałości i każdy, ktokolwiek częściej z wzornikiem miał do czynienia przyzna, że rozróżnienie oka normalnego, blisko albo daleko widzącego, do rzędu nie trudnych zadań należy. Trudniej daleko poznać stopień tych wad łamliwości oczu i za pomocą samego wzornika dobrać odpowiedni numer okularów. Jäger właśnie, jak sam powiada doszedł do téj doskonałości.

1) l. cit. pag. 1. Anmerkung 1.

Gdy wymierzono, w którykolwiekbądź z powyżej opisanych sposobów, odległość punktu bliskiego i dalekiego od oka, to i długość przestrzeni akomodacyjnej i stopień zastosowalności oka, już znalezione zostały, albowiem odległość pomiędzy punktem bliskim a dalekim widzenia, daje nam tę wielkość.

Akomodacja oka tém się więcej natęża, im większy jest kąt, pod którym się rozchodzą promienie od przedmiotu padające t. j. im bliżej oka znajdują się przedmiot obserwowany.

Działalność akomodacji dla widzenia przedmiotów pomiędzy 20' a 30' leżących daleko jest mniejszą, aniżeli do widzenia przedmiotów znajdujących się pomiędzy 6" a 8".

Tyleż musimy zużywać siły akomodacyjnej dla widzenia przedmiotu na 3" do 6" odległego, jak do widzenia tegoż przedmiotu w przestrzeni między 6" a nieskończoną odległością.

Donders pierwszy na te fakta zwrócił uwagę i podał dokładny a łatwy sposób określania liczbami przestrzeni akomodacyjnej 1). Oznacza on długość przestrzeni akomodacyjnej numerem idealnej soczewki a raczej menisku, który w połączeniu z soczewką obserwowanego oka, promieniom od bliskiego punktu do oka w padającym nada taki kierunek jakby one od dalekiego punktu pochodziły. W ten tak naturalny sposób określa Donders zmiany łamiących części oka przy akomodacji, które jak wyżej widzieliśmy, na soczewce się tylko ogra-

1) Archiv für Ophthalm. Bo. IV, 1. Pg. 301 sqq.

niczają, bo przy stosowaniu oka do dalekiego punktu widzenia, części łamiące w pierwotnym swoim pozostają kształcie. Jdzie więc tylko o określenie liczbami tych zmian t. j. o znalezienie numeru téj idealnej soczewki, która promieniom idącym od bliskiego punktu widzenia nada taki kierunek, jakby one od dalekiego pochodziły. Numer szukany znajduje Donders w ten sposób, iż ułamek którego licznikiem jest jedność, a mianownikiem odległość punktu dalekiego widzenia w calach wyrażona, odejmuje od takiegoż ułamku mającego za mianownik odległość punktu bliskiego w calach wyrażoną. Różnica tych ułamków da nam w mianowniku wartość, t. j. numer soczewki o której mowa, a razem posłuży do oznaczenia cyframi długości akomodacyjnej przestrzeni oka obserwowanego.

Następujące formułki stwierdzają słuszność zdania Dondersa.

Znaną jest formuła ogólna łamliwości soczewek wypukło wypukłych

$$\frac{1}{f} = \frac{1}{s} + \frac{1}{a} \quad (1)$$

gdzie a oznacza odległość przedmiotu, a odległość rysunku tegoż przedmiotu od soczewki. Jeżeli zaś oznaczymy punkt bliski widzenia przez p , punkt daleki przez r , stopień łamliwości soczewki oka obserwowanego w spokoju przez $\frac{1}{f}$, a stopień łamliwości téjże soczewki w czasie akomodowania oka na punkt bliski przez $\frac{1}{s} + \frac{1}{A}$, rozumiejąc pod $\frac{1}{A}$ stopień łamliwości idealnej soczewki Dondersa, to

podstawiawszy do formuły (1) wielkości wyżej oznaczone, będziemy mieli 'wartość dla soczewki oka obserwowanego przy patrzeniu na punkt daleki.

$$1/f = 1/r + 1/a \quad (2)$$

przy patrzeniu zaś na punkt bliski

$$1/f + 1/A = 1/p + 1/a \quad (3)$$

Odjęwszy formułę (2) od formuły (3) będziemy mieli wartość dla idealnej soczewki

$$1/A = 1/p - 1/r$$

czyli formułę, która usprawiedliwia twierdzenie Dondersa.

'Im większą jest odległość punktu bliskiego od dalekiego, im bliżej oka leży przestrzeń między tymi dwoma punktami zawarta, tem silniejsza jest łamliwość soczewki idealnej i tym większy ułamek jej wartość wyobrażający.

Ma ktoś na przykład punkt bliski w 6" od oka, punkt daleki w nieskończonej odległości, to numer szukany idealnej soczewki będzie 6 i przestrzeń akomodacyjna tego indywiduum będzie się równała $1/6$, ponieważ przez soczewkę takiego numeru promienie z punktu 6" od oka odległego pochodzące, zostaną przełamane i przyjmą kierunek jakby pochodziły z odległości nieskończonej.

$$1/A = 1/6 - 1/\infty = 1/6$$

Jeżeli punkt daleki oka leży w odległości skończonej, to dla znalezienia wielkości przestrzeni ako-

modacyjnej musimy oprócz punktu bliskiego znaleźć taką soczewkę, któraby równoległe idące promienie tak załamała, iżby one przybrały kierunek jakby z dalekiego punktu widzenia pochodzące, a następnie różnica numeru znalezionej soczewki i numeru bliskiego punktu widzenia, zawsze jako mianowników ułamku, mającego za licznik jedność, dadzą nam wartość idealnej soczewki tego oka t. j. tej soczewki, która promienie idące z bliskiego punktu tak złamie, jakby one z dalekiego pochodziły. Niech będzie punkt bliski w odległości 6", punkt daleki w odległości 24" od oka, soczewka więc 24 przełamie promienie równoległe idące tak, jakby one wychodziły z punktu 24" od oka odległego, różnica zaś między $\frac{1}{24}$ a $\frac{1}{6}$ da nam wartość idealnej soczewki akomodacyjnej dla tego oka.

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{6} - \frac{1}{24} = \frac{4}{24} - \frac{1}{24} = \frac{3}{24} = \frac{1}{8}$$

Przeźren więc akomodacyjna tego oka jest $\frac{1}{8}$ a zatem znacznie mniejsza niż poprzednio obserwowanego.

Dla ściśle naukowych badań, potrzebne są dokładne optometryczne wymierzania akomodacyjnej przestrzeni; do codziennego jednak użytku są one niepraktyczne; wielu bowiem zachodów wymagają i najczęściej nie dają się zastosować przy niedość rozwiniętym stopniu inteligencji obserwowanego i małej wprawie w rozróżnianiu wyraźnego od niewyraźnego widzenia drobnutkich drucików.

W takich razach dostateczne są próby wzroku na drobnych drukach, jak np. N 1 prób druku Jae-

gra, które usuwają w zupełności niedokładności powstać mogące z nieuczuwania okręgów rozpięrzchłych. Koniecznie jednak przy takich próbach na to uważać należy, aby osoby obserwowane miały powieki swobodnie otwarte i aby otwór międzypowiekowy nie był zbyt wązki; próby też najlepiej jest robić z każdym okiem z osobna, najprzód dla tego, iż często przestrzeń akomodacyjna jednego oka jest inną niż drugiego, powtóre dla uniknienia wpływu zbieżności osi ocznych, na akomodację.

Stosunek zbieżności osi ocznych do akomodacji, odpowiedniej punktowi w którym się osie spotykają, oddawna już jest znany; sądzono nawet, że stosunek ten jest stały, a zgoda między akomodacją i zbieżnością osi jest niezbędnym warunkiem wyraźnego widzenia (Portefield, J Müller, Schröder v. d. Kolk); że nie zawsze tak bywa, tego dowiódł Donders wykazując iż przedmiot o parę stóp odległy również wyraźnie jak gołym okiem można widzieć za pomocą szkieł nie mocnych wklęsłychi wypukłych jako też przyzm o niewielkim kącie — chociaż w pierwszym razie inna będzie akomodacja przy téjże saméj zbieżności osi, w drugim zaś inny kąt zbieżności przy tejże saméj akomodacji. W ogóle jednak trzeba akomodacji poniekąd przyznać zależność od zbieżności osi. Donders w pięknej swéj pracy: „Beyträge zur Kenntniss der Refraktionen und Accomodationsanomalien” 1) oświadcza się na korzyść téj zależności, choć nie zupełnie absolutnéj, objaśniając rzecz dokładniéj, starannie ułożonemi

1) Archiv für Ophtalm. Bd. VI. 1. pag. 86.

tablicami porównawczemi szerokości przestrzeni akomodacyjnej, odpowiadającej rozmaitemu stopniowi zbieżności osi ocznych tak u normalnie widzących, jakoteż u krótko i daleko widzów. Dlatego też przy wymierzaniu przestrzeni akomodacyjnej potrzeba o ile można unikać wpływu zbieżności osi, gdyż nie uwzględniając go łatwo dojdźmożna do wniosków fałszywych.

Bierze się tedy wypukło-wypukłą soczewkę wysokiego numeru *np.* $N + 4$, $+ 6$ i obserwowana osoba czyta z jej pomocą $N 1$ prób druku Jägra. Soczewka dla tego tak silną być powinna, ażeby każdy chociażby najdalszy punkt, przez nią mógł być do bliższej odległości przysuniętym (na przypadek jeśliby oko obserwowane było naddalekowidzące, [hyperpresbiopisch]); dalej dlatego, aby punkt daleki był tak zbliżony, iżby minimum kąta rozpoznawczego (Distinctionswinkel) bez wpływu nań pozostało. Przybliżając i oddalając książkę od oka możemy dokładnie odmierzyć punkt bliski i punkt daleki pomiędzy którymi i w których ten drobny druk jest widzialny.

Te sztuczne punkta (bliski i daleki,) które oznaczemy przez B' i D' , mają się do naturalnych tychże punktów B i D w takim stosunku, iż promienie od B idące przeszedłszy przez soczewkę przyjmą taki kierunek jakby od B' , a promienie od D , jakby od D' pochodziły. Mamy tedy dane B' , D' , i numer szkła do obserwacji użytego, potrzebujemy tylko znaleźć B i D dla poznania naturalnego punktu bliskiego i dalekiego; czyli mając dane o-

gnisko i odległość przedmiotu, musimy znaleźć odległość obrazu.

Przy soczewkach wypukłowypukłych, gdy się przedmiot znajduje pomiędzy szkłem a ogniskiem albo też w samym ognisku, obraz jego będzie pozytywny gdy zaś za ogniskiem, to obraz jego będzie negatywny; używszy więc znajomój już formuły (1) i podstawivszy wielkości znane, z łatwością nieznanne znajdziemy:

I tak, będziemy mieli dla punktu bliskiego:

$$1/f = 1/B - 1/B' \text{ czyli}$$

$$1/B = 1/B' - 1/f \quad (a)$$

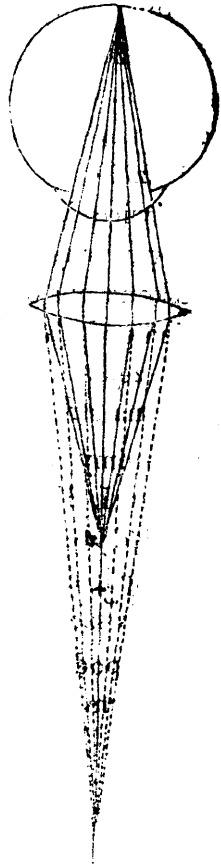
gdzie B' i f są dane.

Dla punktu dalekiego:

$$1/f = 1/D - 1/D' \text{ czyli}$$

$$1/D = 1/D' - 1/f \quad (b)$$

I. Jeżeli D' jest znacznie mniejsze niż f , to oko takie nie może się do promieni równoległych a zatem do przedmiotów w nieskończonej odległości leżących zaakomodować, punkt daleki tego oka leży w odległości skończonej, oko jest przy bardzo małym D' krótkowidzące. (fig. 13).



II. Jeżeli f i D' są sobie równe to punkt daleki tego oka leży w nieskończonej odległości, a oko jest zupełnie prawidłowe. (fig. 14).

III. Jeżeli D' jest większe jak f to oko ma zdolność akomodowania się nawet do promieni zbieżnie wpadających, punkt więc daleki takiego oka jest negatywny, gdyż leży po za nieskończoną odległością, t. j. promienie od niego idące, przedłużone, zejdą się po za okiem. (fig. 15 na str. 233).

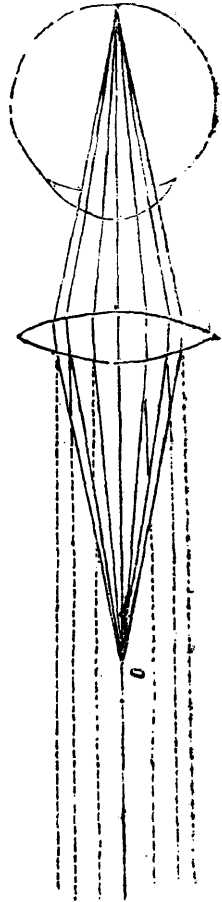
Objasnimy to przykładami: troje oczu I, II i III obserwujemy z jednakowym szkłem $+6$ pod względem akomodacji.

I. Pierwsze oko ma $B' = 3''$, $D' = 5''$; podstawivszy te wielkości w formuły (a) i (b) będziemy mieli

$$\frac{1}{B} = \frac{1}{3} - \frac{1}{6} = \frac{2}{6} - \frac{1}{6} = \frac{1}{6}$$

$$\frac{1}{D} = \frac{1}{6} - \frac{1}{6} = \frac{6-6}{36} = \frac{0}{36}$$

Oko więc to będzie miało naturalny punkt blizki na $6''$ od oka, daleki zaś na $30''$, jest zatem krótkowidzące, akomodacja tego oka będzie:



$$1/A = 1/6 - 1/3^0 = \frac{30 \cdot 6}{180} = 24/180 = 1/7.5$$

obliczając zaś akomodację podług sztucznych punktów bliskiego i dalekiego, wynalezionych przy pomocy szkła, będziemy mieli:

$$1/A = 1/3 - 1/5 = 1/7.5$$

a zatem wartość dla $1/A$ zupełnie też samą.

II Drugie oko ma $B' = 3$, $D' = 6$, wymierzone z takimże szkłem $+6$; podstawivszy w teź same formuły (a) i (b) będziemy mieli:

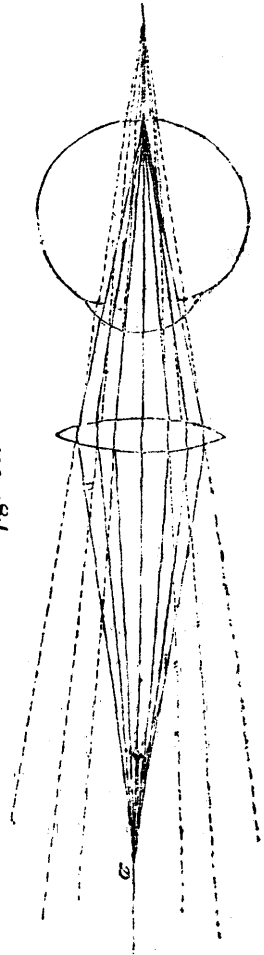
$$1/B = 1/3 - 1/6 = 2/6 - 1/6 = 1/6 \quad \text{fig. 15.}$$

$$1/D = 1/6 - 1/6 = 0 = \infty$$

oko więc to będzie miało naturalny punkt bliski na 6", naturalny zaś daleki w nieskończonej odległości od oka, jest zatem zupełnie prawidłowe; dla akomodacji jego znajdziemy wartość następującą:

$$1/A = 1/6 - 1/\infty = 1/6$$

obliczając zaś akomodację z wartości osiągniętych przy pomocy szkła



$$1/A = 1/3 - 1/6 = 2/6 - 1/6 = 1/6$$

a zatem znowu wartość zupełnie też sama.

III Trzecie oko ma $B' = 4''$ $D' = 8''$, soczewka $+ 6$; postępując tak jak wyżej będziemy mieli

$$1/B = 1/4 - 1/6 = 2/24 = 1/12$$

$$1/D = 1/8 - 1/6 = - 2/48 = - 1/24 \quad (*)$$

a zatem punkt naturalny bliski na $12''$ od oka-punkt zaś daleki negatywny (dalej jak w nieskończonej odległości) oko to jest daleko-widzącem, a akomodacja jego będzie:

$$1/A = 1/12 + 1/24 (**) = 3/24 = 1/8$$

za pomocą szkła wynaleziona

$$1/A = 1/4 - 1/8 = 2/8 - 1/8 = 1/8$$

a zatem i tu zupełnie ten sam rezultat w porównaniu.

Do wymierzenia przestrzeni akomodacyjnej w celu praktycznym, dosyć jest zrobić rachunek z wielkości znalezionych za pomocą soczewki wypukło-wypukłej. Mimo to bowiem, iż wymierzenie za pomocą szkła tak silnego, nie da nigdy zupełnie prawdziwych rezultatów, zaleca się ono jednak przed-

*) Wielkość negatywna t. j. promienie od punktu dalekiego widzenia idące, zejdą się w odległości $24''$ poza środkiem optycznym oka.

**) Zmieniamy znak jako w wielkości negatywnej.

koscią z jaką może być wykonane i dokładnością odpowiadającą wymaganiom praktycznym. Niedostatki tego sposobu wymierzania pochodzą głównie ztąd, że oko patrzące przez tak silną soczewkę nie patrzy nigdy zupełnie swobodnie, bez pewnego nateżenia, a zatem określenie w ten sposób punktu dalekiego nie będzie dokładne, przy określaniu zaś punktu blizkiego akomodacya będzie zbyt forsowna i jeżeli są jakie siły poboczne na przybliżenie punktu blizkiego wpływ wywierać mogące, to przy takiej próbie z pewnością będą użyte.

W celach naukowych robione obliczenia powinny być ściślejsze; zdaje mi się, iż rodzaj wymierzania Pr. Jägera 1) oparty na powyżej opisanych zasadach, a jednak dokładniejszy od poprzedzającego, będzie tu najwłaściwszym. Różnica tych dwóch sposobów zależy na tém, żeśmy każde oko zamieniali na krótkowidzące, Jäger zaś akomodacyą oka normalnie zbudowanego, t. j. mającego punkt daleki w nieskończonej odległości bez szkieł wymierza, a inne oczy tak daleko, jako też i krótkowidzące, za pomocą szkieł stosownych bardzo dokładnie dobranych, zamienia na normalnie widzące to jest punkt ich daleki widzenia przenosi tak, iżby on był w nieskończonej odległości. Za przedmiot do wymierzania punktu dalekiego, używa większych numerów swojej skali druków, na 50' — 60' od

1) l c pag. 165.

oka obserwowanego umieszczonych. Punkt daleki wymierza po poprzedniem zakropieniu oka roztworem atropiny, albo innym środkiem porażającym akomodację; do wymierzania zaś punktu bliskiego czeka, aż porażenie mięśni zupełnie przejdzie i używa optometru Gräfe'go.

Opiszemy tu dokładnie wymierzania przestrzeni akomodacyjnej u krótko i dalekowidzów.

U krótkowidzów probuje on najprzód, z jak naj-słabszém wklęsłém szkłem czytać mogą wyrazy książki służącej za punkt daleki; szkło znalezione, tak rozprasza promienie prawie równolegle od sztucznego dalekiego punktu idące, jakby te od naturalnego dalekiego pochodziły. Dla większej dokładności robi jeszcze jedną próbę śledczą; do znalezionego szkła dodaje inne słabe wypukłe lub wklęsłe. Jeżeli te widzianego punktu nie pokazują wyraźniej, to numer szkła jest dobry, w przeciwnym razie bierze szkło równe summie tych dwóch do próby użytych i próbę śledczą powtarza. Numer szkła tak wypróbowanego, daje odległość punktu dalekiego w calach znaną, jak może być najdokładniej. Następnie bierze optometr i przy témże samém szkłe, z tą samą dokładnością znajduje punkt bliski. Różnica tych dwóch wielkości, jako mianownik ułamku z jednością w liczniku; daje długość przestrzeni akomodacyjnej. Podług wyżej wymienionych zasad i formuł, dają się ztąd łatwo obliczyć naturalne punkta blizki i daleki.

U dalekowidzów wynajduje najsilniejszą soczewkę, z którą ci przedmiot daleki jeszcze wyraźnie wi-

dzą, t. j. taką, która promienie równoległe od przedmiotu idące tak skupi, iż one do oka wpadać będą zbieżnie, jakby od przedmiotu dalej niż w nieskończonej odległości położonego; pćtem robi próby śledcze, a numer soczewki w ten sposób znaleziony, daje negatywną wartość punktu dalekiego, naturalnego; czyli odległość z tyłu oka, gdzie promienie zbieżnie na oko padające z dalekiego naturalnego punktu, zejśćby się powinny były. Następnie z témże szkłem i optometrem wynajduje punkt bliski. Różnica między temi punktami (jak wyżej) pokaże długość przestrzeni akomodacyjnej.

Po wielokrotnych i dokładnych obserwacyach, wszyscy (Gräfe, Jaeger, Donders) na to się zgodzili że przestrzeń akomodacyjna równająca się $\frac{1}{5}$ jest właściwą zupełnie zdrowemu normalnemu oku, $\frac{1}{6}$ należy także do dobrych ale nie do wzorowych, $\frac{1}{3}$ i $\frac{1}{4}$ rzadko bardzo i to w pewnym tylko wieku mianowicie dzieciennym napotykają się (naturalnie iż są także wzorowo dobre, ale nie normalne). Wszystkie inne są tém gorsze, im większy będzie mianownik ułamku, wartość ich wyobrażającego. Gzy tedy mamy oko prawidłowe czy krótko lub daleko widzące, jeżeli akomodacja jego podług wyżej wskazanej normy jest dobrą ($\frac{1}{4}$, $\frac{1}{5}$, $\frac{1}{6}$), oczy te są z pewnością zdrowe.

Według Jägra (1), na co się zupełnie zgadzam, normalną przestrzeń akomodacyjną równającą się

1) l. cit. pag 182.

$\frac{1}{3}$ napotykamy najczęściej między 20 i 25 rokiem życia, w którychto latach, wszystkie inne funkcje organu widzenia najczęściej są normalne; rzadziej znajdujemy ją w młodszym wieku, kiedy przestrzeń akomodacyjna zwykle bywa większą, najrzadziej w wieku podeszłym, w którym przecięciow przestrzeń akomodacyjna bardzo jest małą.

Dr. *Narkiewicz Jodko.*

SPRAWOZDANIE

Z CZYNNOŚCI SZPITALA Śgo DUCHA PP. MARCINKANEK
ZA ROK 1860.

Uwagi lekarskie z Oddziału gorączkowych

D^{ra} Langowskiego.

Rok 1860 policzyć można do szczęśliwszych, albowiem żadną z chorób w oddziale moim nie uwydatniła się dłuższém trwaniem, ani też większą liczbą ofiar, lecz po większej części spotykałem się z chorobami, które każdo-rocznie stosownie do pory roku pojawiają się.

Zimą odznaczała się zapaleniem płuc, opłucnej, zajęciem gardła i krtani niekiedy tak uporczywem, a mianowicie też u ludzi zaniedbujących się, że energiczne leczenie i dłuższy pobyt w Szpitalu, był nieodzownym. Z pomiędzy chorych na zapalenie krtani, przytoczę jednego nazwiskiem *Gerzój*, którego przez opóźnione leczenie się pomimo silnej budowy ciała i zupełnie zdrowego ustroju, przy wyzerpaniu środków, w skutek owrzodzenia błony śluzowej krtani, a następnie strupieszenia samej chrząstki, życie zakończył.

Zwątrobienie płuc czerwone, małemi upustami krwi, a mianowicie po 3 uncye przez dni 3 lub 4, tam gdzie bańki i emetyk nie były dostateczne, szczęśliwie znosiłem. Wyсіgki w opłucnej po zapaleniu takowej pozostałe, zawsze prawie pomyślnie wcieraniem maści sublimatowej leczyły

się. Wiosna, jakkolwiek liczyła się co do stanu zdrowia do bardzo pomyślnych, sprowadziła katary przewodów oddechowych, pokarmowych, biegunki, zimnice, a niekiedy gorączki tyfoidalne i goście. Z wysypek jedna odra częściej widzianą była.

Lato dostarczało jak zwykle po większej części chorych z zimnicami, biegunką, a niekiedy krwawą; w ogóle liczba chorych była bardzo małą.

Jesień szczególnie już pod koniec, obfitą była w różnego rodzaju słabości, a mianowicie zapalenie przewodów oddechowych, gościec stawowy, gorączkę tyfoidalną, zimnice i różę. W gościcu ostrym stawowym, wodojodan potażu w ilości drachmy na sześć uncyi co 2 godziny po łyżce, zawsze prawie z pomyślnym skutkiem był przepisywany. W gościcach mięsnych zastarzałych, paralitycznych, z cudownym skutkiem używany był elektro-magnetyzm.

Do rzadszych wypadków policzyć można zapalenie rdzenia przedłużonego i pacierzowego, którego historia zamieszczoną jest w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego pod dniem 20 Listopada 1860 roku.

Z początkiem zimy, prócz chorób zapalnych, odra często pojawiała się, a z nią rozmiękczenia złogów gruzliczych. Do podobnego rodzaju wypadków zaliczyć mogą historię choroby niejakiego Latusiewicza, którą tu po krótko opowiem.

Dnia 24 Października 1860 r. przybył do Szpitala Śgo Ducha *Latusiewicz Felix*, Uczeń Gimnazyum Realnego lat 17 liczący, który przed 2ma miesiącami przebył odrę dosyć szczęśliwie, lecz w miesiąc później w skutek przeziębienia, dostał dreszczów co dzień powtarzających się, przyczem przez kilka dni przy odpluwaniu pokazywała się czysta czerwona krew. Z wysokiego stopnia wycieńczenia całego ciała i częstego urywanego oddechu, można już było wnosić o ciężkiem porażeniu przyrzędu oddechowego; bliższe badanie klatki piersiowej, wykryło mi stan płuc następują-

cy: Wypukiwanie płuca prawego na całej przestrzeni dawało ton tępy, płuco lewe tylko w połowie niższej dawało ton jawny. Przy wysłuchiwanie w wierzchołku płuca prawego znalazłem oddech i głos jamowy (respir: et vox cavernosa), z czego wniosłem o istniejącej dosyć znacznych wymiarów jamie. W średnim i dolnym zrazie płuca prawego oddech i głos oskrzelowy. W wierzchołku płuca lewego oddech był ostry zbliżony do oskrzelowego. Oddychanie było prędkie, kaszel częsty z plwocinami sluzoropiastemi, żyłkami krwi zafarbowanemi. Puls drobny, słaby 112 uderzeń, skóra sucha, nad ranem codziennie obfite poty.

Z dopieroco przytoczonego egzaminu chorego, pokazuje się, iż wierzchołek płuca prawego, przed pojawieniem się odry, już zajęty był przez gruźelki, które w następstwie rozmiękczywszy się w połączeniu utworzyły jamę.

Co do głosu oskrzelowego i tonu tępego w wierzchołku płuca lewego, i 2ch dolnych zrazach płuca prawego, te pochodziły z zapalenia w stopniu 2m, które też przy właściwych środkach ustąpiło, a natomiast trzeszczenie pęcherzykowe przywrócone zostało.

Dnia 12 Listopada chory jakkolwiek w najwyższym stopniu wycieńczony, czuł się cokolwiek lepiej i oddech miał swobodniejszy, od tego dnia zaczął się uskarżać na ból tępy pod prawą brodawką, który szczególnie za dotknięciem wzmagał się. Przysłuch i wypukiwanie nic nie odkryły, wziąłem to za ból powierzchowny z odleżenia i zaleciłem kilka suchych baniek. Do wewnątrz gr. 1 emetyku na 6. uncyj wody.

Dnia 13 kaszel mocny z plwocinami sluzoropiastemi, poty wycieńczające, ból pod prawą brodawką zupełnie ustąpił, lekarstwo jak wyżej.

W tym stanie z małemi odmianami chory zostawał do dnia 22 Listopada.

Dnia 23 zaczął się uskarżać na trudny oddech przy le-

zeniu na lewym boku. Przystuch i wypukiwanie lewego boku nie odkryły, lecz w prawym nad brodawką na ca jeden już zaczynał się ton tępy idący ku dołowi. Mała przestrzeń pomiędzy wierzchołkiem płuca prawego a brodawką, dawała ton jawniejszy, sam wierzchołek jak od początku wejścia chorego do szpitala tak i teraz dawał ton tępy, oddech i głos jamowy. Przystuch dolnego zrazu płuca prawego, nie mógł odkryć najmniejszego szmeru. Porównyując stan obecny chorego z poprzednim, a mianowicie nieustającą gorączkę, puls 140, oddech prędkiej, krótkiej, ton tępy z prawej strony klatki piersiowej, brak wszelkich szmerów, pozycją leżenia chorego tylko na prawym boku, wreszcie wycięnczenie ciała do najwyższego stopnia, domyślać się należało wysięku ropiastego w jamie prawej klatki piersiowej. Od tego dnia codziennie w skutek przybywania ropy, żebra z prawej strony coraz więcej wyginały się na zewnątrz. Ton tępy zajmował całą prawą stronę tak z przodu jak i z tyłu klatki piersiowej, oddech tylko w wierzchołku i to jamowy słyszeć można było. Twarz biała potem okryta, usta sine, puls słaby 120 nitkowaty, oddychanie 56 razy na minutę, jednym słowem bliski uduszenia.

Dnia 11 Grudnia w skutek narady z kolegami *Kwasińskim* i *Wrotnowskim*, uznaliśmy za konieczne nakłócić klatkę piersiową dla wypuszczenia ropy.

Obrawszy za najwłaściwszy punkt pomiędzy 9 a 10 żebrem z prawej strony z przodu, wprowadziłem troakar i wypłynęło 9 funtów czyli przeszło garniec zielonej ropy. Po wyjściu takowej, zaszprycowałem płynem złożonym z 1½ funt. wody 2½ uncji nalewki jodowej, który wypływając wyprowadzał jeszcze znaczną ilość ropy. Po skończonej operacji, wprowadziłem rurkę cynową na cal długą opatrzoną korkiem woskowym i zabandażowałem.

Stan chorego był następujący: Oddech swobodniejszy 48 razy na minutę, puls 100, wysłuchiwanie w wierzchoł-

ku płuca przedstawiało oddech jamowy, poniżej żadnego szmeru słyszeć nie można było. Wypukiwanie prócz w wierzchołku tępe, w całej prawej stronie bębniście. Przepisałem wino czerwone łyżkami dla podbudzenia sił.

Dnia następnego, to jest 12 Grudnia, znalazłem chorego spokojnego z uśmiechem na twarzy, pulsem 92 i oddechem swobodnym 32 razy na minutę. Od 4 żebra w dół idąc z prawej strony ton jawny, powyżej 4 żebra tępy.

W wierzchołku płuca prawego oddech i głos jamowy, w średnim i dolnym zrazie trzeszczenie wilgotne, język czysty wilgotny, w nocy było jedno wypróżnienie stolca rozwolnione. Po odetkaniu kurka woskowego zaszprycowałem płynem wyżej wspomnianym, z którym jeszcze mała ilość odeszła ropy, przepisałem odwar chinu z $\frac{1}{2}$ uncji na sześć z dodatkiem $\frac{1}{2}$ drachmy kwasu siarkowego rozcieńczonego co 2 godziny łyżkę, prócz tego wino czerwone łyżkami.

Wieczorem tegoż dnia puls znalazłem 104 słaby, niknący, oddech 40 razy na minutę. Z prawej strony klatki piersiowej, od podstawy aż do 4 żebra trzeszczenie wilgotne, w górze głos jamowy. Z lewej strony oddech ostry. Kaszel się powiększył przy którym odpluł na raz krwi czerwonej drachm 3. Pomimo tego chory oświadczył, że czuje się znacznie lepiej jak z rana. Trzeci raz zaszprycowałem płynem powyższym i tym razem wyszedł zupełnie czysty bez śladów ropy. Ponieważ nie znosił odwaru chinu, przepisałem 6 gran chininy rozpuszczonej w kwasie siarkowym z 3ma uncjami wody co 2 god: łyżkę.

Dnia 13 Grudnia noc była niespokojną, kaszel suchy, puls 128—oddech 44 na minutę, język wilgotny czysty, wypróżnienie jedno rozwolnione. Wypukiwanie w niczem nie zmieniło się, przysłuch z prawej strony w dole dawał odgłos metaliczny, z lewej pęcherzykowy ostry. Przepisałem napar ipekakuany z gr: X na 6 uncji, co 2 godziny łyżkę. Wieczorem znalazłem chorego siedzącego na łóżku i opowiadającego o swjej operacji. Puls miał 100, od-

dech wolny 36 razy na minutę, kaszel lekki wilgotny, szprycowania nie robiłem, gdyż ostatni raz czysty bez ropy odchodził płyn; środki te same.

W nocy najspokojniej bez uskarżania się na jekiekolwiek bóle, bez wydania najmniejszego jęku, życie zakończył.

W 48 godzin po śmierci przy odkryciu klatki piersiowej znalazłem z prawej strony tejże, małą bardzo ilość bo nieprzenoszącą 2 uncji ropy, opłucna przyrośnięta do żebra, dolny i średni zraz płuca prawego znacznie w objętości zmniejszony i wypełniony krwią czerwoną pianistą; w wierzchołku jamę wielkości kurzego jaja, ropy niezawierającą.

Lewe płuco zupełnie zdrowe, gębczaste, koloru naturalnego.

Wszystkie inne organa, jak serce tak i trzewy brzuszne nic szczególnego nie przedstawiały.

Z powyższego opisu pokazuje się, że chory od dawna nosił zarodek śmierci w wierzchołku prawego płuca—jednak bliższa przyczyna śmierci leżała w poprzedniem zapaleniu opłucnej, z której powstała ropa w klatce piersiowej.

LITERATURA ZAGRANICZNA.

I.

O KOŁTUNIE.

(Dr. Segel.)

Pod imieniem „lues sarmatica, cornificata, kołtun nadwiślański v. żydowski” rozumiemy chorobę, której ojczyzną ma być Tartarya, Rossya i Polska, a której prócz nadmienionych nadają jeszcze mnóstwo innych nieraz ciekawych, częściej nedorzecznych nazwisk. Istotą rzeczy, a raczej *najpewniejszym i jedynym objawem rzeczonyj choroby*, jest sam kołtun t. j. *zwitek najrozmaicij poplątanych i zlepionych włosów*, pokrywający i zniepodobiający głowę chorego, a którego objawu zasada potalogeniczna niedocieczoną pokryta zostaje tajemnicą, z powodu, że lekarze, którzy zasadę istnienia kołtuna jako *formy nosologiczj przypuszczają, pomiędzy sobą najmocniej się różnią*, ci zaś którzy *zgadzają się w zdaniu, istnieniu takięj zasady najzupełniej zaprzeczają*.

Jeżeli dawniejsi uczeni bronili zdania, że charłactwo kołtunowe źródło swe czerpie w jakimś szatańskiego pochodzenia duchu, zgadzamy się na to zupełnie— a to z przyczyny, że z charłactwem tém ma się niewątpliwie tak samo

jak z owym duchem, którego dzisiejsi myśliciele żadnym sposobem uznać niechcą, bo niemogą, a którego na dowód wiarogodności, inni oświeceni z podziwającą ściśłością przybierają w sierć, rogi, kopyta i stósowany kapelusz.

W postępie czasu zagładzającym tyle myśli wzniosłych i śmiesznych, pokuszono się wyszukać dla charłactwa kołtunowego nieco trwalszej podstawy jak była niegdyś duchów piekielnych; jakoż istotnie przypuszczono, że istnieje w tym razie jakaś „kołtunowa ostrość, *materia plicosa*”, a nawet jakaś *sprawa rogowacenia*, w obec której utworzona we krwi *istota rogowata*, zamiast odżywiania i wytwarzania paznokci, wicherzy po ciełe chorego.

Podawany tu obraz przypadłości skutkiem burzenia onych ostrości powstałych, przedstawia się zarówno obszerny jak mdły, opis zaś jego bywa zarówno zozwlekły jak czczy i bez znaczenia.

Objawy kołtuna *utajonego*, którego obecność nie przedstawiła się jeszcze oczom lekarskim w formie pilśnienia włosów, mają być: czułość powłoki czaszkowej, zawroty, szum w uszach, czerwoność białkówki, ból twarzowy, nudności, gniecienie w dołku podsercowym, trętwienie członków, uczucie przewracania w żywocie, kurcze rozmaite, wyglądanie schorzałe skrofuliczne, nabrzmienie stawów, wysypki długotrwałe, wrzody kostne, stwardnienia brzuszne, zapalenie pęcherza, płuc, żołądka i jelit, upławy i. t. p.

Po tym okresie zapowiednim następuje w 1—8 lat, zbawien-na zmiana w częściach włosami pokrytych i w paznokciach. Wówczas grubieją włosy znacznie, a podcięte krwawią. Gruczolny skórne wydzielają teraz ciecz śluzową, ropiastą, lepłą miodową i tłuszczową, przyczem zwijają się włosy w strzępki, kiście, grudki i kłębki. Niekiedy jednak w braku rzeczonych wydzielin, spilśniają się włosy, począwszy od końców, zapewne w skutek wpływu klimatycznego, w którymto razie powstaje *kołtun suchy*.

Dla uzupełnienia a może uprzyjemnienia nauki o kołtunach, wprowadzono tu także różnicę płci t. j. podzielono kołtun na męzki i żeński, z których drugi *rozległością* odznaczać się powinien.

Przypadłości ustępują z pojawieniem się kołtuna, a białda temu, kto się poważy przyłożyć doń świętokradzką rękę z nożyczkami, zanim kołtun nie uschnie i sam nieobumrze. W tych zaś wypadkach, gdzie utworzenie się kołtuna samo z siebie nie nastąpiło, niedozwolono lekarzowi, obok wynurzenia szczerego współczucia dla cierpień chorego, do żadnej innej sięgać pomocy, chyba doradzić założenie kołtuna sztucznego, który wszelako rzadko tylko równie jak koł. naturalny, skutecznym się okazuje. Do etiologii koł. zaliczają mnóstwo najróżnorodniejszych stosunków i okoliczności, które razem zebrane, wydadzą co najwięcej *okrągłe zero*.

Są i tacy, co usiłują połączyć chorobę koł. z iunemi uznanymi zakażeniami; usiłowania te wszakże okazały się w gruncie niemniej bezowocne. Oto np. jak opiewa jedna z owych ciężarnych definicyi eklektycznych: kołtun nie jest wprawdzie syfilis, wszelako czestokroć się z nią łączy, kołtun nie jest arthritis, ale ma wielkie do niej podobieństwo, nie jest to scrofulosis, ale mało napotkasz chorych kołtunowych, którzyby nie byli skrofulicznymi.

To jedno orzeczenie godne wyroczeni Pythyjskiej, wystarcza, aby się przekonać jak daleko sięgały dobre chęci badaczy kołtunowych, którzy dla braku zasady patologicznej miejscowej, zapuszczali się na bezdrożne manowce. Naszém zdaniem, tu jak wszędzie, mieści się prawda w środku tych głębokich, przesadnych i niedorzecznych zdań, wywodów, wniosków i teoryj.

Nieulega wątpliwości, że kołtun rozpościerał najszerze panowanie swe w czasach napadów tatarskich na nieszczęśliwy kraj Polski, które oprócz mordów, pożogi i wszelkich innych klęsk sprowadziły do Polski trąd ze wszystkimi odzieniami jego.

Z powodu, że wyniszczony tyłu nieszczęściami **naród** rozpowszechnieniu się trądu żadnej skutecznej nie mógł kłaść tamy, a zubożony i moralnie przygnieciony lud w takich stosunkach coraz bujniejszemu rozwijaniu się choroby wprowadzonej pomyślnie przedstawiał warunki, nic dziwnego, że choroby te do najwyższego urosły stopnia. Tak samo nie trudno pojąć, że w ciągu panowania powyższych chorób, mogły częstokroć i włosy wraz z paznokciami ulegać najrozmaitszym zmianom, a niekiedy spłśnieniu włosów, które zatem bez uciekania się do właściwych kołtunowych ostrości, jedynie na zasadzie formy pod imieniem *Pellagra* znaniej, wyprowadzić i wszystkie towarzyszące temu przypadłości wytłómaczyć można. Wszakże gmin ówczesny, zdziwiony niesłychanemi zjawiskami, zdając się na wiarę niezbyt głęboko ukształconych współczesnych Lekarzy, posunął się dalej i poczytał chorobę kołtunową za *własność narodową*, czemu jednakże za świadectwem Mastaliera, Prosiejowskiego i Holata stanowczo zaprzeczyć można, którzy tę samą chorobę napotkali w Szwajcaryi, Wiedniu, Hollandyi, w Chinach i Niemczech.

Choroba zaginęła w tuż podanych krajach zupełnie, gdy tymczasem w Polsce zmniejszyła się tylko liczba kołtunów a to w miarę postępu cywilizacji i wykształcenia obyczajów, niemniej rozszerzenia zdrowszych pojęć lekarskich. Ciemnota tylko prostego ludu i zatwardziały przesąd, przez stare baby i niedowarzonych medyków utrzymywany, od którego i klasa wyższa społeczeństwa nie zupełnie jest wolną, utrzymuje się jeszcze przy zdaniu średniowiecznym i we wszystkich przeciagłych chorobach widzi utajoną chorobę kołtuna, którą na jaw wyprowadzić wszystkimi usiłuje sposobami. Wierni temu przekonaniu poczytują cierpienia syfilityczne, artrytyczne, lub wcale innego rodzaju choroby z pojawieniem się powyższych przypadków za cierpienie kołtunowe, namaszczają włosy chorego płynami kle-

istemi, jak smoła, miód i. t. p. dla wywołania spilsnienia włosów, przyczem cierpienia, najczęściej siłą wyobraźni pokonane, niekiedy choć chwilowo ustępują.

Sztucznym tym kołtunom niezaprzeczą nawet najzgorzalsi zwolennicy nauki kołtunowej, utrzymują wszakże, że pomiędzy temi sztucznymi przynajmniej 5% znajduje się kołtunów prawdziwych. Jakkolwiek przyznajemy, że owe 5 na sto powstać mogą istotnie bez działania lepkiej cieczy samowolnie namaszczonej, pamiętać jednak wypada, że powodem spilsnienia włosów może jeszcze być wydzielana ciecz z chorób skórnych, albo lepkość potu tak często przy cierpieniach skrofalicznych, artrytycznych i syfilitycznych napotykana, tembardziej ile że chorzy tacy, trapieni bólami głowy, nader często głowę zawijają zwykli, zapominając zupełnie o czesaniu włosów, co wszystko jak łatwo przyjąć, zwinięciu się włosów, bardzo sprzyjać musi.

Zważywszy to wszystko, zrozumiemy łatwo powyżej przytoczoną definicyją kołtuna i wytłumaczymy wiele przypadków tej chorobie przypisywanych.

Że kołtun nie jest wyłączną własnością choroby syfilitycznej, jakto w najnowszym czasie utrzymywano, przyzna każdy, kto zna syfilis i choć kilka razy chorego z kołtunem widzieć miał sposobność tem bardziej, że prawie niemasz choroby, któraby z kołtunem przebiegać niemiała.

Przed niedawnym czasem widziałem kobietę wiejską z kołtunem bliską funt wazącym, której cierpieniem był kurcz żołądka bez żadnego powikłania, a która przyznała się, że zwinięcie włosów było sztuczne przed kilku laty samowolnie spowodowane.

Przy bliższém badaniu zwitku, którego obciąć żadnym sposobem chora niedozwoliła, nie znalazłem krom miejscowego złuszczenia skóry niewątpliwie skutkiem wiszącego ciężaru powstałego i mnogiej liczby żyjących istot o niechlujności chorej świadczących, żadnej innj zmiany chorobowej. Prócz tego spotykałem inne kołtuny u cho-

rych rozmaitym cierpieniom uległych, iako: dnie, syfлис, migrenie, noma i. t. p. Widziałem dzieci płci obojga, noszące odpowiednio rodzajowi swojemu kołtuny, u którychto chorych okazywały się wybitne znaki choroby skrofulicznój.

Większa część tych kołtunów dawała się wyleczyć wyłącznym użyciem grzebienia i nożyc, z zachowaniem przestrogi, aby głowy takich chorych przez jakiś czas po oddaleniu kołtuna, zachować w cieplejszój temperaturze dla ochrony od zaziębienia, co po długotrwałem istnieniu kołtuna mianowicie w formie czapki głowę pokrywającego, nader łatwo nastąpić może.

Użycie nożyc jednakże nie tak łatwo da się zastosować tam, gdzie przesąd i ślepa wiara głębokie zapuściła korzenie, a lekarz często zmuszonym jest powstrzymać się w zapale podcięcia kołtuna szczególnie u chorych, gdzie pomyślnego zakończenia choroby spodziewać się nie może. Tak np. stało się u mojego chorego z Noma, u którego ograniczyłem się na powstrzymaniu zgorzeli, albowiem osoby otaczające o odjęciu kołtuna wspomnieć sobie nawet nie dali. Kołtun ten padł pod nożycami Wiedeńskiego lekarza, wszelako po śmierci chorego w skutek gruźlicy nastąpiłój, niewahały się niewiasty utrzymywać, że powodem zgonu było podcięcie kołtuna.

Bądź co bądź tegoczesna historia podaje jeden silny dowód, że naruszenie kołtuna nie pociąga za sobą tak szkodliwych, jak niegdyś mniemano, skutków. Gdy bowiem przed kilku laty rząd austriacki zarządził statystyczne obliczenie kołtunów w Galicyi, a w jednej wiosce rozeszła się wieść, że to się dzieje dla nałożenia podatku na kołtuny, uciekli się *wszyscy właściciele kołtunów bez namysłu do nożyc i brzytwy*, a wyznaczona na ten cel Komissya znalazła w tój wiosce wprawdzie *wiele głów nagich, ale żadnego umarłego ani chorego*. Przykład ten nie jest sam jeden, bo w dawniejszych czasach znajdujemy go history-

cznie stwierdzonym, mianowicie w pierwszej połowie 17go wieku, kiedy przyboczny lekarz Króla Polskiego, *Dawison*, bez szkodliwych następstw obciął kołtunów 10,000.

Co się tyczy teorii nieprawidłowej *sprawy rogowacenia*, niech nam wolno będzie zapytać się, dla czego owa istota z krwi chorego utworzona, nie popisuje się ze swoją dziwną chorobliwością na głowach tych, którzy dla jakichkolwiek przyczyn w miejscu włosów nagą przedstawiają łysinę? wszak tu powinna być ta zniepotrzebowana istota w najobfitszym znajdować się zbytku. Wszakże dajmy pokój teorjom, a pójdźmy za przykładem Dawisona, który wyrzekł: *Si hoc consilio usi fuerint ante decursum annorum viginti et apparuerit plica in tota Polonia, capite plectar pro proemio*".

(Allgem Wien. medi. Zeitung Nr. 47).

Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

POSIEDZENIE

z dnia 15 Kwietnia 1862 r.

(Prezes Dr. Kulesza).

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia,

P. Stanisław *Janikowski* zdał sprawę ze szczegółów higienę publiczną mianowicie zaś szpitalną obchodzących, zawartych w rozprawie Dr. *Topinard* p. n. „*Quelques aperçus sur la chirurgie anglaise. Paris 1860*”.

Wspomniawszy naprzód o organizacyi lekarskiej w Anglii, przeszedł do nauczania lekarskiego w Londynie i do organizacyi szpitalów londyńskich, a w szczególności szpitala *Gaja* (*Guy's Hosp*): przytaczając co do tych przedmiotów mało u nas znane szczegóły, następnie mówił o śmiertelności przy operacyach chirurgicznych, której stosunek daleko mniejszy jest w szpitalach londyńskich niż w naszych (np. po wszelkich amputacyach śmiertelność w Londynie jest *dwa razy* mniejsza). Tę wyższość szpitali angielskich przypisują znawcy lepszym higienicznym warunkom tych szpitali, P. *Topinard* zaś lepszej higienie sal, użyciu środków wewnętrznych wzmacniających i pobudzających i zanieczaniu użycia skubanki.

Co do higieny sal, zasługują na uwagę łóżka bez firanek, nie tak gęsto obok siebie położone jak w szpitalach francuzkich,— sale oddzielne dla operowanych lub mających róże i. t. p., wietrzenie sal za pomocą kominków, na których nieustannie ogień się pali, sale oddzielne w których konwalescenci dzień spędzają, umywalnie na każdym piętrze, wychodki wzorowej czystości i liczna posługa.

Co do środków wzmacniających i pobudzających godna jest wzmianki pożywna dyeta, którą Anglicy w szpitalach hojnie szafują, szczególnie zaś względem operowanych, nadto porter, piwo angielskie i wódka, których też nieoszczędzą w oddziałach chirurgicznych.

Opatrunek ran w szpitalach angielskich odznacza się swoją prostotą: oto jedyne jego części składowe, z zupełnem usunięciem zwykłej skubanki, wszelkich maści, tudzież licznych opasek, co wszystko ma tylko zwiększać ropienie.

1, *lint* czyli szarpie angielskie, t. j. tkanina lniana lub konopna, umyślnie na ten cel przysposobiana, po jednej stronie kosmata, napojona— 2, *woda* czysta lub zawierająca w roztworze środki ściągające i. t. p.;— 3, na to jaka materya lekka, wody nieprzepuszczająca (papier Dr. *Mac Ghie*).

Pierwszy opatrunek ran operacyjnych skutecznia się w Anglii zwykle dopiero w 5 lub 6 godzin po operacji.

P. *Korzeniowski* co do tego ostatniego punktu objaśnił, iż w ten sposób ma być daleko łatwiej tamować następne krwotoki, rana się nie rozgrzewa, krew nie przeskadza bezpośrednio złączeniu i szczelne zbliżenie brzegów rany ma być ułatwione. Téjto okoliczności Anglicy w części przypisują daleko częściej u nich, niż na stałym lądzie zdarzające się zagajanie ran *per primam intentionem*. Kol. K. z własnego doświadczenia nie może nic wyrzec ani za, ani przeciw temu postępowaniu.

P. *Chwat* ze względów teoretycznych był zdania, że w wielkich ranach, gdy chory był chloroformowany, należy opatrywać zaraz po operacji.

P. *Gliszczyński* przypomniał, że Langenbek w Berlinie, który miewa nadzwyczaj pomyślne wypadki co do bezpośredniego spajania się ran operacyjnych (nawet po wyłuszczeniach stawów), brzegi rany zawsze łączy zaraz po operacji, sale zaś jego kliniki pod względem higienicznym nie przedstawiają nadzwyczaj korzystnych warunków.

P. *Korzeniowski* co do higieny sal w szpitalach angielskich, nadmienił jeszcze wielką czystość podłóg, które nie są ani pokostowane ani woskowane, a myją się dwa razy na tydzień.

Pod względem diety wspomniał, że Anglicy *zaraz po operacji* dają pożywne pokarmy i środki pobudzające i temu po części przypisują pomyślne w swych szpitalach wypadki. Kol. K. z doświadczenia w szpitalu Dz. Jezus skłania się do tegoż postępowania.

P. *Natanson* w związku z tą ostatnią kwestyą rzucił pytanie, czyli powszechnie przyjęte trzymanie położnic na ścisłej diecie (w pierwszych dwóch dniach na samym rumianku, następnie do 4go lub 5go na kleiku) jest rzeczą niezbędną? Kol. Nat: w tej mierze trzymał się tej zasady, że gdzie poród był normalny, gdzie nie było stanu gastrycznego, daje położnicom pokarmy pożywne, byle dobrze strawne i byle nie w zbytnej ilości, nie widząc z tego złych następstw; owszem w ten sposób dobrze karmione położnice mogłyby być już 4go lub 5go dnia po porodzie wstać, i rzadko u nich powstawała gorączka pokarmowa.

P. *Gliszczyński* z doświadczenia swego się przekonał, że wszędzie gdzie położnicom dawano posilne pokarmy, powstało silne zamulenie żołądka, albo w gorszych razach metroperitonitis lub peritonitis. I nic w tem dziwnego jeżeli weźmiemy pod uwagę, jak dalece utrudnione jest u położnic krążenie w trzewiach brzusznych przez zapełnienie

ich masą kału; tudzież, że stan położnicy da się porównać ze stanem człowieka po wielkiej operacji chirurgicznej.

Co się tyczy możliwości wstania z łóżka, to się zdarza, że i położnice trzymane na ścisłej dyecie chcą wstać już 3go dnia albo i wcześniej, nie idzie jednak za tem, iżby takiemu żądaniu należało zadość uczynić.

Wcześniej apetyt ów zjawiający się czasem u położnic 1go, 2go lub 3go dnia po porodzie, jest tylko zwodniczy, 5go i 6go już jest mniejszy a język bywa już obłożony.

P. *Luczkiewicz*, uważając poród za akt fizyologiczny był zdania, że położnice można dobrze żywić jeśli poród odbył się prawidłowo, jeśli osoba jest zdrowa i jeśli przewód pokarmowy oczyszczony jest z kału.

P. *Bączewicz* przemawiał za potrzebą szczegółowych wskazań.

Kobiety wiotkie, blade, blondynki, z bladym językiem można dobrze karmić; przeciwnie u kobiet silnych, pletorycznych, brunetek, nawet przy czystym języku sam już rosół wywołuje dreszcze i obawę gorączki mlecznej. Kładł też kol. B. przycisk na to, że każdy poród jest procesem traumatycznym.

P. *Natanson* zgadzając się na to, iż trzeba indywidualizować, sądził, że wskazania dadzą się głównie wyciągnąć ze stanu narzędzi trawienia. Ze zdziwieniem usłyszał słowa kolegi Gliszczyńskiego, iż we wszystkich wypadkach gdzie położnica była dobrze karmioną, powstawało zamulenie żołądka lub peritonitis. Dawni autorzy przeciwko dawaniu pożywnych pokarmów położnicom wcześniej po porodzie, przytaczali ten wyrozumowany argument, że organizm położnicy musi się przyzwyczaić do pletory, który się w ciągu ciąży wywiązał, powód ten jednak upada, gdy zważymy utraty, na jakie właśnie przy tej sprawie kobieta jest wystawiona przez krwotoki, różne upływy i. t. p.

P. *Bącewicz* z przeczności praktycznej radzi unikać postępowania zalecanego przez kolegę *Natansona*, bo niedawanie pożywnych pokarmów nie zaszkodzi, przeciwnie zaś gorączkę połogową powstałą z innych przyczyn łatwo ktoś będzie mógł przypisać pożywnemu karmieniu.

P. *Helbich* nie widział nigdy u położnic apetytu w pierwszych dniach po porodzie.

P. *Korzeniowski* przemawiał za pożywną dyetą, obłożenie zaś języka u położnic trzymany na ścisłej dyecie powstające 5go lub 6go dnia, przypisywał drażnieniu błony śluzowej żołądka próżnego przez nagromadzający się sok żołądkowy.

P. *Gliszczyński* tłumaczenie to uważał jako wyszukane.

P. *Natanson*, uogólniając kwestyę wspomniał, że podobne wątpliwości co do odżywiania chorych w stanach traumatycznych, w tyfusie i. t. d. w ostatnich czasach rozstrzygano skłaniając się bardziej do pożywnego karmienia.

P. *Łuczkiwicz* upatrywał w tém właśnie wpływ panującej obecnie zasady terapeutycznej w przeciwieństwie do poprzedzającego okresu historii medycyny—a zdanie swe co do toczącej się właśnie kwestyi tak sformował, że w pierwszych dniach połogu osoby silne *mogą* być na ścisłej dyecie, osoby zaś wiotkie *muszą* być dobrze żywione.

W końcu posiedzenia Towarzystwo w potrzebnym komplecie zebrane, przystąpiło do głosowania, skutkiem którego Prof. *Tyrchowski* jednomyślnie obrany został na członka czynnego Towarzystwa.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

DO

*Szanownych P. T. Lekarzy praktykujących w kraju
Królestwa Polskiego.*

Liczne i częstokroć bardzo ciężkie uszkodzenia ciała, wydarzające się u osób zatrudnionych przy maszynach rolniczych i gospodarskich, dały powód Towarzystwu Lekarskiemu do troskliwego zajęcia się tym przedmiotem pod względem profilaktycznym, w zamiarze usunięcia— o ile to zakres działania Towarzystwa pozwoli—szkodliwie tu działających warunków i zapobieżenia tym sposobem nader smutnym następstwom, tak dla robotników jako i właścicieli ziemskich, z nadmienionych obrażeń wynikającym.

Towarzystwo Lekarskie, powodowane mnożącą się coraz bardziej liczbą wypadków, czując nagłą potrzebę bezwłocznego działania, wyznaczyło z łona swego osobny komitet z poleceniem, aby komitet ten, po starannem zbadaniu wydarzonych dotąd przykładów uszkodzenia powstałego *bezpośrednio w skutek i przy użyciu maszyn* rolniczych i gospodarskich, obmyślił środki, przy pomocy których zdołanoby uniknąć nadal tak częstego powtarzania się rzeczonych nieszczęść.

Zebrany w dniu 10 Maja b. r. na pierwsze posiedzenie Komitet postanowił przedewszystkiem, dla zgromadzenia jak największej liczby danych statystycznych, poprosić naj-

uprzejmiej wszystkich kolegów w kraju Królestwa Pols. praktykujących (i których wezwanie to dojdzie), aby w imię dobra ludzkości i nauki, raczyli pomocą swoją wesprzeć Towarzystwo w wykonaniu zamierzonego celu.

Pomoc Szanownych Kolegów zamieszkałych na prowincyi będzie w tym względzie tem potrzebniejszą i korzystniejszą, ile że oni właściwie mają najwięcej sposobności widzenia i leczenia chorych tego rodzaju i najbardziej uczuwać muszą potrzebę zaradzenia pomienionemu złemu.

Jmieniem Towarzystwa lek. uprasza przeto komitet Szanownych kolegów, aby byli łaskawi nadesłać jak najrychlej, wykaz wszystkich od początku 1861 r. obserwowanych przez siebie wypadków uszkodzenia w mowie będącego, z oznaczeniem: *rodzaju obrażenia, maszyny i części tejże przy której się ono wydarzyło, niemniej wieku i płci chorego, w końcu przyczyny oraz rodzaju czynności, która na uszkodzenie wpłynęła—i zakończenia choroby.*

Komitet ufny w dobrą wolę Szanow. kolegów i szczera chęć niesienia pomocy bliźnim pracującym przy machinach, których użycie tak ważne w kraju naszym przeważnie rolniczym, z każdym dniem mnożyć się i rozpowszechniać musi, żywi niepłonną nadzieję, że Szanowni koledzy prosbie tej *niezwłocznie zadosyć uczynić zechcą.*

Wymagane doniesienia nadsyłane być mają: do Sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego Dr. Szokalskiego

Dr. *Kulesza* Prezes Tow. lek. Warsz.

Dr. *Szokalski* Sekretarz stały T. l.

W Y J A Ś N I E N I E.

Doktor Neugebauer zamieścił w poszycie 2im Pamiętnika Lekarskiego opisanie: „przypadku rozdarcia się śródkrocza u rodzącej dotkniętej zrostem warg sromnych i wystąpienia tą drogą płodu w sposób nadzwyczajny.”

Określając uszkodzenie Dr. N. podaje:

„że za opisanym mostem (zajmującym tył szpary sromowej) znajdowała się rana przenikająca całą grubość śródkrocza. Rana ta miała $2\frac{1}{4}$ cala długości a około 1 cala szerokości i rozciągała się od tylnego brzegu onego mostu, aż pod sam otwór stolcowy; ściany jej pokryte były zdrowymi granulacyami i w częściach ich najbardziej posuniętych ku przodowi położonych, znać już było początki zabliznienia. Kiszka odchodowa nie była obrażoną, a gdy, jak to już z anamnezy wynika, także i tylny brzeg mostu łączącego wargi sromne większe sam był od obrażenia wolny, przeto więc u osoby tej istniejące rozdarcie dotyczyło samego tylko śródkrocza.” Dr. N. widział chorą w trzy tygodnie po porodzie.

Wyżej jeszcze Dr. N. opisując proces porodu podany mu przez akuszerkę Kujan, którą nazywa kobietą doświadczoną, przytacza w drobiazgowym opisanii przez nią tego zajścia, że: *główka okazała się w szparze sromowej?*”

Nareszcie na str. 71, z podług udzielonych wiadomości przez podpisanego, „znać było na tylny części czaszki

(dziecka) silno rozwinięte ciemno-sine przedgłowie od bledszej reszty powierzchni głowy kulistą linią ostro ograniczone." Dalej zaś „pępkowina miała około 20 cali długości, i łożysko stosunkowo wielkie nie przeustawiało nic nadzwyczajnego."

Co do mnie, zapytany byłem w prawdzie przez Dr. N. czy przedgłowie u dziecka było wyraźne, ale odpowiedziałem, że tego dobrze nie pamiętam lecz że dostarczę mu wypis z protokołu czynności sądowo-lekarskiej, którą dopełniłem i że doręczą go na najbliższym posiedzeniu Towarzystwa. Stawiłem się, lecz Lr. N. nie było, a widząc że uczony kolega użył mego nazwiska i przytacza fakta o których mu bynajmniej nie wspominałem, jestem w konieczności wystąpić z objaśnieniem, które wpłynie zapewne na zapatrywanie się na wypadek ten, czytających kolegów i samego Dr. N:

Dnia 30 Października r. z a zatem w 48 godzin po porodzie, dopełniłem czynność sądowo lekarską w asystencji Członków Sądu Policyi Prostej Wydziału IIgo w celu wykrycia śmierci dziecka Matyldy S, ponieważ kobieta ta powiła dziecię w nieślubnym związku.

Rzuciwszy kilka pytań a mianowicie: czy ciążę taila, jacy byli świadkowie przy porodzie, udałem się do miejsca gdzie zwłoki dziecka były złożone, i w ówczas zapytałem się akuszerki, użytej do rekognicyi zwłok, jaki właściwie był poród. Na to mi odpowiedziała Kujan: że od lat 20 czy 30 praktykuje, a takiego jeszcze porodu nie widziała, bo dziecię *stanęło do porodu główką a przyszło na świat nóżkami*. Nie mało zdziwiony podobną odpowiedzią zapytałem się akuszerki, czy położnicz się nie uszkodziła? Nie, odrzekła, zdrowa jest jakies Pan widział.

Ponieważ właśnie tego nie widziałem, wróciłem po obejrzeniu płodu do położnicy, która na moje zapytanie oświadczyła, że ją krok boli. Obejrzałem części zewnę-

trzne, lecz ku wielkiemu memu zadziwieniu, wargi większe były blade, wcale nie obrzękłe i otwór sromowy prawie suchy; na zapytanie, gdzie właściwie bólu doznaje położnica wzniosła nogę i ukazała mi międzykrocze. Dostrzegłem w ówczas, wypadnięcie kiszki stolcowej i rozdarcie całego prawie międzykrocza. Pokazałem to uszkodzenie akuszerce wyrażając jej oburzenie moje że tego nie widziała, czém się tyle przeraziła, że opuściła naczynie z oliwą, które w ręku trzymała.

Do protokołu śledczego podyktowałem między innemi. „Lekarz obducent znalazł płód podług cech wykształcenia zewnętrznych rozmiarów i wagi donoszonym i dojrzałym, skóra na ciele mocno blada, twarz nieco odęta, sznurek pępkowy na 3 cale odcięty i przewiązany. *Na głowie właściwego przyglówka nie było*, skóra jednak wierzchnia czaszki dość zarumieniona, cech zewnętrznych gwałtu na skórze nie dostrzeżono”—i dalej: przy obejrzeniu położnicy dostrzeżono, że organa płciowe otworu zewnętrznego pochwy ani są zapuchnięte ani przedstawiają ślady odpływu pógowęgu, natomiast całe prawie międzykrocze jest rozdarte i obrzęknięte, część kiszki odchodowej wypadła i zawalana odchodem ropiastym.”

Tyle z protokołu śledczego skopiowane miałem do dyspozycji kolegi Dr. N.

Nie miałem z sobą jak tylko sondę z instrumentów sekcyjnych której do śledzenia użyć nie mogłem, a ponieważ oliwa rozlała na się podłozde przeto i palcem głębszego uszkodzenia śledzić nie mogłem, a działo się to przy okopach. Dodaję, że kiszka odchodowa wypadła na 4 cale a rozdarcie, którego brzegi przylegały do siebie, nie dochodzące warg sromnych całą resztę śródkrocza zajmowało, rozdzielając otwór stolcowy.

Poleciałem obmyć biedną kobietę i przyłożyć do rany i kiszki odkłady z zimną wodą. Napisałem ka rteczkę do ko-

legi Gliszczyńskiego, prosząc aby polecił wysłać z Dzieciątka Jezus noszy po pacjentkę i poleciłem Urzędnikowi Policyjnemu, aby dopilnował przeniesienia chorój do szpitala; w parę dni dowiedziałem się od Dr. Gliszczyńskiego, że chorój téj niema w szpitalu, a Policya zawiadomiła mnie, że pacjentka ma sobie zapewnioną pomoc w domu.

Ponieważ byłem pierwszym lekarzem na miejscu, P. Studencki mógł widzieć chorą już po mnie, dziecka, które tego samego dnia pochowane zostało, widzieć nie mógł.

Całe opisanie porodu przez akuszerkę Kujan jest zmyślone, nic mi z tego nie mówiła badana w Sądzie daleko później (niepamiętam daty), lecz akta dadzą się odszukać, dała w prawdzie obszerny już przygotowany opis porodu, lecz zupełnie odmienny od tego, który opowiedziała Dr. N.

Mogę najsolenniejsz zapewnić, że akuszerka mi oświadczyła, iż dziecię „*stanęło do porodu główką*” wiemy co to znaczy. Czuć główkę w miednicy i widzieć ją w otworze sromnym, są to rzeczy bardzo od siebie różne. Cały opis przejścia dziecka przez śródkrocze jest zmyślonym, bo akuszerka dowiedziała się o rozdarciu, gdy jój przezemnie pokazaném zostało.

Po takiém objaśnieniu sądzę, że opinja Dr N. co do drogi i sposobu jaki Szanowny kolega nakreślił dla wyjścia dziecka w tym wypadku samowolnegó wyklucia, znacznie się zmieni, i że straciwszy podstawę, a mianowicie mając zupełnie kłamliwy opis Kujanowój zgodzi się, że akuszerka prawdopodobnie wzięła pośladki za główkę, co się nie jednéj już akuszerce przytrafiło.

Dowodu na to, że dziecię stanęło do porodu główką nie ma, gdyż Dr. N. nie ma na czém udowodnić, że: „na tylnej części czaszki znać było silne rozwinięte ciemno-sine przedgłowie od bledszej reszty powierzchni głowy, kolistą linią ostro ograniczone.” W protokóle sekcyjnym stanowiącym akt za prawdę którego z urzędu odpowiadam nic podo-

bnego nie w ymieniłem, a protokół ten po przeczytaniu akuszerka podpisała.

Dopiero po mojem odejściu akuszerka Kujan przestraszona szukała pomocy u kilku jak wiem lekarzy, gdyby w przód podejrywała uszkodzenie nie byłaby przeszło dwa dni czekała. To wszystko niech będzie dowodem dla kolegi N. że opowiadanie akuszerki zastosowało się do pytań Jego, i że przez nią w ten sposób w błąd wprowadzony został, który jako niczém nie poparty, nie może służyć ani za podstawę ani za wątek do opisanja domniemanego przebiegu porodu.

w Warszawie dnia 29 Maja 1862 r.

Dr. Morgenstern.

SPROSTOWANIE. Do zamieszczonego w poszycie Lutowym doniesienia o Traumaticynie, przytaczamy następujące wyjaśnienie przesłane Redakcyi:

....., „Roztwór guttaperki w chloroformie, nazwany niewiem przez kogo traumaticinem, jest rzeczą dosyć już dawno znaną i używaną; szczególnie przez chirurgów niemieckich. Płyn, który koledze miałem sposobność pokazywać jest właśnie owym traumaticinem, *zmienionym* tylko przez dodanie do niego eteru siarczanego, przezco tym się staje trocha lepszy, że rozlany na powierzchni dwa razy krótszego potrzebuje czasu do stężenia—co jest bardzo ważną zaletą takiego środka. Płyn ten użytecznym się okazał przy tamowaniu niewielkich krwotoków, ja go jeszcze zastosowałem jako środek ściągający w orchitis, po przejściu perjodu ostrego, dla zmniejszenia objętości jądra. Worek jądrowy starannie ogolony, pokrywa się kilkakrotnie warstwami traumaticinu, które tężejąc następnie, tworzą rodzaj suspensorium elastycznego, wywierającego nacisk na obrzmiałe jądro. W dwóch wypadkach, gdzie używałem w ten sposób tego środka, otrzymałem bardzo dobry rezultat, co mnie zachęca do dalszych prób tego rodzaju. W ostatnich czasach, podług mego wskazania, przygotowano w Aptéce Dzieciątka Jezus, przez połączenie ekstraktu eterycznego kantaryd z traumaticinem, wezykatoryą elastyczną. Jest to płyn zielonawy, z zapachem eteryczno-kantarydowym, posmarowany na powierzchni ciała bardzo prędko tężeje, tworząc błonkę elastyczną, która dobrze do ciała przylega i naciąga pęcherz bardzo

równy. Po przecięciu pęcherzyka błonkę tę można łatwo oddzielić od naskórka; zostawiona na dłuższy czas, będzie działać jako środek utrzymujący supurację. Osoby, które te wezykatoryę mieli sobie za aplikowaną utrzymują, że daleko mniejszy ból sprawia niż wezykatorya zwyczajna.”

Dr. Karwowski.

SPOSTRZEŻENIA LEKARSKIE zbierane w Szpitalu Willanowskim.

*Zmiażdżenie kończyny dolnej, po odjęciu szczękocisk,
zapalenie stawu kolanowego, później ropnica,
wyzdrowienie.*

Czytane na posiedzeniu Tow. Lekar. d. 1 Kwiet. 1862 r.
przez Dr. Sciborowskiego.

Rutkowski Leopold, fernal z folwarku Palucha należącego do Służewca, lat 31 liczący, żonaty, miernej budowy ciała, włosów ciemnopłowych, oczu siwych; pracując dnia 19 Listopada 1861 r. przy sieczkarni, gdy się odwrócił pochwyconym został za kożuch pomiędzy walce, a przy usiłowaniu powstania wsunął tamże i nogę prawą, która pochwycona, w jednej prawie chwili uległa zmiżdżeniu, na kilka cali powyżej zgięcia stopowego. Obecni temu przypadkowi schwycili biedaka i wydobyli, a po jakim takim obwirnięciu kończyny poszarpanej (w celu zatamowania mocnego krwotoku, jaki miał miejsce) położyli na wóz i przywieźli do Szpitala w Willanowie, gdzie przybył w półtorej godziny po przypadku.

Po odjęciu szmat płóciennych nogę obwijających, pokazało się zupełne prawie rozdzielenie goleni prawej na dwie części nierówne. Na dwa cale powyżej kostki skóra była równo jakby rozciętą, inne części miękkie potargane tak dalece, że dolna część kończyny trzymała się zaledwie na kilku ściągaczach mięśniowych, kości w niej były pogruchotane i kilka kawałków sam chory wydobyl; z górnej zaś części sterczały na dwa cale obnażone obie kości goleni, pozbawione dolnych swych końców. Krwotok z rany mocny; wyżej nie widać żadnego obrażenia, ogólny stan chorego dobry.

Przy tak znaczném zranieniu i krwotoku wyniszczającym siły chorego, nie było chwili czasu do stracenia; przygotowawszy zatem potrzebne narzędzia przystąpiłem do wykonania amputacyi; chorego ubezpieczono za pomocą chloroformu (co w krótkim czasie dało się uskutecznić), a następnie kończyna zmiażdżona odjętą została na kilka cali poniżej kolana cięciem płatowém, jednoczasowo przecinającóm na raz wszystkie części miękkie, płat utworzono z mięśni łydkę składających. Po odjęciu podwiązano trzy większe naczynia krwawiące, a płat przytwierdzono za pomocą trzech szwów węzłkowych; trzon pozostały opatrzono stosowną opaską i polecono robić zimne okłady. Chory w krótce powrócił do czucia i przytomności, podczas operacyi bólu nie czuł wcale, a pokrzepiwszy siły podaniem wina z wodą, przepisano do wewnątrz mieszankę chłodzącą z kwasem fosforowym i sokiem malinowym.

W 12 godzin po operacyi zaprzestano okładać wodą zimną, lecz opatrzono ranę cienkim pokładem świeżej waty; w nocy chory spał nieco, nie czuł wielkiego bólu, krwotoku z rany wcale nie było.

Przez dzień następny opatrzenia nie zmieniano, chory miał się dobrze, tętno uderzało 96 razy na minutę, a dnia 21 Listopada podniosło się do 106 uderzeń, ból w kończynie nie wielki, twarz blada. Dnia 21 wieczorem ropa zaczęła się pokazywać przez opatrzenie, które zaraz zmieniono; do wewnątrz obok mieszanki kwaśnej zapisano siarczan chininy po granie, rano i wieczorem.

Dnia 22 rana zaczęła się pokrywać narostami mięsnymi, trzon pozostały nabrzmał, naczynia krwiste przez skórę stały się widocznymi, skóra na twarzy i całym ciele blada nieco żółtawa. Chory skarżył się na dokuczliwy ból w ranie, który mu przez całą noc ani oka zmrużyć nie dozwolił, oraz na dreszcze. Tętno 100, mieszankę kwaśną zamieniono na odwar kory chinowej z kwasem, dieta pożywna: rosół, mléko, jaja na miękko, chininę pozostawiono i ranę polecono przestrzykać odwarem kory chinowej z wymokiem *myrry*.

Przez następne dni 10, polepszał się zwolna stan chorego, rana przy staranném opatrywaniu czysto wyglądała, płat który ją pokrywał przytwierdzony poprzednio szwami przyrósł zwłaszcza od strony zewnętrznej. Kończyna skłęsa, ból ustąpił, podwiązki naczyniowe odpadły w dniach 28 i 29 Listopada, środki leczenia też same były zadawane jakie wyżej wymieniliśmy, wyjąwszy, że w razie bezsenności w porze nocnej zadawano po $\frac{1}{12}$ gr. octanu morfiny, który sprawiał skutek pożądaný; a gdy w dniu 25 Listopada, powstała biegunka, przez trzy dni do odwaru kory chinowej dodawano makowca; dłuższe użycie tego środka, nie było potrzebném, gdyż biegunka ustała.

Stan chorego dobry ciągle się utrzymywał, rana oczyściła się zupełnie, bujne narosty mięsne ją pokrywały, gdy niespodziewanie dnia 4 Grudnia bez żadnego wiadomego powodu wystąpił szczękoscisk (*Trismus*). Chory zaczął narzekać, że ust nie może otwierać, badanie wykazało, że zęby zaledwie na 4 linie można było od siebie oddalić, mięśnie policzków ściągnięte kurczowo, mięśnie karku i grzbietu w stanie zupełnie prawidłowym, ruch tych części wcale nie ograniczony.

Przez dwa dni pierwsze (4 i 5 Grudnia) zadawano makowiec w proszkach zawierających po jednym granie trzy razy na dzień, policzki kilkakrotnie nacierano chloroformem, ale gdy to wcale nie pomagało, dnia 6 Grudnia zapisano strychninę w pigułkach, podług następującego przepisu: *Strychnini nitrici granum Extr. liquiritiae semidrachmam. Pulv. rad. glycyrrhizae qs. ut. f. massa pil. ex qua form. pilulae XX. pulv. rad. Glycyrrh. consp.* pigułki te zadawano trzy razy na dzień po jednej.

Gdy ulga wcale nie następowała, dnia 8 Grudnia postanowiłem zachloroformować chorego, co wkrótkim czasie dało się wykonać; podczas odurzenia mięśnie zwolniały, szczeka dolna z łatwością dawała się odciągnąć, ale gdy odurzenie przeszło, kurcz jeszcze silniejszy nastąpił i szczęki tak mocno się zwały, że gdy przedtem drobne cząstki pokarmów stałych, można było do ust wprowadzać, teraz musiano się ograniczyć na zadawaniu pokarmów płynnych, które przez wązki ustęp pomiędzy zębami chorego można było wlewać. Od d. 8 do 13 Grudnia zadawano pigułki strychninowe po trzy na dzień dodając do każdej grano makowca, ale i to nic nie pomagało.

Od dnia 12 do 14 Grudnia, nie było wcale wypróżnienia stolcowego; obok szczękoscisku i tężec w mię-

śniach karku zaczął powstawać. Dnia 14 zadano proszek złożony z 6 gran dwuchlorku rtęci i skrupułu jalapy, podzielony na trzy części, a gdy ten wypróżnił należycie trzewia chorego, następnego dnia zaczęto zadawać do wewnątrz chloroform kroplami na cukrze, poczynając od 5 kropli trzy razy na dzień i postępując do 8; po każdym zażyciu chloroformu dawano do popicia klejkowaty odwar ślazu lub siemienia lnianego. Od dnia 15 do 19 Grudnia, wyżył chory 102 kropli chloroformu; już dnia 16 mógł usta nieco lepiej otworzyć, a do 19 szczękoscisk ustąpił w zupełności.

Zajmując się szczękosciskiem spuściliśmy z uwagi kończyne cierpiącą, do której obecnie wrócić nam wypada. Równocześnie z powstaniem szczękoscisku rana nabrała barwy sinoczerwonawej, która d. 9 Grudnia stała się jeszcze wydatniejszą; bujne przedtém narosty mięsne stały się wietkami, flakowatemi, do zwykłego zatem opatrzenia dodano przestrzykanie rozczynem chlorku wapna.

Dnia 8 Grudnia powyżej kolana, z obu stron zaczęły się robić ropnie; które do dnia 11 znacznie wygórowały i stały się miękkie, a otwarte wydały znaczną ilość ropy czystej nieco z krwią zmieszanej.

Dnia 11 Grudnia chory dostał kaszlu, przeciw któremu nie mogąc i nie chcąc zadawać środków do wewnątrz, ograniczono się na smarowaniu przedniej powierzchni klatki piersiowej maścią z winnika wymionego z dodatkiem olejku krotonowego.

Od dnia 16 Grudnia rana zaczęła się oczyszczać i nabrała lepszego pozoru, zaprzestano zatem używać chlorku wapna, ograniczając się na przestrzykiwaniu naparem rumianku, a następnie odwarem kory chinowej. Dnia 18 Grudnia, chory dostał mocnego strzykania

w ranie, które po kilkakrotném nasmarowaniu części powyżej leżących maścią z dodatkiem makowca zginęło. Po ustąpieniu szczekościsku, gdy kaszel jeszcze miał miejsce, zadawano z rana i wieczorem po $\frac{1}{6}$ grana octanu morfiny.

Około d. 20 Grudnia, poprawił się znacznie stan chorego, który zaczął lepiej wyglądać, usta mógł dobrze otwierać, apetyt się podniósł, wypróżnienia były prawidłowe, gdy dnia 22 Grudnia poczuł mocny ból w kolanie kończyny cierpiącej, które zaczęło mocno nabrzmiwać i ciepło jego się podwyższyło. Gdy przez dwa dni następne ból i inne objawy nie ustawały, przystawiono na kolano 8 baniek ciętych, a następnie ciepło okładać polecono; przez otworki przed 10 dniami porobione w celu otwarcia ropni, ropa ciągle lubo w niewielkiej ilości odpływała. Od dnia 28 kolano zaczęło kłęsnąć, ale po stronie zewnętrznej czuć było wyraźne chęłbotanie (*fluctuatio*) wskazujące obecność ropy. Niechcąc przecinać nowego otworu, który do stawu mógł bezpośrednio prowadzić, na całe kolano poleciłem założyć opatrzenie uciskające sposobem *Beyntona* z pasków plastra lepkiego, pod którym obrzmienie zwołna ginęło, a ropa wydobywała się ku górze przez otworek po nad kolanem dawniej zrobiony; rana czysto wyglądała pokrywając się bujnemi narostami.

Stan chorego ciągle się polepszał, około Nowego Roku 1862 miał dobry apetyt, tętno wolne jednostajne, obrzmienie kolana bardzo małe, z otworków nie wiele ropy się dobywało.

Ze względu na znakomitą utratę krwi jaką chory poniósł, a która pociągnęła za sobą niedokrwistość, obok obfitych pokarmów pożywnych, zaczęto zadawać chore-

mu proszki złożone z chininy i żelaza, podług następującego przepisu: *Rp. Sulph. chinini sémidrachmam, Ferri carbonici drachmam Pulv. Cassiae scrup. duos Sacch. drach: duas, mf pulv. in XXX. ptes aeq. div.* D. S. rano i wieczorem po jednym. Ranę starannie opatrywano, kolano ściskano paskami plastra lepkiego.

Dnia 3 Stycznia, chorego znów poczuł lekkie strzykania w kolanie, które posmarowawszy wymokiem jodowym, a w dwa dni później mocnym roztworem saletranu srebra (drachma na pół uncji płynu) watą opatrywano.

Dnia 7 Stycznia, gdy ból jeszcze czuć się dawał, przystawiono na kolano 4 bańki cięte, i opatrzone jak przedtém. Zatoki do sześciu cali głębokie idące pomiędzy mięśniami uda od otworów powstałych z przecięcia ropni, sączące znów obficie ropę, przestrzykiwano rozcieńczonym wymokiem jodowym; całe udo opatrzone opaskami uciskającymi.

Dnia 12 Stycznia, otworki rozszerzono i polecono codziennie przestrzykiwać roztworem saletranu srebra (dwa grana na uncję płynu).

W nocy z dnia 13 na 14 Stycznia, chorego dostał dreszczów, tętno podniosło się do 120 uderzeń na minutę, skóra cała a zwłaszcza na twarzy i spojówka oka nabrały barwy żółtej, chorego podupadł mocno na siłach i apetyt utracił.

Rana po amputacji, która już prawie zupełnie była zabliźnioną nagle się otworzyła. narosty mięsne które ją pokrywały stały się blademi, wielkimi prawie przezroczystawemi, gdzie niegdzie barwa sinawa się pojawiła, z otworków dobywała się ropa rzadka, szarawa; słowem mieliśmy przed sobą ropnicę (*pyaemia*). Zaprzestano

dawać żelazo, lecz wrócono do odwaru kory chinowój z kwasem; chininę po trzy grana rano i wieczorem zadawano, pokarmy pożywne, za napój piwo bawarskie w niewielkiej ilości. Ranę zaczęto na nowo opatrywać mocnym roztworem chlorku wapna, a następnie odwarem kory chinowój. Przez trzy dni następne z rany wiele ropy odpływało, chory ciągle gorączkował; wielkie flakowate brodawki mięsne przytrawiano saletranem srebra. Dreszcze codziennie kilkakrotnie się powtarzały; dnia 17 Stycznia puściła się krew z nosa.

Od dnia 18 Stycznia, obok odwaru kory chinowój, do proszków złożonych z chininy i cukru dodano znów żelazo (po 6 gran chininy i 4 gr. węglanu żelaza na dobę); stan chorego z wolna się polepszał lubo dnia 26 Stycznia dawny ból w kolanie i strzykanie z obrzmieniem wróciły po raz trzeci, lecz po przystawieniu 6 baniek ciętych i okładaniu kolana przyparkami ustąpiły.

Dnia 31 Stycznia, zatokę jedną powyżej kolana głęboko sięgającą rozcięto w części, co u chorego nadzwyczaj drażliwego wywołało napad drgawkowy do padaczki podobny. Rany i zatoki przestrzykiwano lekkim roztworem saletranu srebra, na kolano zakładano opatrzenie uciskające.

Od początku miesiąca Lutego, stan chorego stale się już poprawiał, rany oczyściwszy zaczęły się goić, kolano wykłęśło i bólu w niem nie czuł żadnego; ropy coraz mniej odchodziło, a przy dobrym apetycie, pokarmach obfitych i pożywnych, oraz ciągłym zadawaniu chininy z żelazem siły chorego się wzmagaly, ciała zaczęła nabierać i lepiej wyglądać.

W pierwszych dniach Marca, czuł się prawie zupełnie dobrze, do zabliznienia nie wiele brakowało.

Obecnie Rutkowski zdrów, silny, nabrawszy ciała większą połowę dnia chodzi na kulach, rana po amputacji zupełnie się zablizniła, a otworki po ropniach zaciągnięte, jeszcze tylko naskórkiem się nie pokryły; dnia 30 z. m. (onegdaj) opuścił szpital udając się do domu.

Opisawszy tak dziwny przebieg choroby, przez czas który chory przebył kilka cierpień, z których jedno dostatecznym było do pozbawienia go życia i jeżeli nie więcej to przynajmniej dwa razy był już na krawędzi grobu, a przecież ozdrowiał, wypada nam jeszcze zwrócić bliższą uwagę na niektóre okoliczności.

Zranienie było bardzo znaczne i połączone z nie-małą krwi utratą, jużto zaraz po przypadku już podczas odejmowania kończyny, lubo operacja dość szybko była wykonaną i nie wiele przy niej krwi upłynęło.

Okłady wodą zimną w 12 godzin zaprzestano robić, nato miejsce opatrzone watą; sposobu tego używano w klinice Krakowskiej, gdzie zmarły przed dwoma laty ś. p. mój professor Dr. Bierkowski nauczony doświadczeniem (w roku 1831 na polu bitwy) po każdym większym zranieniu, amputacji i t. d. okłady przez kilka godzin robione zastępował cienkim pokładem świeżo zgrempłowanej bawełny czyli waty rozdartej na grubość arkusza i powierzchnią kosmatą (nie klejoną) przyłożonej. Sposób ten lubo nie wszędzie znany i przez wielu z kolegów nieużywany, działa wybornie przeciw zapaleniu i używając sam lub widząc jego użycie w dwudziestu przeszło przypadkach, ani razu nie widziałem, aby złe skutki za sobą pociągnął, lecz zawsze celowi odpowiadał.

Ból w ranie, dreszcze, podniesienie tętna, przebijanie naczyń krwistych przez skórę, o jakich pod dniem 22 Listopada wspomnieliśmy, były to objawy właściwe gorączce przyrannéj (*Das Wundfieber*), która prawie przy każdym ważniejszym zranieniu następuje w owej porze, gdy w ranie ropa się zaczyna wydzielać. Dla zapobieżenia jéj wessaniu do krwi, a następnie powstaniu ropnicy zapisaliśmy siarczan chininy i odwar kory chinowéj z kwasem.

Ciekawem zjawiskiem u naszego chorego było wystąpienie szczękościsku, który bez żadnych poprzednich objawów powstał dnia 4 Grudnia. Tęzec i szczękościsk przyranny (*Trismus et Tetanus traumaticus*) zdarzają się niekiedy przy zranieniach nawet mało znaczących, ale albo podczas powstającego ropienia (jak zwykle po amputacjach) albo po zabliznieniu się rany. Tutaj szczękościsk wystąpił dopiero w 15 dni po zranieniu i amputacyi, bez żadnych poprzednich objawów, towarzyszyła mu tylko zmiana w stanie rany jak wyżej nadmieniono.

Ze środków leczniczych używaliśmy makowca, gdy ten niepomagał strychniny, jako środka najsilniej działającego na rdzeń przedłużony i pacierzowy będące siedliskiem podrażnienia działającego za pośrednictwem nerwów na mięśnie ściągające się kurczowo podczas tęzca i szczękościsku; później zadawałem oba te środki w połączeniu, ale bez skutku. Zachloroformowanie chorego wywarło swój skutek na mięśnie, ale tylko przemijający na czas ubezwolnienia; może być że działanie chloroformu skierowane zamiast na ośrodki nerwowe, bezpośrednio na kończynę cierpiącą, na trzon pozostały po odjęciu, byłoby lepiej skutkowało, lecz zastosowanie tego sposobu podówczas na myśl nam nie przyszło.

Gdy tak stan chorego przez pięć, sześć dni, a nawet dłużej zaczął się przeciągać bez znacznego pogorszenia, wstąpiła otucha, przypomniałem sobie bowiem zdanie naszego ojca Hipokratesa: „*qui a tetano corripiuntur, in quatuor diebus pereunt, si vero hoc effugerint sani fiunt*“ zdanie, które w obecnym przypadku zostało stwierdzone. Czego chloroform użyty do wdychania nie dokonał, to wywołało powolne zadawanie tego środka do wewnątrz w małych dawkach; już drugiego dnia chory mógł usta nieco lepiej otwierać, a w ciągu dni czterech szczękoscisk ustąpił w zupełności, po dwutygodniowym wytrzymaniu chorego.

Drugą połączką, a właściwie następstwem zranienia było powstanie ropni powyżej kolana na udzie, oraz zapalenie stawu kolanowego, które także osłabiło nadzieję ocalenia.

Powstanie wspomnianych objawów, sądząc, że należy przypisać wessaniu ropy, gdyż przy starannem położeniu kończyny, tak aby ropa z rany na zewnątrz wypływała, zaciekać nie mogła i ropnie powstałe nie należały do rzędu napływowych (*Abseesus per congestionem*) jakie przy zranieniu innych części wyżej położonych nieraz miejsce miewają. I te objawy przeszły szczęśliwie.

Chory zaczął się przybierać, odżywił się należycie, gdy z dnia 13 na 14 Stycznia powstałe objawy, jakie zwykle wywiązaniu się ropnicy (*pyaemia*) towarzyszą, zdawały się niweczyć wszelką nadzieję uratowania chorego i przepowiadać blizkie zakończenie śmiertelne, ale i to pokonały siły żywotne chorego wspierane pożywnymi pokarmami i lekami wzmacniającymi.

Zatoki wydzielające ropę wcześniej przecięte, może byłyby się rychlej goiły, ale bojąc się nowego krwotoku,

chciałem założyć rurki kauczukowe sposobem Chassaignaca (*drainage chirurgicale*), lecz chory bardzo drażliwy i zmęczony dwumiesięcznym już cierpieniem stanowczo sprzeciwiał się wszelkiemu użyciu ostrych narzędzi utrzymując, że więcej nie zniesie i kaleczyć się nie dozwoli. Użyliśmy przeto innych sposobów: wstrzykiwania płynów zdolnych podrażnić ściany zatok i wywołać lekkie zapalenie plastyczne jakimi były roztwór saletranu srebra, i rozcieńczony wymok jodowy. Skutek pożądaný uwieńczył nasze usiłowania, chory po kilkumiesięcznych cierpieniach przyszedł do zdrowia i sił dawnych, a lubo utracił kończynę, pozostały mu zdrowe ręce do roboty, która i dla kaleki kulawego chcącego pracować znaleźć się może, a dla nas opisany przypadek stanowi przyczynek do rzędu przykładów przekonywających, że i tam nawet, gdzie chory zdaje się straconym, gdzie wszelkie widoki ocalenia życia ustają, przecież nadziei tracić nie wypada, i że dobroczynna siła rody, siła żywotna jeżeli jój się tylko przeszkód nie stawia, lecz dopomaga odpowiedniemi postępowaniem, cudów nieraz dokazać może.

PRZYPADEK PASOŻYTÓW WODUNKOWYCH W WĄTROBIE

postrzegany na klinice Prof. Chałubińskiego,

opisany przez Kand. Ak. med. **Sommerera.**

Wywód choroby. Marcin Gołaszewski 60 lat wieku liczący, poprzednio gospodarz rolny, ostatecznie wyrobnik wiejski, przybywszy do kliniki terapeutycznej d. 1 Kwietnia 1862 r. oświadcza, że do roku 40 życia należytym cieszył się zdrowiem, w tym zaś roku przebywał zimnicę (trzeciackę), która po kilku tygodniach ustąpiła. W pół roku spostrzegł wysuwający się guz z pod dolnego brzegu prawej strony klatki piersiowej, zwiększający się stopniowo w kierunku dolnym i do środkowej linii ciała. Letnią porą nie doznawał ze strony tego guza żadnych dolegliwości, w zimie zaś odzywało się mniejsze lub większe uczucie tępego bólu, tamujące możliwość zajmowania się zwykłą ciężką fizyczną pracą. W ostatnich tygodniach owe uczucie bolesne wzrosło do stopnia nateżonego bólu, zmuszając chorego nareszcie udać się po pomoc lekarską do kliniki.

Stan obecny, przedstawia indywiduum wzrostu dobrego, budowy ciała prawidłowej, muskulatury dobrze rozwiniętej, lecz wychudłej; skóra jego nieco żółtawa, wilgotna, nie obrzmiała, włosy siwiejące, oczy piwne.

Klatka piersiowa nie jednakowo z obydwóch stron rozwinięta, albowiem dolna część prawego przedniego brzegu poczynając od końca mostku jest wygórowaną i w części zasuwa się na guzowatość bardzo wydatną pod brzegiem klatki. Odgłos pełny i jasny, pod prawym obojczykiem oddech mocniej zaostroszony, aniżeli w reszcie przedniej strony klatki z wyraźnym wydechem i wzmożoną nieco, a raczej głośniejszą rezonancją względem strony lewej.

Tępy odgłos serca w granicach prawidłowych, tony czyste jakby w oddaleniu, uderzeń serca trudno wysłuchiwać wzrokiem lub obmacaniem. Tętno 70, temperatura ciała w dołku podpachowym 37° C. Ważniejsze zmiany spotykamy przy badaniu fizykalnym okolicy wątroby. Granicę górną odgłosu tępego tego organu stanowi w linii środkowej górny brzeg 6^{go}, w pachowej 7^{go}, w łopatkowej 10^{go} żebra. Dolny brzeg daje się łatwo wysłuchiwać w skutek powiększenia i stwardnienia tego organu; rozciąga on się od 1/3 części wewnętrznej dolnego brzegu lewej strony klatki piersiowej, stąd opuszcza się pionowo na trzy palce poniżej linii poprzecznej przez pępek poprowadzonej, zwraca się ku stronie prawej dochodząc kolca przedniego górnego kości biodrowej, nareszcie gubi się w tępości okolicy lędźwiowej.

Taka jest granica zyskana przez obmacanie, absolutna zaś tępość co do kierunku odpowiada granicy zyskanej przez obmacanie przebiegając przeszło o jeden palec ku środkowi guzowatości. W skutek znacznego

powiększenia wątrobę okolica podżebrza prawa wygurowana, a najwydatniejsza guzowatość mieści się na trzy palce z prawej strony od linii środkowej, a na 4 palce poniżej dolnego brzegu klatki. Na przestrzeni koła o 3 calowej średnicy na szczycie guza, lekko rysuje się wypukłość jakby odcinek kuli, gdzie chępotanie jest najwyraźniejsze i rozciąga się stąd ku górze i zewnątrz. Przy obmacaniu, jak wspomniałem twardość ze strony prawej sięga bardzo nisko, a przy opukaniu spotykamy się z pewnym rodzajem właściwego *drżenia*.

Apetyt zawsze poprzednio dobry, obecnie nieco się zmniejszył, język lekko białym szluzem obłożony. Brzuch wzdęty znacznie, w jamie otrzewnej nie ma płynu. Trawienie odbywa się prawidłowo, oddawanie kału regularne.

Śledziona o dwa palce wyżej-sięgając daje zupełnie tępy odgłos; granicę dolną oznaczyć trudno z powodu wzdęcia brzucha. Mocz przezroczysty ciemno żółty, słabo kwaśny, wykazuje barwinki żółci, chlorków ilość normalną, z kwasem saletrowym po pewnym przeciągu czasu daje lekki zamęt (moczanów) C. g. 1021.

Rodzaj choroby. Zważywszy objawy zyskane przez badanie stanu poprzedniego i obecnego, należy wnosić o siedlisku głównej choroby w wątrobie; rozpatrując zaś bliżej nastęca się mniemanie o istnieniu pojedynczego gładkiego guza, napelnionego zawartością płynną, a z niektórych szczególnych objawów, prawdopodobnie przypuścić możemy obecność *torbiela z wodunkami* wątroby, umiejscowionego w części górnej trzewu, który zepchnięty został ku dołowi z zwróceniem powierzchni górnej ku przodowi, dolnej zaś ku tyłowi ścian brzucha. Powiększenie śledziony, o ile jesteśmy zdolni

takowe w danym wypadku ocenić przez opukanie, może być pozostałością po odbytej przed 20 laty zimnicy lub innych chorobach w tym organie zdarzyć się mogących podobnie jak w wątrobie. Powiększenie to nie dając objawów dla nas przystępnych, a choremu dokuczających, ginie w objawach głównej choroby.

Rozpoznanie. Co się tyczy rozróżnienia wymienionej choroby od innych z nią podobieństwo mających, wypada zastanowić się nad *ropniem, nowotworem rakowym, wodną puchliną pęcherzyka żółciowego, i tętniakiem*; wysięk zaś pleurytyczny, sądząc jedynie ze znaków fizycznych, stanowczo wykluczyć możemy.

Prawdopodobieństwo istnienia ropnia, jest mniejsze nizeli wodunek, albowiem ropień pierwotny, trwający przez tak długi przeciąg czasu, jaki trwa niniejsza choroba, wywołałby właściwe zapalne objawy dające się choremu uczuć w krótkim czasie.

Większa zachodzi trudność w rozpoznaniu, gdy ściana otaczająca torbę wodunkową wraz z okolicznymi częściami mięszu wątrobowego ulega zapaleniu ropiastemu, w takim razie mielibyśmy powikłanie ropnia z torbielą wodunkową, czemu znowu sprzeciwia się przebieg i obecny obraz choroby. Nareszcie wspomagając się statystycznymi obliczeniami przechylamy się bardziej naprzypuszczenie wodunek jak ropnia.

Wysuwalność całego dolnego brzegu wątroby, o czém wyżej wspomnieliśmy, brak wszelkiej wyniosłości w miejscu odpowiedniem pęcherzykowi żółciowemu, stosunki topograficzne anatomo - patologiczne, brak właściwych objawów ze strony ogólnej ustroju, pozwalają wykluczyć istnienie wodnej puchliny pęcherzyka żółciowego.

Postać, umiejscowienie, brak tętnienia i szmerów usuwają obecność tętniaka.

Wykluczenie nowotworu rakowego przedstawia więcej trudności. W prawdzie w raku spotykamy nierówności i brak fluktuacyi, lecz jakże rozróżnić chorobę tę tam, gdy zachodzi możność przypuszczenia raka miękkiego lub twardego z rozpoczętym rozpadem, gdzie także z chełbotaniem jak w naszym wypadku spotkać się możemy.

Dla sumiennego rozpoznania sięgnąć musimy po objaśnienie do stanu poprzedniego i porównać go z obecnym.

Otoż choroba trwa lat 19, postępuje bardzo wolno i bez dokuczliwych bólów, charłactwo (cachexia) dopiero teraz poczyna się uwydatniać, trawienie dotąd dobrze się odbywało, chełbotanie guza równego i gładkiego jest wyraźne, guz wydaje drzenie wodunkowe, gdy przeciwnie w raku, gdzie w skutek szybkiego rozwoju elementów składających nowotwór, ubywa części odżywczych z krwi, które posłużyć winny na odnowę tkanek fizyologicznych, w krótszym nierównie czasie podupada trawienie jak w niniejszym wypadku, chociażby nawet był rak włóknikowy potrzebujący więcej czasu do wytworzenia charłactwa niżeli rdzeniak, a mogący przedstawić chełbotanie w skutek rozpadania się części powierzchownych.

Do wykluczenia raka posłuży jeszcze brak upartego i dokuczliwego bólu. Z tego przeto, cośmy dotąd powiedzieli o przebiegu i objawach chorobowych wypadu, że istotę cierpienia naszego chorego, stanowić mogą wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, zbliżającego się do pewności klinicznej — tylko *wodunki wątroby*.

Rokowanie. Ponieważ objętość wątroby dosięgła już znacznego stopnia i zaczyna coraz więcej dokuczać choremu działając mechanicznie na sąsiednie narządy, charłactwo widocznie zaczyna się rozwijać, w skutek podkopywania czynności przyrządu trawienia i ubożenia krwi, zważając zarazem na niechybne następstwa odnośzące się do samego guza, stawimy rokowanie niepomyślne, gdyż o samodzielniém wyleczeniu ani pomyśleć niemożna, a wszelka terapeutyczna pomoc okazuje się w tych razach bezskuteczną.

Leczenie i przebieg. Główniém w leczeniu wskazaniem jest przede wszystkim wstrzymać wzrost pasożytów. Usiłowano osiągnąć cel zamierzony rozmaitemi środkami, które przeszedłszy do krwi mogłyby podziałać na mieszczące się w torbieli pasożyty. Zalecane w tym celu przez *Baumel'a* kalomel, przez *Läeneca* chlorek sodu, przez *Hawkinsa* jodek potassu, nie zdają się mieć racjonalnej podstawy i dla tego zastosowanie ich w podobnych wypadkach, żadnym pomyślnym skutkiem uwieńczone nie zostały. Podobny los spotkał zastosowanie zewnętrzne zimna.

Ponieważ choroba, chociaż powoli, ale zawsze z czasem do grobu prowadzi, doradzano działanie chirurgiczne, które niekiedy usuwa radykalnie chorobę lubo z drugiej strony nierzadko staje się przyczyną przyspieszenia śmierci.

Z tych powodów częstokroć zachodzi trudność w rozwiązaniu pytania, czy i kiedy do operacyi przystąpić należy?

Przedstawivszy sobie niebezpieczeństwo, na które przez operacyą chorego narażamy, któryby jeszcze pewien przeciąg czasu mógł cieszyć się życiem, a niekiedy

choć nader rzadko, doczekać się samodzielnego wyleczenia, niechętnie uciekamy się do tego środka.

Wszelako, kiedy zważymy objętość wodunek, długi czas trwania choroby, który niedopuszcza nadziei pomyślnego zakończenia tejże i wywieszające się charłactwo, uchylające warunki do szczęśliwego przeobrażenia torbieli wodunkowych, nabieramy przekonania, że jedynym środkiem ocalenia życia chorego, może być tylko i wyłącznie operacja chirurgiczna.

Następuje tu jeszcze pytanie: czy teraz, gdy stan ogólny chorego jeszcze jest znośny na żądanie jego do operacji przystąpić należy, czy wyczekać, dopóki nie nastąpią uciążliwsze objawy? Pod tym względem zdaniem naszym, zbytnią pochopność na równi z ociąganiem się kłaść można, albowiem niebezpieczeństwo z operacji wynikające wzrasta w miarę grubości i mniejszej sprężystości ścian torbieli, w miarę zmiany wątroby przez ucisk i przemieszczenie sąsiednich części nie zważając nawet na okoliczność, że przez pęknięcie torbieli i powstałe ztąd zapalenie otrzewnej, gdy płyn do jamy jej się przecisnie, skon szybki nastąpić może.

Ponieważ choroba, trwając już przez długi przeciąg czasu zaczyna podkopywać ustrój, torbiel jest na brzuchu bardzo wydatną i unosi podżebrze przyczem wkrótce spodziewać się można głębszych następstw, sądzimy, że operacja zaraz jest wskazaną. Dla ochrony jamy otrzewnej od możliwego przelania się płynu torbielowego do niej w chwili operacji krwawej, co tём łatwiej stać może, ponieważ ściany torbieli dotąd ze ścianą brzuszną zczepione nie są, uważalibyśmy za stósowniejsze zastąpić krwawe nakłócie, zastósowaniem żegadła chemicznego,

co z resztą do jednego doprowadzić nas może celu terapeutycznego.

Dla przedstawienia choremu jego stanu i podania czasu do namyslenia się co do zezwolenia na czynniejsze działanie, przeznaczylismy kilka dni poprzestając na leczeniu symptomatyczném. Ponieważ stan ogólny jest znośny i w drogach pokarmowych żadnego niewidzimy zбочenia, zalecono dobrą pożywną dyetę, celem uzyskania lepszych ku wykonaniu operacyi warunków; dla uśmierzenia bólu w podżebrzu prawym zalecono okłady ciepłe, zaś przeciw bólowi w ramieniu chwilowo pojawiającemu się, zalecono smarowanie amoniakalno-kamforowe.

D. 4 Kwietnia. P. 72. R. 22. T. 37,4 (*). Nocą spi bardzo mało. Bole w podżebrzu prawym mniejsze, oddech utrudniony, z resztą żadnej zmiany.

Dnia 4 Kwietnia P. 60. R. 20. T. 36.

Nocą kilkugodzinny ból mocniej uczuwać się dawał choremu w podżebrzu i brzuchu odbierając sen. Apetyt mierny, język biało obłożony, stolec utrudniony. Mocz 800 cent: sześć: przez dobę, c. g. 1012, chlorki w normalnej ilości, uroxantyny więcej, ślady barwików żółci.

Zalecono. Wyciągu makowca po 5 kropli używać w razie holu, na brzuch okłady ciepłe.

Dnia 6 Kwietnia P. 72. R. 22. T. 36.

Nocą snu bardzo mało, utrudnienie oddechu nie ustaje, znaki fizyczne klatki piersiowej nie uległy żadnej zmianie. Chory domaga się wykonania operacyi. Bólo trwają.

(*) P. Pulsus, R. Respiratic; T. temperatura.

Zalecono. Olój z nasion kleszczowiny. Okład ciepły na brzuch i wyciąg makowca.

D. 8 Kw. stan prawie ten sam, jedynie bole stają się dokuczliwsze, sen bardzo krótki, a ponieważ chory koniecznie domaga się operacyi, pomimo przedstawienia mu dwustronności jój następstw, przeniesiony więc został w dniu 11 Kwietnia do oddziału zewnętrznego w Szpitalu Dzieciątka Jezus, na salę Adjunkta-Professora Dra *Korzeniowskiego*, pod którego kierunkiem w dniu 12 Kwietnia przystąpiłem do przyżegania guza za pomocą ciasta wiedeńskiego (pasta Vienensis), które zastosowano według prawideł chirurgicznych na najwydatniej chęłbocące miejsce guzowatości pod dolnym brzegiem prawej strony klatki.

Wieczorem P. 72. R. 22. T. 36, 5.

(Dokończenie nastąpi).

SPRAWOZDANIE KOMITETU

wyznaczonego na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego z dnia 18 Marca r. 1862, dla zbadaniu pod względem higienicznym kąpeli publicznych wannowych i parowych, istniejących w Warszawie.

Zakłady zwiedzone przez Komitet w spełnieniu włożonego nań zadania, były następujące:

1. Kąpiele wannowe w hotelu Europejskim;
2. Kąpiele wannowe Banzemera na Marienstadzie;
3. Kąpiele wannowe Banzemera przy rogu ulicy Bednarskiej i Dobrój;
4. Kąpiele wannowe Majewskiego przy ulicy Bednarskiej;
5. Kąpiele wannowe żelazne przy ulicy Grzybowskięj;
6. Kąpiele wannowe przy Mikwach żydowskich na Grzybowie i przy ulicy Franciszkańskiej.
7. Łaźnie parowe z kąpielami wannowemi Roguskiego, przy ulicy Twardęj;
8. Łaźnie parowe z kąpielami wannowemi Kozłowskiego, na Rybakach;
9. Łaźnie parowe z kąpielami wannowemi Sitkiewicza na Rybakach;
10. Łaźnie parowe rossyjskie na Rybakach;
11. Łaźnie parowe Naimskiej przy ul. Białoskórskiej;
12. Łaźnie parowe Ossowskiego, przy ulicy Długięj.

Pracę naszą podzieliliśmy na dwie części: w pierwszej opiszemy zwiedzone przez nas zakłady kąpielowe; drugą zaś stanowić będą wyprowadzone ztąd ogólne wnioski.

CZĘŚĆ PIERWSZA.

Opis zakładów kąpielowych i łazien parowych.

Jakkolwiek w kilku z wyliczonych zakładów kąpiele wannowe połączone są z łaźniami parowymi, w sprawozdaniu niniejszém dla uporządkowania przedmiotu mówić będziemy najprzód o kąpielach wannowych, potem zaś oddzielnie o łaźniach parowych.

A. KĄPIELE WANNOWE.

1. *Łazienki w hotelu Europejskim*, słusznie pierwsze miejsce zająć powinny w tém sprawozdaniu. Wprawdzie ograniczona liczba łazienek (trzy tylko, każda o jednej wannie) i wyłączne przeznaczenie ich dla gości hotelu europejskiego nie pozwala ich poniekąd wliczyć do kąpeli zupełnie publicznych, jednakże przedstawiają one pod względem higienicznym tak wzorowe urządzenie, że choćby dla przykładu, jak kąpiele powinny być urządzone, obowiązkiem było Komitetu opisać takowe.

Składają się one, jak już powiedzieliśmy, z trzech wani w trzech numerach, położonych na dole w hotelu europejskim. Numera te między sobą wcale nie komunikują. Pokoje wysokie, widne, suche; ściany olejną farbą malowane. Wanny miedziane, wewnątrz wybielane, wzorowej czystości.

Ze sprzętów znajdujących się w numerze zasługują na wzmiankę: termometr, umywalnia ze wszelkimi przyborami, a zatem i z nocnikiem. Przy samej wannie na stoliczku stoi miednica fajansowa, do której daje łaźniennik za każdą razą świeży kawał miękkiej rogoży, mogącej być z dobrym skutkiem użytą zamiast gąbki do namydlenia ciała. Do obcierania dają prześcieradło i ręcznik. Wreszcie w jednym z numerów znajduje się bardzo dobrze urządzony natrysk kroplisty, zawarty w cylindrze metalicznym zamykanym.

Cena kąpiei (3 złp. za kąpiel pojedynczą, zaś 2 złp. gr. 10 w abonamencie z 6 biletów), ze względu na położenie w środku miasta, na wodę czystą z wodociągów dostarczoną i na prawdziwie *europskie* urządzenie, nie jest przesadzoną, owszem może się nazwać tanią.

2. Łazienki Bansemera przy ulicy Marienstadt, Nr. 2624. Główny wchód środkowy prowadzi na obszerny korytarz marmurowymi flizami wysłany, z którego wchodzi się do osobnych numerów. Część lewa od wchodu na nowo została pięknie i ozdobnie przebudowana, tak, że nic prawie do życzenia nie pozostaje. Korytarz i pokoje razem są oświetlone, a 6 pokoi ostatnich nawet elegancko są przyozdobione, dywanami na przejściu do wanny zasłane; pozostałe w tym korytarzu pokoje również są wygodnie urządzone. Liczba ich w ogóle 24 wynosi, podobnie jak w prawym pawilonie, gdzie jeszcze gaz nie wszedł w użycie i tylko lampy olejne go oświetlają.

Cena przedniejszych sześciu numerów na złp. 3 jest oznaczona, gdy reszta innych po złp. 2 za kąpiel zwykle się opłaca. Biorącym abonament obniżają cenę do złp.

1½ za kąpiel. Kto bierze wodę gorącą do miasta, płaci na raz jeden złp. 2, prócz kosztów przewozu (złp. 2), wynajęcia wanny (złp. 1 dziennie, za kaucyą), wreszcie wyniesienia i zniesienia takowój.

Woda sprowadzona jest z Wisły za pomocą pomp poruszanych deptakiem i przechodzi do głównego zbiorniku z którego rurami podziemnymi udaje się albo wprost do wanien w stanie zwykłej temperatury, albotież do kotła, gdzie się ogrzewa i następnie rozchodzi do wanien.

Czystość wody zależy od stanu jej mętności w Wiśle, gdyż osadzanie jej i klarowanie z powodu gliniastych części składowych jest powolne, zawsze woda nie posiada przez to własności szkodliwych zdrowiu.

Liczbę przybywających do kąpeli oznaczają średnio na osób 50 dziennie, jakkolwiek maxima przypadkowe do 150 dochodzą.

3. *Drugi zakład kąpielowy Bansemera* z prawej strony ulicy Bednarskiej na rogu ulicy Dobrej pod Nr. 2814 (tak zwane kąpiele kasztelańskie) mieści 22 wanien w dosyć dobrym stanie będących, gdzie także cena po złp. 2 jest naznaczona.

4. *Łazienki Majewskiego*, przy ulicy Bednarskiej, pod względem czystości niżej nieco stoją od Łazienek Bansemera. Woda w wannach bywa tu czasami śmierdząca zwłaszcza przy niskim stanie Wisły i letniej porze, co ma ztąd pochodzić, że Łazienki te stoją na miejscu, gdzie dawniej była przystań Wisły, z czasem zasypana przez zwożenie śmieci i odpadków z miasta.

Wanien miedzianych wewnątrz wybielanych jest 36. Średnia liczba wydanych miesięcznie kąpeli, wynosi około 2000.

Cena pojedynczych kąpeli w lepszych numerach naczynach na 3 złp. gr. 10, w innych na złp. 2, a w abonamencie na półtora złotego.

5. *Kąpiele żelazne przy ulicy Grzybowskiej Nr. 1030*, zawierają 8 wanien miedzianych, wewnątrz wybielanych. Cały zakład w ciągu ostatnich lat był dosyć zaniedbany, obecnie zaś przeszedł w ręce nowego właściciela, który się stara przyprowadzić go do porządku. Pokoiki idą w jednym rzędzie po sobie i podobnie jak niemal we wszystkich kąpielach tutejszych, łączą się z sobą przez drzwiczki z obu stron zasuwane.

Cena pojedynczej kąpeli wynosi złp. 2, w abonamencie złp. 1 gr. 15. Miesięcznie wydają od 600 do 700 kąpeli. Wodę, która przy ogrzewaniu osadza wiele tlenku żelaza, pompują siłą końską z miejscowego źródła do zbiornika pod dachem gmachu położonego.

6. *Kąpiel wannowa Roguskiego na rogu ulicy Twardziej i Pańskiej*. Zakład ten, połączony z Łazienkami parowemi, świeżo wzniesiony, jeszcze nawet nie całkiem ukończony, jest (oprócz Łazienek hotelu europejskiego) jedyny dotąd w Warszawie, który się zaopatruje wodą Wiślaną z wodociągów. Pierwotne doprowadzenie wodociągów do tego zakładu miało kosztować około 60,000 złp., roczne zaś zaopatrzenie w wodę 12,000.

Ukończona już jest i oddana na użytek publiczności część zakładu złożona z kurytarzyka z góry oszklonego, przy którym znajduje się 10 numerów, po 5 po każdej stronie. Przegrody pomiędzy pojedynczemi pokojami są drewniane, po jednej stronie kurytarza w ten sposób urządzone, że z jednego do drugiego numeru przejść można przez drzwiczki z obu stron na zasuwkę zamykaną; po drugiej zaś stronie kurytarza nie ma tego urządzenia,

pokoiki więc z sobą się nie łączą. W każdym numerze jest jedna wanna z blachy żelaznej, wewnątrz olejno malowana. Podłoga wszędzie jest asfaltowa, czystość należyta. Prócz tego jest jeszcze jeden pokój o dwóch wannach.

Kąpiel kosztuje półtora złotego. Dziennie wydają 10 do 30 kąpeli.

Do kurytarzka wspomnionego prowadzi salonik wstępny, w którym spoczywać mogą osoby czekające na kąpiel i t. p. Z tego saloniku wchodzi się też do sali już wykończonj, ale jeszcze nie będącej w użyciu, w której stoi 14 także wanien, poprzedzielanych ekranami, dla mężczyzn; będzie to kąpiel tańsza po złp. 1. W dwóch rogach sali, znajdują się stosownie osłonięte natryski kropliste.

Prócz tego jest jeszcze na ukończeniu łazienka wspólna (bassin) murowana na cement, mająca 10 łokci długości, 9 szerokości i odpowiednią głębokość.

7. Przy Łażni parowej *Kozłowskiego* na Rybakach, w oddzielnym domku mieści się 22 wanien zwyczajnych, do których przyprowadza się woda z Wisły. Urządzenie zupełnie takie jak w innych z tą różnicą, że brudniejsze i ciemniejsze są od innych, mało też uczęszczane.

8. Przy Łażni *Sitkiewicza*, na Rybakach Nr. 2571/2 znajduje się 20 wanien miedzianych, wewnątrz wybielanych, czystych, w porządku utrzymanych numerach w kurytarzu jasnym z marmurową posadzką. Wszystkie numera łączą się z sobą.

Kąpiel kosztuje tu złp. 1 gr. 15. W abonamencie złp. 1 gr. 10.

9. Wreszcie przy dwóch *mikwach żydowskich* to jest, na Grzybowie i przy ulicy Franciszkańskiej, znajdują się

kąpiele wannowe, pod względem czystości, niżej od poprzedzających stojące.

Co do samych mikw czyli rytuałowych kąpeli dla starozakonnych, to kol. Rosenblum, który w roku 1842 skreślił był dobitnie ujemne ich strony higieniczne w naszym mieście (Uwagi nad terażniejszym stanem starozakonnych pod względem policyjno-lekarskim, w Warszawie 1842, str. 18 do 22), zwiedzając je obecnie po 20 latach, znalazł znaczny postęp w tych zakładach. Woda jest w nich ogrzewana częściej niż przedtém i odmieniana, czystość mniej niż wówczas pozostawia do życzenia, przy baczości władzy policyjno-lekarskiej spodziewać się można w tym względzie jeszcze lepszych nadal rezultatów.

B. ŁAŹNIE PAROWE.

1. *Zakład Ossowskiego* nosi imię „*Łaźni parowej szafkowej*“ a istotą tego zakładu tak pod względem wynalazku, to jest zasady zbudowania téj Łaźni, jakoteż formy czyli urządzenia zewnętrznego jest to: że zakład ten łączy w sobie zbiór wszystkich najszkodliwszych warunków, jakie tylko łaźnia parowa wydać może.

Łaźnia szafkowa mieści się w domu własnym założyciela, umyślnie na ten cel zbudowanym przy ulicy Długiej obok hotelu Drezdeńskiego, na dole od frontu.

Drzwi z sieni głównej domu prowadzą do wielkiej sali, która obejmuje w sobie: kantor, rozbieralnie, łaźnie i miejsce wypoczynku po kąpeli, któreto wszystkie *oddziały, stanowiące najważniejsze, bo istotne części łaźni* pomieszczone zostały w téj jednej i jedynéj sali podzielone od sieni, zatóm od ulicy, tylko *jednemi zwyczajnemi* drzwiami. Rozgraniczenie nadmienionych części

zakładu stanowią niskie parawanowe przegrody, z kąd pochodzi, że powietrze w tych wszystkich podziałach jest jedno, zimne albo gorące stósownie do powietrza ulicznego, a zawsze *wi'gotne i dymne!*

Tuż za przegrodą kantoru, umieszczone są *gabiny parawanowe* (6) w formie małych, czworobocznych komórtek, przeznaczone do rozbierania się gości. Bezpośrednio za temi stoją *dwie szafki* 4 stóp długości, 2 szerokości drewniane, ciemne, brudne, jedną małą kwatrką (niby oknem) szklaną opatrzone, w których gości poddają się działaniu pary, siedząc na małej ławeczce. *Do kąpieli z gabinetu wychodzi się nago, tylko kobietom dozwolono okryć się prześcieradłem.* Do wydobycia potrzebnej pary służy przyrząd żelazny obok szafki ustawiony w formie wielkiego zwykłego *samowaru*, z którego węglem ogrzanego, przeprowadza parę elastyczna kieszka do okratowanej drewnianymi drążkami podłogi szafki.

W suficie szafki znajduje się sito do spuszczenia zimnego natrysku na żądanie kąpiącego się gościa.

Dla braku dzwonka, musi kąpiący się o każdą potrzebę wołać *alias* krzyczeć gwałtownie, aby go przy zewnętrznym gwarze, szumie samowaru, i turkocie ulicznym, który jak wiadomo w tém miejscu zawsze jest niezmierny, usłyszała dosyć niedbała służba. Do wydobycia silnego głosu, może zaprawdę niejednemu i zdrowemu człowiekowi zabraknąć tu siły i odwagi, będąc pod wpływem gorącej, dymnej, duszącej pary, którą często-kroć wbrew woli gościa napuszcza do szafy posługacz.

Natrysk wprawdzie kroplisty, ale gruby, nierównostajny; ławeczka dla każdego gościa ma być zmieniana.

Termometr umieszczony w ścianie szafy, idzie ukosnie z wewnątrz szafy na zewnątrz, niewyraźny, z drobną podziałką, której w dodatku posługacz, jak się sam przekonałem, odczytywać nie umie i wygłasza stopień ciepła, jaki sam uznaje za stosowny dla siebie i dla samowaru, nietroszcząc się o gościa, który podziałki termometru niema przed oczyma.

Samowar bardzo lichy urządzony dymi, wypuszcza dużo pary na salę ogólną, która wraz z parą po każdej kąpielu z szafy na sale wypuszczaną (!), daje źródło straszliwej wilgoci.

Wodę do samowaru i do natrysku dostarcza *kadź* u sufitu w kącie sali utwierdzona, do której znowu woda pompowana bywa z piwnicy, gdzie wytryska źródło; pompa sama zepsuta, popękana, potrzebuje ogromnego wysilenia dwóch ludzi aby zaopatrzyła *kadź*.

Wszystkie części zakładu niechlujne do najwyższego stopnia, brudne, nawet błotniste, ciasne niezmiernie, zimne, a nadobitek złego zakopcone dymem tytoniowym, wypuszczanym z ust każdego posługacza i stróża. Kobiety każdego czasu kąpać się mogą. Dla szczupłej liczby szafek (2) wszyscy czekać muszą długo, albowiem kąpie się każdy pojedynczo, a czekając musi przeciskać się pomiędzy ściany, bo niema miejsca do siedzenia nigdzie.

Zimno i wilgoć dają się straszliwie uczuwać po wyjściu z łaźni, a co najgorsza, że z sali téj, gość wyparzony i spocony wychodzi *wprost na ulicę*.

Liczba kąpielu wynosi dziennie w przecięciu 30, cena 2 złp. gr. 15, i 10 groszy dla służby, w abonamencie 2 złp.

Łaźnie Kozłowskięo, przy ulicy Mostowój tuż nad Wisłą.

a) Dom łaźni parowój położony na wschód ku Wiśle, mieści w sobie 3 sale, z których jedna przeznaczona dla kobiet, a dwie dla mężczyzn. Oddział mężczyzn zawiera dwa podziały; cena kąpielowa wynosi w jednym 1 złp., a w drugim 12 groszy (cena dla kobiet 12 gr.) Każda łaźnia tego domu (złotówkowa, 12 groszowa i kobiet) składa się z dwóch sal, to jest z jednéj służącej do rozbierania się i wypoczynku po kąpeli (rozbieralni), i z drugiej tak zwanój: *parni*; obydwie te sale łączy mały, dwułokciowy ustęp, któređy kąpiący się przechodzi z rozbieralni do parni i na powrót.

Łaźnia złotówkowa przedzielona od 12 groszowój murem w całej rozciągłości bez żadnej ze sobą komunikacyi; oddzielne drzwi prowadzą do każdej; łaźnia kobiet umieszczona obok w innym kierunku i tu opiszemy szczegółowo salę złotówkową, z podaniem różnicy w innych podziałach. Drzwiami z sieni wchodzi się do rozbieralni, przedstawiającej długą niską salę o 6 oknach, w której znajdują się małe szafki lakierowane do złożenia sukni gości, i ławki także same do siedzenia, nadto 6 sofek najordynarniejszego gatunku, drelichem brudnym przykrytych, na których gość wyszedłszy z parni winien odpoczywać.

Obok braku wszelkiej, najmniejszej wygody, wypływającego z prostych, brudnych ławek, a raczej niskich szafek, na których gość siedząc ma się rozbierać (albowiem ławki te zawierają także schówki na odzież gości w razie natłoku), obok przykrych warunków dogadzających nieprzyzwoitości i obrażających uczucie wstydlivości, spotyka się tu jeszcze łaskawy gość z wszystkie-

mi warunkami antyhygienicznymi, jakie tylko zabłocona, niska, a co najważniejsza nad wszelki wyraz wilgotna sala, w zimie parna i zaduszona wydać jest w stanie. Przydać do tego trzeba, że szafki są szczupłe, brudne, w których suknie tylko powalać się muszą i pomiąć, że klucz od szafek zostaje w rękach łaźiebnych stróżów, a zatem suknie i to co się w nich zawiera, na łasce posługaczy, że liczba sofek do wypoczynku za nadto jest szczupłą (tylko 6) i już przy 10 gościach jednocześnie się kąpiących, 4 osoby muszą po wypoceniu się, spacerować a raczej przeciskać się pomiędzy ławkami, i owinięci tylko prześcieradłem wystawieni są na zimno wiejące przez drzwi za wchodzącymi ze sieni. Rozebrany do naga w rzeczonyj sali gość, przechodzi również *nago* (bo tu jeszcze nisdostaje prześcieradła), przez krótką sionkę do parni.

Parnia sprawia na przychodniu jeszcze przykrzejsze daleko wrażenie. Ściany jej czarne, wilgotnym a bujnym mchem pokryte, sufit niziutki; salę samą, wąską, zapełnia jeszcze 4 szerokich po nad sobą postawionych ławek w postaci 4 stopni do samego sufitu sięgających, na których siedzą i leżą kąpiący się. Temperatura mało co do wysokości stopni przedstawia różnicy z przyczyny, że sala nazbyt niska, z kąd znowu pochodzi, że na dole gorąco jest dla wchodzącego nadto silne; o prawdziwym stanie temperatury nie można tu powziąć wyobrażenia albowiem w całym domu niema ani jednego termometru. Do ogrzania parni służy długi niski piec, w formie zwyczajnej nalepy gospodarskiej, na wierzchu którego leży mnóstwo rozmaitej wielkości kamieni rzęcznych które rozgrzane wierzchnią ścianą pieca (od dołu drzewem opalonego) i polane wodą z kadzi w parni stojącej

czerpaną, wydają potrzebną ilość pary. Do ochłodzenia kąpiących się, służy woda z onój kadzi, przez łaźniehnik w miarce drewnianej (bez uszka) podawana, i natrysk deszczowy spadający przez zwyczajne blaszane sito w środku sufitu przyczepione.

Na szczególniejszą i surową nagane zasługuje przeprowadzona w podłodze rynna przeznaczona do wypuszczania rozlanej po sali wody, do Wisły; rynna ta posługuje także gościom do zabierania wody wypuszczanej przez nich z *pęcherza moczowego*. Parnia Kozłowskiego mieści przeto w sobie zarazem i spust kloakowy; za prawdę jedyny sposób oszczędzenia pracy, miejsca i czasu potrzebnego do wynoszenia naczyń urynowych; byłby on może dogodnym, gdyby niestety, rynna ta nie pociągała za sobą smrodu moczowego, a z drugiej strony nie była arcy niepotrzebnym wentylatorem parni, z którego zimno wprost z Wisły wieje na ciało rozparzone 50 stopniowém gorącym.

Kiedy już gość dosyć się tu naparzył, nadusił, nawąchał i do ostatniego zmęczył, oblawszy się jeszcze raz zimną choć brudną wodą, okrywają go za 10 groszy prześcieradłem (ale nie świeżem) i wychodzi napowrót do rozbiernalni, jak tym razem było, porządnie zimnej, chociaż zwiedzającego pocieszano z zapewnieniem, że w zimie bywa tu bardzo ciepło.

Łaźnia 12 groszowa i kobieca, tym samym zupełnie trybem, jak złotówkowa urządzone, różnią się wszakże od niej tém, że ilość szafek czyli pudełek źle zamkniętych, znacznie jest tu większa, że nieposiadają żadnej sofki, tylko w zamian tych, proste ławki, że w parni niema natrysku deszczowego, i że sale te tak są ciemne

wilgotne i brudne, że chyba od czasu założenia ich, ani razu nie były myte i czyszczone.

b) Zgrabniej nieco i schludniej przybraną jest rozbieralnia *łaźni w drugim domku znacznie mniejszym od opisanego*, na drugiej stronie ulicy ku północy położonym, gdzie cena za kąpiel wynosi 1 złp. 15 groszy. Salka ta mała mieści w sobie kilkanaście lepszych szafek, a koło każdej znajduje się osobna sofka, ubogo ale czysto przynajmniej i dla każdego gościa oddzielnie urządzone; zato też znowu tak tu ciasno i duszno, że przy kilku razem zebranych gościach w rozbieralni precyzyjnie się niemożna. Parnia urządzone jak wyżej, za wniesienie wanny z zimną wodą do parni celem zamoczenia całego ciała, gdyby kto żądał, opłaca się w każdej łaźni po złotówce osobno.

Tuż obok téj łaźni półtorazłotowej, znajduje się mały pokój o 3 softkach i szafkach (gabinet paradny), gdzie na żądanie przez gościa naprzód zamówione, dostać można całkiem osobną łaźnię parową (z temi samemi wadami w parni, jak wyżej), która kosztuje 5 złotych od osoby.

Liczba kąpielii rozdawanych dziennie lub rocznie ogółem, jest nieznaną nikomu; właścicielka, wydawszy zakład cały w dzierżawę nietroszczy się oto, a dzierżawca sam nieprowadzi żadnej kontroli, posługacze znowu (których liczba jest dostateczna) niedozorowani ściśle, także niewiedzą. Wydają tu wprawdzie bilety kąpielowe, ale nikt nieprowadzi rachunku w księgach.

Wszyscy jednak jednoznacznie świadczą, że liczba kąpielących się bywa w zimie znaczną (co zresztą z obszerności lokalu widać, z 30 letniego trwania zakładu, nadto z wysokiej cyfry dzierżawnej, która wynosi rocznie

30,000 złp. i z ilości spalonego drzewa, które rocznie 20,000 złp, zabiera).

W łaźni złotówkowej bywa w zimie po 30—40—60 osób dziennie (najwięcej w Sobotę i w Piątek kiedy starozakonni się kąpią)— w 12 groszowej liczba ta dochodzi czasem w zimie do 100 i więcej, w półtorazłotówkowej kąpie się dziennie w zimie po 15 — 20 — 30; w porze letniej wszystkie bywają bardzo mało uczęszczane tak, że ogólna liczba dzienna nie wynosi jak osób 20—30 w całym zakładzie.

Wielki brak wygody, rażące niechlujstwo, zabójczy niedostatek czystego powietrza, duszność nieznośna, wilgoć straszna, zły sposób wydobywania pary — oto wady potrzebujące ulepszenia w tym zakładzie.

3. *Łaźnie parowe Sitkiewicza*, na Rybakach Nr. 257 1/2, mieszczące się w oficynie parterowej drewnianej. Zarówno t. zw. oficerskie po gr. 20, jak pospolite po gr. 8 od osoby, pod względem brudu, zaduchu, wilgoci i t. p. warunków antyhygienicznych wniczém nie ustępują łaźniom Kozłowskiego. To tylko na pociechę, jeśli nie chwili obecnej to przynajmniej bliższej przyszłości powiedzieć można, że właściciel zamierza jeszcze w tym roku oficynę tę zburzyć i nową łaźnię wybudować.

4. Przy tejże znajduje się *Łaźnia rossyjska* od pewnego czasu tak mało uczęszczana, że tylko czasem w niej palą. Zdaje się być nieco czystsza od łaźni Kozłowskiego i Sitkiewicza, może dlatego, że teraz mało kto do niej uczęszcza.

5. *Zakład kąpeli parowych Naimskiej*, przy ulicy Białoskórniczej pod Nr. 2623 nad samym zjazdem do ulicy Bednarskiej, z drzewa nowo wybudowany wguście szwajcarskim, z powodu ograniczonego teroryum

na dwa piętra podzielony, posiada tę niedogodność, iż sale do rozbierania na górze umieszczone zmuszają kąpiących, że ci nago do parni na dole położonej schodzić muszą. Ztąd łatwo powstać mogą zaziębienia, szczególnie przy powrocie na górę, a wreszcie i spacer ten po schodach w prześcieradle nie odznacza się wielką wygodą. Zakład ten przeznaczony jest w połowie dla mężczyzn, a w drugiej dla kobiet, oprócz tego są jeszcze w każdym oddziale osobne podziały: to jest sale ogólne porządniej urządzone dla zamożniejszych po cenie złp. 1 gr. 10 od osoby i sale dla biedniejszych po groszy 12 od osoby. Nadto jeszcze numera pojedyncze po złp. 6.

Ruch w tej łaźni obecnie jest wielki, z powodu niewykończonej jeszcze łaźni parowej Bansemiera. Średnio w przecięciu liczą po 40 osób w każdym oddziale droższym, a do 100 osób w salach przeznaczonych dla uboższych. Czasami jednakże maximum dziennie do kilkuset osób dochodzi.

Woda Wiślana do zakładu rurami sprowadzana, podobnie jak i do Łazienek Bansemiera nieodznacza się czystością, tém bardziej, że zaczerpuje się w miejscu, poniżej odpływu odchodowej wody od łaźni położonem. Życzyłby więc należało, aby właściciele na ten cel nieoszczędzili kosztu, i większą uwagę zwracali na własność wody do kąpieli używanój.

6. *Zabudowanie kąpieli parowych Bansemiera* na rogu ulicy Bednarskiej i Dobrej pod Nr. 2814, przed kilku miesiącami w części zgorzało, jednakże staraniem właściciela na nowo się przebudowuje i za parę miesięcy dla użytku publiczności, wyłącznie męskiej, otwartem będzie. Budynek cały ma być rozdzielony na dwie części. Jedna połowa dla zamożniejszych po złp. 2 za wejście,

a druga dla uboższych po groszy 12. Sale wchodowe, gdzie się rozbierają wygodnie już zdawna urządzone pozostaną odświeżone, za temi następują pokoje do umycia, a następnie właściwe parnie. Ilość osób przybywających była dawniej bardzo wielka, a stosunek dzienny średnio do 40 wynosił, jakkolwiek klasa ludzi zamożniejsza brała tylko udział w kąpeli parowej, gdyż oprócz złp. 2 opłacanych przy wchodzie, za usługi i bieliznę osobno się jeszcze wynagradza.

7 Łaźnie parowe Roguskiego, na rogu ulicy Twardej i Pańskiej, od niedawna zaprowadzone, są dotychczas utrzymane w należytej czystości.

a) W oddziale droższym, do rozbieralni wchodzi się przez przedpokój poprzedzony sionką. Rozbieralnia składa się z czterech pokoi porządnie utrzymanych zawierających 14 sofek świeżo obitych tak zwaną skórą amerykańską; szafeczki na składanie rzeczy są porządne.

Z rozbieralni przechodzi się do parni przez izbę na pół gorącą, w której wychodzące z parni osoby zwykle się myją na dwóch będących tu ławach. Jest tu prócz tego wanna, za wykąpanie w której dopłaca się złp. 1 groszy 10.

Parnia ma podłogę drewnianą czystą; ławy, na których spoczywają kąpiący się, są także czyste. Ściany są olejno malowane, nie wsiąkają zatem wilgoci.

Łaźnie tańsze są tu po 12 groszy, a mianowicie:

b) dla kobiet łaźnia podobnie urządzona jak poprzedzająca, tylko w rozbieralni mniej wygodna;

c) tania łaźnia mężka ma obszerną rozbieralnię na dwa piętra podzieloną, dolną na 60 szafeczek, górną na 80. Szafeczki nie są wzorowej czystości, podłoga zato

i ławki są czyste, powietrza jest podstatkiem. Do rozbieralni wchodzi się nie wprost z dworu, ale z sionki.

Izba przechodnia do parni i sama parnia (ta ostatnia dostatecznie obszerna) mają posadzkę asfaltową. Ściany murowane i słupy podpierające sufit pomalowane są farbą olejną. Podłoga i ławy utrzymane są czysto.

Liczba osób uczęszczających dziennie do całego zakładu kąpeli parowych wynosi średnio 50 — 60 — 80; w Soboty zaś do 200 osób.

CZEŚĆ DRUGA.

Ogólne uwagi.

1. Co do pytania, ile kąpeli wannowych i parowych wydają w ogóle rocznie zakłady kąpielowe Warszawskie, nie jesteśmy w stanie dać zadawalniającej odpowiedzi, albowiem oprócz jednego hotelu Europejskiego, który pod tym względem zaszczytny wyjątek stanowi (*), w żadnym z zakładów zwiedzonych przez Komitet nieprowadzą pod tym względem najmniejszej kontroli.

(*) Administracya hotelu Europejskiego z wszelką gotowością udzieliła komitetowi następujących wiadomości o ruchu kąpiących się w trzech łaźniach hotelu od dnia 19 Maja 1861 do 19 Maja 1862. Liczba wydanych w tym czasie kąpeli wynosiła:

w r. 1861 w Maju 48.	w r. 1862 w Styczniu 53.
— w Czerwcu 92.	— w Lutym 69.
— w Lipcu 67.	— w Marcu 68.
— w Sierpniu 56.	— w Kwietniu 97.
— w Wrześniu 61.	— w Maju 64.
— w Październi. 75.	razem w ciągu roku 886 kąpeli.
— w Listopadzie 39.	
— w Grudniu 77.	

W wielu miejscach pytania dotyczące tego przedmiotu przyjmowano z zadziwieniem, w innych z niedowierzaniem. Jeszcze co do kąpeli wannowych łatwiejsza jest sprawa, wiadoma jest bowiem liczba wanien i z téj przez przybliżenie można uczynić wnioszek, że w Warszawie rocznie w 175 wannach publicznych biorą około 120,000 kąpeli (*), a zatem jedna wanna przypada na 920 mieszkańców (albo licząc i ludność niestałą, jedna wanna na 1314 mieszkańców), kąpiel zaś jedna mniej więcej co półtora roku na jednego mieszkańca! Dla porównania przytoczymy podług *Tardiugo*, że w Paryżu w roku 1852 przy ludności wynoszącej nie wiele więcej nad milion mieszkańców było 5902 wanien publicznych wypadła więc jedna wanna na 167 mieszkańców, wydano zaś przeszło 3000000 kąpeli czyli na jedną osobę 3 kąpiele w przecięciu, jest tam przeto stosunek znacznie korzystniejszy niż u nas; stosunek ten zresztą w Paryżu przez ostatnie 10 lat wiele się musiał poprawić,

(*) Oto jest przybliżone obliczenie kąpeli wydanych w ciągu roku w Warszawie w zakładach publicznych:

	Liczba wanien.	Liczba wydanych w ciągu roku kąpeli.
w Łazienkach hotelu Europejskiego	„ 3	886
— Bansemera na Mariensta.	„ 48	30000
— — przy ul. Bednar.	„ 22	15000
— Majewskiego — —	„ 36	20000
— Żelaznych przy ul. Grzyb.	„ 8	6000
— Roguskiego — —	„ 10	7000
— Kozłowskiego — —	„ 22	15000
— Sitkiewicza — —	„ 20	15000
— przy Mikwach — —	„ 16	12000
Razem	175	120886

w tym bowiem przeciągu czasu zaprowadzono po różnych częściach miasta kosztem rządu tamże kąpiele dla klasy rzemieślniczej.

Co się tyczy kąpiele parowych, to według obliczenia przybliżonego, które tu podajemy (*) wydają w Warszawie rocznie około 175,000 takich kąpiele, czyli, że na rok przypada 1 na jednego stałego mieszkańca, jednakże jest to po prostu przypuszczenie i bardzo być może, iż ogólna cyfra jest nieco większa w rzeczywistości. Ale przypuśćmy nawet, że summa wziętych kąpiele parowych jest podwójna, cóż znaczą dwie kąpiele parowe na jednego mieszkańca przypadające na całą porę roku, w której się nie można w rzece kąpać; a zwłaszcza wzięwszy pod uwagę znaczną liczbę tych osób, które częściej niż raz na półtora roku idą do wanny, lub częściej niż dwa razy na rok do kąpiele parowej, ileż to niestety musi być w mieście naszym takich, *którzy nigdy ani do wanny, ani do łaźni parowej nie chodzą*, wyjąwszy chyba gdy z powodu choroby dostaną się do Szpitala!

(*) W Łażniach Ossowskiego wydają

	rocznie około	10000 kąp. parowych
—	Kozłowskiego . . .	40000
—	Sitkiewicza . . .	30000
—	Roguskiego . . .	20000
—	Naimskiej	60000
—	Bansemiera . . .	5000
—	Rosyjskich . . .	10000
	Razem . . .	175000

Obliczenie to oparte jest na przybliżonych podaniach posługaczy i t. p.

2. *Rozkład kąpielii wannowych i parowych po mieście.* Rzuciwszy okiem na plan Warszawy przekonamy się, że w zakłady obudwu rodzajów obficie zaopatrzone są dwa punkta na krańcach miasta, a mianowicie na południo-zachód okolica ulic Twardéj, Żelaznéj, Pańskiejj i t. d. a na północo-wschód wybrzeże Wisły w bliskości ulic Bednarskiejj i Mostowéj, reszta zaś miasta całkiem jest pozbawiona ciepłych kąpielii (nie licząc kąpielii szafkowych Ossowskiego i trzech wanien hotelu Europejskiego). Taka odległość kąpielii obu rodzajów od środka miasta, łatwo pojąć jaką musi być przeszkodą w spełnianiu jednego z kardynalnych przepisów higieny dla znacznej, jeśli nie największej części ludności naszego miasta.

3. *Cena kąpielii wannowych i parowych.* Wziąwszy pod uwagę: że cena kąpielii wannowych wynosi średnio od 1½ złp. do 3 złp., że w Łażni parowéj tańszéj za 12 groszy w jednéj tylko Łażni Roguskiego można się znośnie wyparzyć, w innych zaś Łażniach tak zwane parnie ogólne (po 8 do 12 gr. od osoby) są jak najszkardniejj urządzone, nieco zaś lepsza (a jak u Ossowskiego nawet gorsza) kosztuje od 1½ złp. do 2 złotych, a nawet wliczając ręczniki i zapłatę dla posługaczy (*), i więcéj, — łatwo się przekonamy, że cena kąpielii wannowych i parowych w Warszawie czyni je nieprzystępnemi dla tych właśnie, którzy ich najwięcéj potrzebują, to jest dla klasy ubogéj.

(*) Trinkgeld dla posługacza znacznym być musi choćby z tego powodu, że w więksszej części Łazien posługacz nie tylko niepobiera płacy od właściciela, ale owszem temu ostatniemu płaci do 18 złp. w dobrych miesiącach.

W tém miejscu komitet czuje się jeszcze w obowiązku nadmienić o nadzwyczajnie wygórowanej i dla za-
możnych tylko przystępnej cenie kąpeli ciepłych spro-
wadzanych do domu dla osób chorych.

Sprowadzenie takiej kąpeli kosztuje u nas jednora-
zowo przynajmniej rubla, częstokroć daleko więcej; w
Paryżu, gdzie wszystko stosunkowo jest droższe niż w
Warszawie, koszt takiej kąpeli opędzić można dwoma
frankami; przewiezenie wanny, oraz wody grzanej
uskutecznia tam zwykle na wózku jeden człowiek bez
pomocy siły końskiej.

4. Trzy powyżej wyłuszczone względy, to jest: nad-
zwyczaj mała liczba kąpeli wannowych i parowych
przypadających rocznie na jednego mieszkańca, nieprzy-
stępna cena kąpeli i rozłożenie takie zakładów kąpie-
lowych po mieście, iż utrudnia większej części ludności
korzystanie z tychże, względy te powodują komitet do
wyrażenia zdania podzielanego zapewne przez towarzy-
stwo, że zakładanie nowych kąpeli w środku miasta
położonych i tańszych, jest rzeczą ze względu na zdrowie
ogółu nadzwyczaj pożądaną. Czy koszta sprowadzania
wody istniejącemi u nas wodociągami czynią możliwem
ureczywistnienie tych życzeń higienicznych? nie do nas
należy rozstrzygać.

Zalecając usilnie jako wzór do naśladowania insty-
tuty kąpeli tanich dla klasy ubogiej wyrobniczej i rze-
mieślniczej, zakładanie już to, jak we Francji, przez
władze rządowe, już to, lepiej przez spółki prywatne
mające na celu nie tyle zysk ile dobry uczynek, komi-
tet czuje się w obowiązku wspomnieć o połączonych
zazwyczaj z takimi zakładami *pralniach publicznych*,
które w naszym mieście byłyby pod względem higienii-

cznym rzeczą nadzwyczaj pożądaną, albowiem dałyby możliwość usunięcia z mieszkań klasy najuboższej jednego z głównych źródeł wilgoci tych mieszkań, to jest prania domowego.

5. *Uwagi o urządzeniu istniejących obecnie w Warszawie kąpeli wannowych i Łazienki parowych pod względem higienicznym.*

A. KĄPIELE WANNOWE.

1. *Woda* dostarczana wprost z Wisły do prawie wszystkich zakładów kąpielowych Warszawskich, jest bardzo mętna, w niektórych zaś, jakto powyżej już wspomnieliśmy, bywa nawet śmierdząca. Nie jest to w prawdzie wielka szkodliwość dla zdrowia kąpiących się, ale zawsze stanowi nieprzyjemność.

Wyjątek pod tym względem stanowią Łazienki w hotelu europejskim i zakład kąpielowy Roguskiego przy ulicy Twardój, obydwie te zakłady zaopatrują się bowiem z wodociągów, a zatém wodą filtrowaną, nadto kąpiele żelazne przy ulicy Grzybowskięj, które mają wodę ze źródła.

2. Co do *czystości* wanien, pojedynczych pokoików, dawanęj bielizny i t. d. komitet nie znalazł nic szczególnego do nadmienienia chociaż w niektórych drugiego rzędu zakładach, przydałaby się większa bacność na ochędóstwo. Co do sprzętów zawartych w pojedynczym numerze, to niektóre są całkiem zbyteczne jak np. kanapki (które odpowiadają celom pobocznym, prostytucyi); innych zaś brak w wielu zakładach czuć się daje: jakoto termometrów, przyrządów umywalnianych, naczynia nocnego, nożyków do nagniotków i t. p. Dobrze

urządzone wychodki pożądaną są rzeczą we wszelkich zakładach kąpielowych.

3. *Powietrze* w ogóle w pojedynczych numerach jest dostatecznie odświeżane: przyczynia się do tego w lepszych zakładach kąpielowych to urządzenie, że ściana oddzielająca pokoiki od kurytarza nie sięga do sufitu, a przez pozostający u góry wielki odstęp powietrze wszystkich pokojków komunikuje z powietrzem kurytarza. Urządzenie to zasługuje na naśladowanie we wszystkich zakładach.

4. Komitet skwapliwie korzysta ze zdarzonej sposobności, aby z oburzeniem wytknąć w kąpielach naszych urządzenie niepraktykowane w żadnym mieście cywilizowanem, a w skutek którego wszystkie zakłady niemal kąpeli wannowych w Warszawie są po części domami nierządu, tém szkodliwszego, że wcale niekontrolowanego. Każdy zapewne już zgadł, że chcemy mówić o urządzeniu, na zasadzie którego w Warszawskich kąpielach wannowych obie płcie są pomieszczone na przemianę obok siebie bez żadnej różnicy, a wszystkie pokoiki łączą się z sobą drzwiczkami. Zarówno interes moralności publicznej jak zdrowia ogólnego głośno dopomina się o zniesienie takiego stanu rzeczy, z którego między innymi i to wypływa, że w Warszawie porządna niewiasta wstydzić się musi tego, że idzie do kąpeli. Łatwoby temu zaradziło rozporządzenie lekarsko-policyjne surowo nakazujące rozdział każdego zakładu kąpeli wannowych, na dwie odrębne połowy, jedną dla mężczyzn drugą dla kobiet z wyraźnymi napisami u wnieścia do każdego oddziału, według zwyczaju upowszechnionego za granicą. W związku z tém, w oddziale dla

kobiet zaprowadzićby należało posługę żeńską, pozostawiając mężką w oddziale dla mężczyzn przeznaczonym.

B. KĄPIELE PAROWE.

W pierwszej części opisaliśmy szczegółowo istniejące obecnie w Warszawie Łaznie parowe tak pod względem ich zalet jakoteż i wad; co do tych ostatnich wspomniemy tylko streszczając, że zakłady Ossowskiego, Kozłowskiego i Sitkiewicza ze względów higieny publicznej powinnyby być całkiem zniesione i nowemi zastąpione, jak to właściciel ostatniego z tych zakładów w istocie sam zamierza w krótkce uczynić. Na zakończenie dodamy jeszcze niektóre ogólne uwagi o urządzeniach Łazien parowych pod względem higienicznym.

1. *Co do sal do rozbierania i ubierania się* pożądaną jest rzeczą, aby takowe poprzedzone były sionką i przedpokojem, ogrzewane, odpowiednio rozległe i poprzedzielane na przegrody dla pojedynczych gości przynajmniej w droższych oddziałach.

2. *Rozległość parni.* W łazniach droższych pożądanę byłyby dla wygody gości, zamiast jednej wspólnej, kilka mniejszych parni mogących po kilka osób na raz pomieścić. W ogóle łaznia zbyt obszerna i zbyt wysoka jest nieprzyjemna, z powodu znacznych w takiej parni różnic temperatury.

3. *Co do sposobu otrzymywania pary,* tak zwana para sucha czyli wprost z kotła otrzymywana jest mniej przyjemna od pary wilgotnej, wydobywanęj przez polewanie wodą przedmiotów rozpalonych położonych w samej parni. Używane u nas w tym celu piece z rozpalonemi kamieniami, mają tę niedogodność:

a) że para porywa z sobą pewną ilość kopcia, który też osiada na ciele kąpiących, a nadto;

b) że położone są w jednym kącie parni, która wskutek tego przedstawia zbyt znaczne różnice temperatury w różnych swych częściach.

Ostatniój z tych niedogodności zapobiega urządzenie zaprowadzone w łaźniach zwanych *Dianabad* w Wiedniu, gdzie pod każdą ławą, na której kąpiący się spoczywa, są zasuwki do wypuszczenia pary, ławy zaś są z cienkich łat, w poprzek i w podłuż w postaci kraty ułożonych, co też zmniejsza niebezpieczeństwo poślizgnięcia się.

Obydwom zaś powyżj wymienionym niedogodnościom (*a.* i *b.*) zaradza sposób otrzymywania pary używany w łaźniach tureckich i na ich wzór urządzonych w Odessie. W łaźniach tych para ciągle i jednostajnie się wydobywa w skutek urządzenia, na zasadzie którego z kurka stosownie nakręconego woda bezustannie pada na kocioł od dołu ogrzewany, dnem do góry obrócony, pomieszczony w małym zagłębieniu w środku parni, po którego rozpalonj powierzchni spływa od środka ku obwodowi w żłobku spiralnym.

4. Ślizkość podłogi, a szczególnie stopni po których wstępuje się w górę zasługuje na uwagę pod względem policyjno-lekarskim z powodu wynikających ztąd nieraz przypadków znacznych potłuczeń, a nawet złamań kości i t. p. Zapobiedz można tym przypadkom przez urządzenie poręcz, na których mógłby się opierać gość wchodzący, a jeszcze bardziej schodzący z tych stopni. Posadzka asfaltowa tak z powodu nieprzepuszczania wilgoci, jakoteż dla mniejszj ślizkości zasługuje w łaźniach na rozpowszechnienie.

5. Co do sprzętów potrzebnych w parni pożądaném jest jeszcze, aby w każdej znajdował się ciepłomierz.

Na uwagę też zasługuje stosowne urządzenie natrysków.

6. Podobnie jak w kąpielach wannowych, tak też w łaźniach parowych pożądane są dobrze urządzone wychodki i ustępy do oddawania moczu, a w związku z tém surowy zakaz wypuszczania uryny w parni.

7. Wreszcie pod względem użycia Łaźni do celów lekarskich, komitet uważa, że stawianie baniek w łaźni parowej jest w ogóle niestosowne naganne, a nieraz nawet szkodliwe np. w zapaleniach organów piersiowych i t. p. Praktykujące się czasami w naszych łaźniach nacieranie ciała maścią siarkową (dla pozbycia się świerzby), merkuryalną i t. p. powinny być zupełnie wzbronione.

Warszawa dnia 19 Maja 1862 roku.

Członkowie Komitetu: Dr. *Szokalski*.

— *Pląskowski*.

— *Łuczkiwicz*.

— *Rosenblum*.

Stanisław *Janikowski*,
sprawozdawca.

LITERATURA ZAGRANICZNA.

II.

O gazach brzusznych z przeważném uwzględnieniem części dyagnostycznej.

(Ciąg dalszy).

■ ■ ■.

O guzach sieci i śródjelita. (Tumores omenti et mesenterii).

Odnosnie do przedmiotu o guzach sieci i śródjelicia, przytaczam najprzód następujący ciekawy wypadek, który na Klinice naszćj w. r. 1858 postrzegać mieliśmy sposobność:

1. Czelađnik krawiecki 31 lat liczący, niezna prócz obecnej żadnej innej choroby. W dziesiątym roku życia przewalony został 2 belkami na krzyże chorego spadłemi, poczem miał chory krwią kaszlać, i od czasu do czasu doznawać bólu w piersiach. W roku 1857 wstawiły się boleści w podżebrzu prawém, którym towarzyszyły wymioty i powiększenie brzucha, a które powtarzając się często, zmusiły chorego szukać pomocy w Szpitalu.

Przy badaniu znaleźliśmy chorego wybladłego nieco wychudłego, podżebrze prawe i dolna część klatki piersiowej teje strony wypuklejsze jak po stronie lewej; wymiary wątroby znacznie powiększone, od 6 żebra 2 plessimetry poniżej brzegu żebrowego, a w środkowej linii żywota do pępka sięgające, treść wątroby twarda, brzegi grube, sam trzew przy

P. T. L. W. Tom XLVII.

21

obmacaniu bolesny; śledziona prawidłowej wielkości. Poniżej powiększonej wątroby, czujemy wyraźnie oddzielony od niej, do pachwiny i blisko środkowej linii dochodzący, mało ruchomy, bez połączenia ze ścianą żywota zostający guz, który równie jak wątroba przy oddechaniu ku dołowi się zesuwa. W jamie brzusznej napotykamy nieco płynu. Po upływie 4 tygodni zauważyliśmy znaczne powiększenie guza poniżej wątroby leżącego, a nadto powstały w tym czasie dwa nowe guzy bardzo bolesne ale mniejsze, z których jeden znachodził się w okolicy żołądka, a drugi powyżej pępka. Guzy te były zdaniem naszym natury raka rdzeniowego, wszakże właściwe siedlisko ich oznaczyć było niepodobna, to jest nie mogliśmy stanowczo orzec, czy one pochodziły od sieci czy od dolnej powierzchni wątroby. W dalszym przebiegu choroby wzmożły się rozmiary dawniejszych guzów i pojawiły się nowe wielkości orzecha włoskiego w lewej połowie jamy brzucha, któreśmy oznaczyli jako guzy szypułkowate sieci, a to na zasadzie, że guzy te z łatwością do pewnej odległości posunąć, że nawet kilkoma z nich stosownie do długości szypułki, koła zakreślić się dozwalały, i dopiero po przyciągnięciu ich do wielkiej obrzmałości po prawej stronie umieszczonej, ruchomość swą utracaly. W połowie Stycznia (chory przyjęty został 18 Października 1855) pojawiły się dreszcze (które przy użyciu chininy nieustępowały), obrzmienie nóg i wejrzanie cherlacze obok nienaruszonej sprawy trawienia. W drugiej połowie Lutego, rozrosły się guzy bardzo znacznie, przepona wypartą została po stronie prawej do 3, po lewej do 4 żebra (przyczem duszność była nieznaczna), żyły ściany brzusznej narzmiły bardzo widocznie i rozciągały się niektóre aż do okolicy pachowej, do tego dołączyły się: opuchlina worka jądrowego, niezbyt oskrzelowy, wieczorowa gorączka i nocne poty, wśród których przypadłości i śpiączki chory umarł dnia 8 Marca!

Przy badaniu zwłok wykryto: obrzmienie wątroby za brzeg żebrowy $\frac{1}{2}$ " wystające, poniżej wątroby powierzchownie całkiem od niej oddzielony guz wielkości główki dziecięcjej, który wszakże pomocą szypułki do powierzchni jej dolnej był

przyczepiony; po lewój stronie tego guza, leżał drugi guz bulwiasty również z nim połączony, a w okolicy pępka na przestrzeń dłoni do ściany brzucha przyrośnięty; dalej ku stronie lewój leżała okrężnica, której zakrzywienie prawe pokrywało żołądek, jelita cienkie w górnej lewój części jamy brzusznej umieszczone pokryte były wielką siecią, której całą przestrzeń zajmowały guzy różnej wielkości, gładkie i krągłe na cienkich i długich szypułkach zawieszane. Wejście do małej miednicy pokrywały liczne guzy na otrzewnej i śródjelicu mieszczące się. Treść wątroby zajmowały dwie jamy (jedna wielkości głowy mężczyki, a druga wielkości pięści), których ściany utworzone były z miękkiej masy rdzeniowej, a próżnię uzupełniała krwawa surowica, prócz tego kilka miękkich rdzeniowatych guzów. Inne guzy wypełnione także krwawą cieczą, przedstawiały kolor ciemno-wiśniowy i mnogie utkanie naczyniowe. Guzy na wejściu do miednicy wychodziły z otrzewnej nienaruszając pęcherza ani kiszki stolcowej. Pęcherz żółciowy przedłużony, przewody żółciowe prawidłowe, miąższ wątroby ciemnocisawy.“

Na szczególniejszą uwagę zasługuje ten wypadek pod wielu względami, a temi są: nacieczenie rakowe tak rozległych rozmiarów, w tak młodym wieku chorego, — zupełnie prawidłowe zachowanie się sprawy trawienia i brak żółtaczki w obec zajęcia chorobowego wątroby do tego stopnia, że tylko mała część jej została prawidłową, — ogromna jama w prawym płacie wątroby wywołana prawdopodobnie przez wylew krwi do nacieczenia rakowego, z wytworzeniem torbieli i powtórnem złogiem rakowym, liczne torbiele krwawe w innych złogach rakowych i gładkie, szypułkowate guzy sieci, które za życia rozpoznane zostały.

Taka forma nacieczenia rakowego w sieci, należy do zjawisk bardzo rzadkich; pospolicie znajdujemy tu rozsypane mnogie guzy rakowe, skutkiem czego niknie zazwyczaj sama sieć, a przy badaniu spotykamy mniej więcej grube, kłębkowate wałki, ułożone pod zagięciem większym żołądka poprzecznie i z ukosa ku prawej okolicy pachwinowej. W innych znowu wypadkach, nacieczenie rakowe przychodzi do

skutku na całej rozciągłości sieci, przyczém ta rozmaicie zgrubiała, pokrywa całą powierzchnię kiszek przyrastając niekiedy do ściany brzusznej.

Najrozleglejsze nacieczenie w sieci sprowadza *rak galaretowaty*; we wszystkich atoli przypadkach tego rodzaju, które my obserwować mieliśmy sposobność, występował na sieci rak jako *następowy*, mając pierwotne siedlisko swe w wątrobie lub żołądku.

Rozpoznanie raka sieci bywa częstokroć trudném, mianowicie tam, gdzie wyrodzona w ten sposób sieć, w znacznej rozległości do wątroby i ściany brzusznej przyrasta; w przeciwnym razie, gdzie nacieczona sieć nieprzyrasta do ściany brzusznej, rozpoznanie żadnej nie ulega trudności z przyczyny, że same złoże rakowe leżąc bezpośrednio pod powłoką skórną, są przystępne badającemu Lekarzowi.

Drobne guzy na sieci zamieszczone niezminiają swego położenia w czasie oddechania, zato większe znowu, które wypierając w górę żołądek aż do wklęsłości przeponowej dochodzą, albo takie które do wątroby są przyrośnięte, zniżają się zawsze przy *wdechaniu*.

Drugim znamieniem rozpoznawczém jest tępy odgłos przy pukaniu nawet w chwili głębokiego wdechania, a to z przyczyny, że przy obecności większych guzów, ściana brzuszna, nawet podczas głębokiego wdechania nieoddala się od tychże na sieci leżących (jak się to dzieje przy guzach *od stosu kręgowego lub śródjelicia pochodzących*), lubo i tu odgłos może stać się na brzegach guza jawniejszym z powodu, że wówczas pomiędzy ścianę brzuszną i guz wciskają się jelita. Rozpoznanie raka sieci, jeżeli ta w postaci wałka poprzecznego pod żołądkiem zajmuje miejsce, może być nadto z łatwością orzeczone [dopiero wtedy, jeżeli będziemy w stanie wysledzić obecność raka w innym organie, albowiem zdarzają się wypadki, że sieć podobną także postać przybrać może w następstwie przewlekłego zapalenia otrzewnej albo wyrodzenia gruzelkowego, jak to nieraz już widzieć mieliśmy sposobność.

2. Rak sieci małej.

„Kobieta 68 lat licząca, przebywszy 3 prawidłowe porody, straciwszy czyszczenia w 58 roku życia, zapadła przed 2 miesiącami na dysenterję, która w początku z gorączką, bólami żywota i częstymi stolcami połączona, po wstąpieniu do szpitala, szybko ustąpiła. Z początkiem rzezonęj choroby dostrzegła chora guzowatość w podżebrzu lewém, która później nieco zmaląła, a przy badaniu kliniczném (Luty 1859 roku) okazała się chropowatą, bezbolesną, twardą, wielkości orzecha włoskiego, na wszystkie strony posuwalną (najmnień ku dołowi) i z położeniem choréj miejsce swe zmieniającą tak, że przy położeniu choréj na bok prawy, guzowatość ta schodziła aż do pępka, gdzie najwyraźniej wybadać się dozwalała. Granice żołądka nie dawały się określić ściśle, jednakże gdy chora wypła cokolwiek, uczuwaliśmy bełkotanie bardzo nisko, bo 4 palce poniżej pępka, gdzie też wyraźne chełbotanie wywołać było można. Zjawiska te wraz ze zgrzybiałością wieku i ogólném wyniszczeniem choréj kazały się domyślać, że guzowatość tę przedstawia rak w żołądku albo w małej sieci umieszczony. Rozpoznanie na raka w żołądku wyklucziliśmy dla braku przypadków podmiotowych jakto: wymiotów, bólu w żołądku i znaków upośledzonego trawienia, któreby powstać musiały,—wszelkie przeto prawdopodobieństwo przemawiało za siedliskiem *raka w małej sieci*.

Rozpoznaniu temu, drogą wykluczenia postawionemu, sprzyjała jeszcze i ta okoliczność, że rak sieci małej, jakkolwiek nader rzadko, występuje przecież pierwotnie tylko nierównie częściej posuwa się choroba na sieć małą od żołądka lub wątroby.

Oprócz raka, napotykaliliśmy także niekiedy na sieciach guzy gruzelkowe bardzo znacznej wielkości np. gęsiego jaja. Guzy *gruzelkowe* przechodzą tu niekiedy w zmiękczenie, lub owrzodzenie i wywołać mogą także przetoki, jeżeli poprzednio

stały się przyczyną zczepienia dwóch sąsiednich części przewodu pokarmowego, np. żołądka i okrężnicy poprzecznej.

Sieacie mogą być także siedliskiem innych łagodnych nowotworów np. *torbieli*, albo gniazdem *pęcherzowca* (*Ecchinococcus*), jak o tem donosi *Wagner*.

3. *Ruchoma torbiel (Cystis) w śródjeliciu.*

„Przyjęta w dniu 6 Lipca 1858 roku na klinikę 23 letnia silnej budowy i zażywna służąca, dostrzegła przed 2 lata guz wielkości orzecha w żywocie, który odtąd ciągle wzrastał, a obecnie przedstawia obrzmiałość kulistą, 6'' w przecięciu wynoszącą, bardzo ruchomą, gładką, elastyczną i jawnie chełbocącą, nad którą powłoka z łatwością podjąć, przesuwac. i w fałdy ująć się dozwala; przy pukaniu daje guzowatość ta odgłos tępy. Badanie przez pochwę świadczy, że ciało to nie zostaje w żadnym z macicą połączeniu. Usunąwszy ją ku dołowi, uczuwamy przez powłokę żywota naprężenie powrózkowate, wyraźnie z guzowatością połączone; chora przytém niedoznawała ze strony obrzmiałości, nawet przy ucisku żadnych dolegliwości ani zbroceń czynnościowych.“ Ścisłe odgraniczenie, sprężystość i chełbotanie guza dowodziło obecności zamkniętej w pewnego rodzaju worku cieczy, co z braku wszelkich przypadków zapalnych chorobę poprzedzających, stanowczo za torbiel poczytaném być musiało.

Brak również zbroczenia czynnościowego i połączenia z wątrobą lub śledzioną, kazał domyślać się, że guz ten niepochoodzi z żadnego w jamie żywota umieszczonego trzewu. Sieć nie mogła być także siedliskiem obcego ciała z przyczyny, że przy zmianach położenia jego, nie dostrzegaliśmy zmiany w żołądku, tём bardziej, że ściana brzucha oddalała się za głębszém wdechaniem bardzo znacznie od niego, coby przy zajęciu sieci większej, żadną miarą stać się nie było mogło. Z jajnika niewychodziła tu guzowatość dla tego, że w takim razie musiałyby

ruchy jęj udzielać się macicy, czego tu niedostrzeżono. Siedliskiem więc jęj musiało być tylko śródjelicie, któreto rozpoznanie nabierało tem więcej pewności, ile że przy usunięciu guzowatości, dawało się czuć owe naprężenie powrózkowate, które utwierdzało ją przy stosie kręgowym.

Najczęściej ze wszystkich nowotworów, pojawiają się na śródjeliciu guzy *rakowe*, które wychodząc z gruczołów śródjelitowych, do nadzwyczajnej dochodzą tu objętości. Cechą tego rodzaju guzów bywa: w początku długo utrzymująca się ruchomość, chropowata choć niekiedy gładka powierzchnia i szybki wzrost z równie nagłym wyniszczeniem chorego.

Gruźlica powoduje także nierzadko nacieczenie gruczołów śródjelitowych, wywołując przeto, zazwyczaj drobne ale liczne, krągłe, twarde, paciorkowato ułożone guzy, jakto często napotykaemy u dzieci zołzowych (skrofulicznych). Na szczególniejszą uwagę zasługuje znowu ta forma raka śródjelitowego, gdzie nacieczenie składa złogi rozległą przestrzeń pomiędzy dwiema blaszkami śródjelicia zajmujące, przyczem kiszki cienkie, wskutek następowego zniszczenia owych błon, w formie różyczki do stosu kręgowego przyczepione bywają. Wypadkom tym towarzyszyć zwykła puchlina brzuszna, która znowu ma to do siebie właściwego, że wypełnione gazem jelita, z powodu przyczepienia ich do stosu kręgowego nie mogą wznieść się do góry, zaczem idzie, że cały żywot daje przy pukaniu odgłos tępy, a obmacanie wykazuje leżący w głębi zwój jelitowy.



O guzach zaotrzewnych (Tumores retroperitoneales.)

Wypadki guzów *zaotrzewnych* zaliczamy do rzędu chorób, które bardzo często wydarzać się zwykły.

Najczęstszym siedliskiem tych tumorów, bywają gruczoły limfatyczne położone przy korzeniu śródjelicia na samym sto-

się kręgowym, lub obok tego, prócz czego pociągamy pospolicie pod rzezoną nazwę także i te obrzmienia, które powstają w skutek sprawy zapalnej albo następstw tejże, a umieszczone są na *tylnéj ścianie jamy brzusznej poza błonę otrzewną*, niemniej *nowotwory nerkowe*, jakkolwiek dosyć często zbywa przykładom podobnym, na istotnych cechach guzów zaotrzewnych, *któreto nzwisko należy się najwłaściwiej nacieczeniom rakowatym gruczołów limfatycznych*.

Jakoż w rzeczy samej, gruczoły limfatyczne téj okolicy, ulegają częściej aniżeli gruczoły innych miejsc, *pierwotnemu nacieczeniu rakowemu*, chociaż wyznać trzeba, że i rak gruczołów nadmienionych, pojawia się najczęściej *jednocześnie w powikłaniu z rakiem innych narzędzi*, albo jako następstwo wesania treści rakowej przez naczynia limfatyczne od innych pobliskich organów. Ztądteż pochodzi, że źródłem cierpienia rakowego gruczołów, bywa nierzadko rak części rodnych albo kiszki odchodowej, rzadziej nierównie sprowadza to rak jąder, chociaż niedawno mieliśmy chorego, u którego po odjęciu raka jądrowego wystąpiło nacieczenie rakowe zaotrzewne, które w bardzo krótkim czasie ogólném wyniszczeniem i śmiercią chorego zakończyło się.

Orzeczenie pierwotności nacieczenia rakowego jest trudném w wypadkach, gdzie rak zaotrzewny przedstawia się nam w powikłaniu z rakiem innych trzewiów brzusznych, jak np. żołądka, jelit, wątroby, śledziony i t. p. a to z przyczyny, że rzadko zdarza nam się obserwować chorego w początkowym okresie choroby, ale raczej wtedy, kiedy już liczne i w różnych miejscach wystąpiły guzy rakowe.

W owychto razach nawet oględziny pośmiertne nierozświecają częstokroć wątpliwości z przyczyny, że rak w jednéj i téj samej formie, a w różnych organach występujący, *w tym samym przeciągu czasu rozmaitym ulegnąć może przeobrażeniom*, i tak np. rak rdzeniowy gruczołów otrzewnych zachowa się przez dłuższy czas w stanie twardym i zbitym, gdy przeciwnie rak żołądka u tego samego chorego następowo powstały, rozległém pokryje się owrzodzeniem.

Rzadziej od rakowatych, napytykamy *gruzelkowe* wyrodzenia gruczołów brzusznych. Wiadomo powszechnie, że ciec-

pienie to, zajmując gruczoły przed i po boku części ledźwiowej stosu kręgowego leżące, napastuje najczęściej wiek dziecienny i wtedy przybiera nazwę *zółzów* (skrofułów), jakkolwiek nierzadkie są przykłady wyrodzenia gruzełkowego gruczołów ledźwiowych u osób dorosłych w powikłaniu z gruzełkami płuc, macicy i otrzewnej, a także wedle naszego doświadczenia u mężczyzn po przebyłej rzeżączce (Gonorrhoea).

Gruczoły tym sposobem wyrodzone przedstawiają podłużne, równoległe ze stosem kręgowym leżące obrzmienie w postaci bulwiastego, grubego powroza, które z łatwością wysłedzić się daje, alboliteż dla obecności puchliny brusznój wcale ręką badającego ująć się nie dozwoli.

Z rzędu guzów zaotrzewnych *łagodnych* wspomnieć tu wypada o *mięśniakach*; których kilka widzieć miałem sposobność, a pomiędzy którymi jeden dochodził wielkości głowy męzkiej i rozsunięwszy pokrywające go jelita, powierzchownie jako znaczna wypukłość, przez ścianę brzuszną wystawał.

Odnosnie do istoty i treści tumorów zaotrzewnych, rozmaitą przedstawia się *wielkość* tychże. Rakowato przeobrażone gruczoły limfatyczne dochodzą niekiedy w krótkim czasie do bardzo znacznej objętości, gdy tymczasem guzy z nacieczenia gruzełkowego powstałe, nieprzechodzą pospolicie wielkości kurzego jaja. Czasem znowu, zlewają się pojedyncze, odosobnione guzy w jedno wielkie, guzkowate obrzmienie, a objętość jego nie jest małożnaczną, albowiem prócz szkodliwości, jaka wypłynąć może z kierunku, w którym obrzmienie to wzrasta, wywiera także wszelka guzowatość znaczniejsza przeważny wpływ na upośledzenie czynności organów okolicznych, niemniej na ich względne położenie. Do następstw z potężnego rozrastania się guzów zaotrzewnych wynikających, zaliczamy przedewszystkiem: zdrożność (Dislocatio) śledziony, wątroby, macicy i zepchnięcie jelit cieńkich na jedną stronę.

Rozpoznanie guzów zaotrzewnych jak z jednej strony bywa czasem bardzo łatwe, tak z drugiej znowu, przy istniejących niekiedy przeszkodach badania, o czém w części ogólnej była mowa, jak również przy powikłaniach z różnorodnemi chorobami innych trzewiów, przedstawia znowu niezwalczone trudności.

Jednym z najważniejszych znaków rozpoznawczych przy tumorach zaotrzewnych w ogólności, jest *nieruchomość* ich wynikająca z przyczepienia guzów do swęj podstawy nieruchomej, któryto objaw cechujący opuszcza nas w wypadkach, gdzie guzowatość patologiczna obrała sobie miejsce na ruchomej nerce, chociaż i wtedy jeszcze guzy te pomocą wysięków, sprawą zapalną w okolicy wywołanych, niekiedy do jednego miejsca przytwierdzonemi bywają, jakto już widzieć mieliśmy sposobność.

Obmacanie daje nam także ważną wskazówkę rozpoznawczą polegającą na tém, że *ściana brzuszna w chwili głębokiego wdechu, nieprzesuwa się po guzie zaotrzewnym*, jakto widzimy przy guzach w samej ścianie brzusnej umieszczonych i w takich, które z przyczyny umiejscowienia swojego naśladować muszą ruchy przepony, ale przeciwnie, *oddala się od rzeczzonego lumoru, w kierunku od tyłu ku przodowi*, któreto właśnie oddalenie się ściany brzusnej, stanowi główną cechę różnicową guzów zaotrzewnych od innych chorób podobnego rodzaju.

Dla wyjaśnienia rzeczy, przytaczamy tu następujące przykłady:

1. *Rak zaotrzewny. Ucisk przewodów żółciowych. Żółtaczka.*

„F. M. 71 letnia posługaczka, poprzednio zawsze zdrowa, wyprowadza początek swęj choroby od bólu w okolicy żołądka, który pojawiwszy się przed 2 laty, z krótkimi przerwami, trwał ciągle aż do przyjęcia choręj na klinikę w dniu 28 Października 1856 roku, a który po spożyciu potraw cięższych się wzmacza. Badanie kliniczne wykazało: ciało wątłe, wychudnienie, skórę bardzo suchą, dolną część żywota nieco wzdętą, a w linii środkowej jego, pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mięczykowatym kości mostkowej obrzękłość twardą, nierówną, guzowatą i przy ucisku nader bolesną. Obrzękłość ta pozostaje nieruchoma, nieobniza się przy wdechaniu, w którymto czasie ściana brzuszna oddala się od nięj ku przodowi.

Wymiary rzeczzonego guza sięgają na lewo 1" za linią środkową żywota, w dole do pępka; przy pukaniu znajdujemy

nad obrzniętością odgłos słumiony bębenkowy, zaś pomiędzy pępkiem a guzem po stronie prawej jawnie bębenkowy. W czasie cztero-tygodniowego pobytu chorąg w zakładzie wzmagala się objętość nowotworu, powstała żółtaczka szybko powiększająca się, wzrastał upadek sił i wychudnienie, w końcu umarła chora dnia 28 Listopada, wśród objawów obrzęknięcia płuc.

Przy *badaniu zwłok* wykryto: nacieczenie osłon mózgowych płynem żółtawym, treść mózgu miękką, płuca gdzieniegdzie do opłucnej przyczępione, po brzegach wzdęte, a w tylnych częściach zrazikowato zwątrobiałe; za częścią odźwiernikową żołądka widzimy nowotwór wielkości dwóch pięści, dosyć zbity, na przecięciu gęstą, białawą ciecz sączący, po większej części stłuszczony, ogarniający treścią swą przewod wątrobowy i pęcherzowy (Ductus hepaticus et cysticus) i część gruczołu zażołądkowego; ściany przewodów żółciowych zgrubiałe, objętość ich zwężona, pęcherz żółciowy wypełniony ciemną, gęstą żółcią.

Skurczony żołądek, przedstawia na odźwierniku nowotwór wielkości talara, blisko 3" wystający, pozbawiony pokrycia błony śluzowej, którego otworki wysączają płyn lepki; poniżej wypuklenia Vatera (Diverticulum Vat.) widzimy guz wielkości grochu, żółtawy."

Opisany tu nowotwór, którego kliniczne rozpoznanie stwierdzone zostało oględzinami pośmiertnymi, — wychodził z przodowej powierzchni stosu kręgowego, i dopiero w ostatnich chwilach życia chorąg rozszerzył się do tkanki komorkowej przewod wątrobowy i pęcherzowy otaczającej; wywięzująca się w ostatnich dwóch tygodniach żółtaczka kazała się domyślać, że nowotwór uciska przewod żółciowy wspólny lub wątrobowy, albo takowe zwięza niezatykając ich wszakże zupełnie, czego dowód mieliśmy w zabarwieniu stolców, nawet w chwili najwybitniejszej żółtaczki. Ściany przewodów żółciowych były pomimo znacznego zwężenia ich, wolne od nacieczenia rakowego, które jak wiemy z doświadczenia, niełatwo na same ściany przewodów rozciągać się zwykło. Jakoż wi-

dzieliśmy nieraz bardzo rozległe zniszczenie tkanki wątrobowej, srod której przebiegały przewody żółciowe bynajmniej nienaruszone. Dzieje się wszakże czasem przeciwnie, że rak występuje pierwotnie w ścianach przewodów żółciowych bez naruszenia treści wątroby. W naszym wypadku świadczyła dowodnie zachowana przy żółtacze *ruchomość* wątroby przy miejscowem utwierdzeniu nowotworu, że żółtaczką nie była tu spowodowana wyrodzeniem wątroby od nowotworu posuwającym się, wyjąwszy, co także z drugiej strony przypuścić było można, że wyrodzenie to również rakowate, jednocześnie a samoistnie w treści wątroby rozwijając się, uciska naczynia żółciowe i staje się źródłem żółtaczk.

(Dalszy ciąg nastąpi).



Trzykrotne zakręcenie jelita

Opisane przez Dr. Wolfert.

W jesieni roku 1859 wezwany zostałem do chorego 5 letniego chłopca, cierpiącego od 2 dni na wzdęcie żywota. Przy badaniu znalazłem: odgłos jawny przy pukaniu w całej rozciągniętości brzucha, wyparcie wątroby ku górze i tyłowi, zatrzymanie wypróżnień stolcowych od 2 dni bez żadnych bólów i wymiotów.

Zalecone lekarstwo rozwalniające, również jak kilka dawek kalomelu później podane, pozostały bez skutku. Enemy z zimnej wody wychodziły powoli na powrót, niesprowadzając skutku żadnego tak samo i okłady z terpentyny.

Po upływie 36 godzin nie zaszła w stanie chorego żadna zmiana, prócz bardzo małej ilości stolca kalomelowego. Bólów chory niedoznaje najmniejszych, nawet przy silnym ucisku; wymiotów niema. Przez ścianę brzuszną do wysokiego stopnia naprężoną i ścięconą, przebija się zarys zakrętów jelito-

wych. Tętno uderza 110 w minucie, w sferze nerwowej żadnego niema zboczenia, chory odpowiada rozumnie na zapytania, uderza nas tylko szczególniejsza obojętność dziecka.

Powtarzane lewatywy z zimnej wody i okłady terpentynowe okazują się bezskuteczne, tak samo użycie wewnętrzne terpentyny; podany nazajutrz olejek rącznikowy został wywomitowany. Około południa tętno doszło liczby 150, żywot przeszło trzy razy większy jak w stanie prawidłowym, oddech bardzo ciężki, umysł nienaruszony, bóleci żadnych. Usiłowane gniecienia żywota i przewracanie chorego na różne strony, żadnego nie przyniosły skutku. Zamierzyłem przystąpić do nakłócia żywota, wszakże przywołany do narady kolega nie zgodził się na użycie tego środka.

O godzinie 6 wieczorem chory umarł.

Badanie zwłok dnia następnego uskutecznione, wykazało w jamie żywota dwa wyniosłe wzdęcia jelit w postaci dwóch pęcherzy, z których jeden począwszy od okolicy biodrowej prawej sięgał do wrzekomych żeber lewych i utworzony był przez część okrężnicy (Colon) od jelita ślepego do zagięcia lewego tejże, a drugi zajmujący całą dolną część żywota przedstawiało jelito zwane *S* rzymskie. Pęcherzy te wypełniały tak szczelnie całą przestrzeń, że jelita cienkie, dopiero przy gwałtowném wyparciu ich wynaleźć się dozwalały.

W zamiarze zniesienia wzdętych owych wyniosłości usiłowano sprostować kierunek przewodu jelitowego przez podniesienie okrężnicy zstępującej i wyparcie powietrza z wyniosłości dolnej przez jelito odchodowe, wszakże usiłowania te były daremne.

Dopiero po nacięciu ścian wzdętych i opadnięciu tychże przekonano się, że *przyczyną tego wzdęcia było zakręcenie jelita, i to w trzech punktach*, tak, że jedno okręcenie miało miejsce w okrężnicy zstępującej około jej osi poniżej zagięcia lewego (flexura sinistra), drugie w dolnym końcu tej okrężnicy w dołku biodrowym lewym na przejściu w *S* rzymskie, a trzecie w przebiegu jelita prostego; każde okręcenie zaś było tak silne, że nawet po opadnięciu ścian jelita, przed odłożeniem zupełném, wody wcale nieprzepuszczało.

Powodem tego zakręcenia było jak się zdaje, zbyt krótkie śródjelicie okrężnicy zstępującej.

Na uwagę zasługuje w tym wypadku ta okoliczność, że chory ten przed rokiem podobnych, choć w małym stopniu doznawał przypadłości, a stryj jego skutkiem takiej samej choroby życie zakończył.

Z pomiędzy licznych wypadków zupełnego zatkania przewodu jelitowego przez okręcenie kiszki, nieprzypominam sobie ani jednego, w którymby trzykrotne okręcenie miało miejsce, a gdzie choroba ta z przyczyn anatomicznych (może wrodzonych?) koniecznie kiedyś wywiązać się musiała, gdzieby nadto przy wezbraniu gazów w okrężnicy poprzecznej i następnej zmianie położenia, okrężnica zstępująca nieprawidłowo krótko utwierdzona, a tém samym do poprzecznej zniżyć się niemogąca spowodować musiała w górze i w dole zupełne około osi swój okręcenie.

Przykład ten rzuca także światło na te przypadki, w których na podstawie rozpoznanego okręcenia jelit, po uskutecznionej operacji przetoki (fistula) lub sztucznego otworu stolcowego, zaraz po nacięciu ścian jelitowych zdrożność przewodu kiszki przywróconą zostaje, a w czém nie tyle wydalenie kału jak raczej nagromadzonego tu gazu, pomagać zdaje się.

Co się mnie tyczy mam silne przekonanie na oględzinach pośmiertnych oparte, że *do przywrócenia zdrożności przewodu kiszki w tym wypadku byłoby wystarczyło samo nakłócie jelita* za pomocą trójgrańca jeszcze w ostatnim dniu choroby, albowiem ściany jelita okazały się tu nie naruszone.

(Allg. m: Central Zeitung Nr. 14).

Dr. Ł.

■ ■ ■.

Regurgitacya krwi do lewego przedsionka.

Opisał

Dr. Ad. L ö f f l e r.

W dniu 2? Stycznia b. r. przyjęto w oddziale chorób piersiowych Dr. Kolisko, chorego 41 lat liczącego parobka, którego

badanie wykryło: żółtaczkę i powiększenie żywota z opuchliną, pomniejszenie wątroby, obrzmienie śledziony, w płucach z tyłu nierówno pęcherzykowe rzężenie, wymiary serca poprzeczne nieco większe, w komórce lewej w miejscu 1 głosu długi przeciągły szmer i wzmocnienie drugiego głosu tętnicy płucowej.

Chory ten leczony przed 2 laty w tym oddziale na długo trwały zanik wątroby (*Atrophia hepatis chronica*) nieprzedstawiał żadnego szmeru sercowego.

Jakkolwiek zatem wzmocnienie 2 głosu tętnicy płucowej i mierne rozszerzenie prawej komórki serca wywołane być mogło obecnie przez wyparcie i ugniecenie płuc, byliśmy przecież zniewoleni, uwzględnwszy cały obraz choroby, ustanowić rozpoznanie na *niedomykalność zastawek dwukończystych* zastrzegając przytém możliwość wywołania tego szmeru sercowego przez samą chropowatość na zastawkach.

Chory umarł dnia 5 Lutego śród przypadków śpiączki, obok wzmocnienia się żółtaczki i opuchliny po obfitem kilkakrotném krwawieniu z nosa, a przy badaniu zwłok wykryto: ziarnkowate wyrodzenie wątroby, lekkie obrzęknięcie płuc z wyjątkiem szczytu i prawych brzegów, które małą ilość krwi zawierały, obok *najzupelniej prawidłowych zastawek, ujść serca w obu komórkach* i mięśnia sercowego.

Wypada zatem zastanowić się i zbadać, jaki był powód fizyczny owego szmeru tak wyraźnego i statecznego, który stał się powodem pomyłki w rozpoznaniu? Wiadomém jest powszechnie, że krew lewej komórki nawet bez żadnych wadliwych zmian w zastawkach może w chwili skurczu serca, *cofać się po części* ku lewemu przedsionkowi. Narzędzia bowiem przeznaczone do zatamowania wstecznego cofania się krwi z komórki do przedsionków, są mięśnie brodawkowe, które kurcząc się ku ścianie serca czynność tę odbywają. Przy znaczném więc *wyrodzeniu mięśni sercowych*, stać się niewątpliwie może, że przy niedostatecznym podówczas działaniu ich, napierająca ku zastawkom w chwili skurczu krew, do przedsionka przycisnąć się jest w stanie. W naszym wypadku atoli, przypuszczenie takie, równie jak domysł zbytecznej szerokości ujścia sercowego, wcale przyjęte być nie może. Zachodzi przeto pytanie, czy podobne cofanie się krwi do przed-

sionka, może mieć miejsce bez żadnej *widocznej miejscowej zmiany?*

Pospolicie naznaczamy mięśniom brodawkowatym główną i jedyną rolę przy powstrzymywaniu krwi do przedsionka wciśkającej się, jednakże zdaniem naszym, jest tu jeszcze drugi czynnik w tej sprawie niemniej od tamtego ważny, a tym jest *nacisk krwi* pochodzący od fali napicrającej w chwili skurczu na zastawki, które jej bronią wstępu do przedsionka. Nacisk ten, który w wypadkach niedomykalności bardzo ważną przynosi usługę ma naturalnie miejsce i przy zastawkach prawidłowych.

W niedomykalności zastawek dwukończystych, może czasem przy *słabszych* ruchach serca, szmer *zniknąć zupełnie* a to przez to, że *nacisk* krwi w komórce znajdującej się, przy *słabszym* nacisku mięśni sercowych w skurczu, niema *tylko siły aby sprowadzić cofanie się krwi do przedsionka*, i wywołać właściwy szmer, co zawsze ma miejsce przy mocniejszym natłoku krwi do przedsionka wskutek silnego działania mięśni sercowych przy skurczu.

Gdy jednak jak w naszym wypadku, ilość krwi do lewej komórki przyptywającej z powodu uciśnionych płuc, mało krwi w sobie zawierających, równie jest mniejszą, musi także i nacisk tejże fali krwi na zastawki dwukończyste, o wiele być *słabszym*. Jeżeli nadto, co łatwo przypuścić, siła innerwacji serca, powodująca skurczenie mięśni sercowych, będzie niedostateczną (czego anatomia wykazać niezdola), a tém samem i działanie mięśni brodawkowatych okaże się słabszém, stać się może w takim razie, że *niedostateczność obydwóch czynników*, które cofanie się krwi do przedsionka tamować mają, *ułatwia także cofanie się tejże i sprowadzić może, w obec nienaruszonych zastawek szmer skurczowy w komórce lewej*.

Dr. Ł.



Przykład zwięzienia tchawicy.

Opisany przez Docenta Dra Türck, odczytany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu 7 Lutego.

Wypadek który tu ogłosić zamierzamy, zasługuje na uwagę kolegów z dwóch przyczyn, to jest raz ze względu na wysoki stopień choroby, powtóre dla tego, że cierpienie to po pierwszy raz dopiero za pomocą wziernika krtaniowego wykrytém zostało. Oto szczegółowy opis jego:

„Uczeń rzemiosła szewskiego 18 lat liczący, wysmukłej budowy ciała, zapada od pół roku na duszność, która szczególnie w czasie szybszego ruchu występuje, a której przy wdechaniu towarzyszy szmer pochodzący oczywiście od utrudnionego przeciskania się powietrza przez tchawicę. W ostatnich tygodniach pogorszył się stan choroby do tego stopnia, że chory biegnąc wcale niemoże, częstokroć pracę swoją przerywać, a położywszy się, dla ulżenia na łóżku przesiadywać jest zmuszony.

Przed wstąpieniem do szpitala (26 Stycznia t. r.) miał chory głos zupełnie czysty i silny, niedoznawał żadnych dolegliwości, a dopiero w szpitalu pojawiła się przemijająca chrypka z bólami po obu stronach klatki piersiowej i kaszel, którego przypadki z wyjątkiem rzadkiego kaszlu, znowu przed kilkoma dniami ustąpiły. Ani bólu w krtani lub tchawicy, ani przeszkód w połykaniu niedoznawał chory nigdy.

W czasie spokojnego *wdechania* zapada nieznacznie boczna część szyj i dołek nadmostkowy, zagłębia się bardzo widocznie okolica dołka podmostkowego wraz z chrząstkami dolnych żeber prawdziwych i górnych wrzekomych, kiedy jednocześnie rozszerza się górna część klatki piersiowej ku przodowi, a dolna na boki, okolica zaś podpepkowa żywota, dla obniżenia się przepony znacznie wypuklejszą się staje. Przy *wydechaniu* wyrównywa się zapadła poprzednio okolica podmostkowa, pomimo zakłaknienia dolnej części mostka, rzemiosłem wywołanego.

Ten rodzaj zбочenia oddechowego napotykaemy przy zwężeniu krtani (Laryngostenosis) do wysokiego stopnia posunięciem, a także widziałem je raz przy zwężeniu tchawicy przed kilkoma laty, kiedy jeszcze badanie wziernikowe nie było znane.

Przyczyną tego zjawiska, które tylko u osób młodych widzieć mi się zdarzało, nie może być zdaniem moim nic innego, jak, że przy silnym podniesieniu żeber i niżeniu przepony w czasie wdechania, powietrze w klatce piersiowej, dla zatomowanego przejścia przez krtani lub tchawicę, bardzo znacznie rozrzedzonym zostaje, w skutek czego podaje jeszcze chrząstki żebrów napierającemu powietrzu zewnętrznemu z potrzebną do tego mocą oprzeć się niezdolają.

Ztąd też pochodzi, że oddechanie staje się u takich chorych przeciągłe z towarzyszeniem chrapiącego, syczącego i głośnego szmeru, podobnego do tego, jaki słyszymy przy oddechaniu osób wołowatych (struma), co najwyraźniej słyszeć się daje przy *wdechaniu*.

Badanie fizykalne płuc podaje odgłos jawny i pełny w daleko rozleglejszych rozmiarach obok bardzo cichego, przy najgłębszym nawet wdechaniu, szmeru oddechowego i niewyraźnego mrużenia na całej przestrzeni klatki, co dowodzi, że w następstwie nadmienionych przeszkód w oddechaniu, wyrodziło się wzdęcie płuc (Emphysema pul.). Tętno serca i tętnicy głównej czyste, tętno 80—100, liczba oddechów 12—16, gruczoł tarczykowy bardzo nieznacznie powiększony, łatwo posuwać się dający; ucisk na krtani i tchawicę niewywołuje żadnej dolegliwości; przypadków sinicy ani obrzmienia nóg niema.

Głos chorego jasny i czysty, staje się tylko słabszym w chwili, gdy chory chce krzyczeć.

Badanie wziernikowe krtani nieprzedstawia żadnej nieprawidłowości ani w niej ani w głośni, ani w częściach sąsiednich; śledząc zaś tchawicę dostrzegamy, że przewód jej w miejscu niezbyt odległym, *zwęża się tak znacznie, że zamiast zwyczajnej obszerności zaledwie wązką od tyłu ku przodowi przebiegającą przedstawia szczelinę*. Pomimo

obrzmienia i zaczerwienienia błony śluzowej pokrywającej część tchawicy przed zwężeniem leżącej, możemy z łatwością rozpoznać kilka pokrytych przez nią obrączek chrząstkowych przewodu tchawicowego.

Brzegi szczeliny przez zwężenie powstałej, okazują się nierówne; rozszerzają się one przy wydechaniu przyczem szczelina staje się szerszą jak przy wdechaniu, podczas którego zapewne szczelina pod naciskiem powietrza zmniejsza się, a zawarty w tchawicy przed zwężeniem śluz przy zetknięciu się z powietrzem, słyszany wydaje szelest wdechowy.

Szczególne zajęcie przedstawia badanie wziernikowe w chwili, gdy chory wydaje wrzaskliwy, wysoki i silny głos; wówczas (działo się to przy wydechu) dostrzegłem wyraźne drganie brzegów szczeliny w całej długości jej, kiedy przeciwnie więzadła głośni, szeroko rozwarte, w zupełnym znajdowały się spoczynku, z czego widzimy, że brzegi szczeliny tchawicowej spełniały obowiązek więzadeł głośni.

Na chorym tym, miałem sposobność stwierdzenia jednej dawno już uczynionej obserwacji, a która polega na tém, że przytrzymując głowę chorego przy badaniu wziernikowym w kierunku prostym, w któremto położeniu więzadło stożkowe (lig: conicum) wolnieje, że wtedy błona śluzowa pokrywająca to więzadło, podczas wdechania wypukła się ku tyłowi, przez co się dzieje, że na przodowej ścianie krtani występuje na pozór poprzecznie ułożony fałd wałeczkowaty.

Dr. Ł.

IV.

O zastosowaniu ciepłomierza do rozpoznawania chorób i rokowania w chorobach,

Wunderlich w bardzo uczonój i godnój uwagi rozprawie (Arch. d. Heilk. 5 Heft.) wykazuje pożytki, jakie przynosi zastosowanie ciepłomierza, czyli termometru do rozpoznawania chorób i rokowania w chorobach (Diagnosis et prognōsis). Sądzymy, że nie od rzeczy będzie, przytoczyć tu, z tój wybornej pracy, następujące elementarne zasady *patologicznej thermonomii*.

1. Właściwa ciepłota ciała ludzkiego, na zupełnie zasłoniomych miejscach jego powierzchni, wynosi w stanie prawidłowym mniej więcej około $29,5^{\circ}$ R. Wszelako obecność tego normalnego ciepła nie jest żadną rękojmią zdrowia.— Jednakże każde widoczne zboczenie od normy, to jest każde podwyższenie ciepła nad 30° R. i każde zmniejszenie niżej 29° R. może być uważaném za znak chorobowy.

2. Zboczenia od stanu normalnego ciepła nie są bez przyczyny czyli bez znaczenia tak pod względem objawu, jak co do wielkości i formy odmian czyli fluktuacyi. Zboczenia te trzymają się pewnego ścisłego prawa. Są one z jednéj strony wynikiem pewnego przypadkowego wpływu na ciało, a z drugiej strony rezultatem obecności zaszłych zmian chorobowych w ciele.

3. Normalne ciepło zdrowych indiwiduumów jest stosunkowo *niezmienném*. Wieloliczne wpływy, które na zdrowe indiwiduum działają, o ile tylko nie czynią je chorém, mogą jego ciepło zaledwie o pół stopnia podwyższyć lub zniżyć. Zach-

wanie ciepła normalnego wśród rozmaitych wpływów, to jest niezmiennosc normalnego ciepła jest dowodem zdrowej konstytucji.

4. Ruchliwość czyli zmienność ciepłoty na wpływy zewnętrzne, jest oznaką pewnego zбочenia w ciele. Wpływy, które w żaden sposób nie zmieniają ciepłoty zdrowego człowieka, mają bardzo uderzające odwrotne działanie w chorobliwym jego stanie. Oznaczenie przypadkowych zmian temperatury u ludzi posiadających ciepłik normalny, jest środkiem prowadzącym do rozpoznawania i określenia istniejących lub ukrytych chorobowych zбочeń.

5. Istotne czyli essencyalne zmiany temperatury, to jest takie, które powstały ze sprawy chorobowej, są tćm więcej stałemi, im procesa chorobowe są więcej typiczne i rozwinięte. Wszelako i tu mogą zachodzić przypadkowe zбочenia, to jest podwyższenie i zniżenie ciepłoty już zmodyfikowanej sprawą chorobową w skutek przypadkowych wpływów. Ale zбочenia te są zawsze tylko przemijające i krótko trwałe.

6. Temperatura ciała nie jest jedyną, ale w wielu razach najpewniejszą miarą pod względem ogólnego postępowania w chorobach i ztąd nieodzowną dla dokładnej obserwacji chorych.

7. Ciepłota w chorobach może być normalną, podwyższoną lub obniżoną, albo nierównie rozdzieloną na różnych okolicach ciała.

8. Temperaturę normalną w chorobach, uważać należy tylko jako znak względny. Uważana sama w sobie wyłącza pewne formy choroby. Porównywana z poprzedniem podwyższeniem lub obniżeniem temperatury, oznacza, że ma miejsce niezwichniony przebieg lub że takowy nastąpił, albo że pochod choroby zbliża się do wyzdrowienia.

9. Przy nieprawidłowćm podwyższeniu ciepłoty mamy do uważania i ocenienia:

a) Jednorazową wysokość i *b)* Postępczyli zmianę temperatury.

10. Podwyższenie temperatury zwykło się łączyć ze zmianami poczucia chorych (z uczuciem osłabienia, dreszczem, poczuciem gorąca, z pragnieniem, bólem głowy, i z powiększe-

niem prędkości i szybkości tętna (*frequentia et celeritas pulsus*), wszelako znakomite podwyższenie ciepłoty o 2 lub więcej stopni, może się trafiać przy pozornie dobrym zdrowiu i tętnie normalnym. Podwyższenie temperatury jest więcej znakiem stanowczym, aniżeli poczucie dobrego mienia i normalność tętna.

11. Stopień podwyższenia temperatury zachowuje się często w proporcji do stopnia prędkości tętna i do innych znaków ogólnego cierpienia. Wszelako daleko częściej harmonia ta nie jest zupełną lub wcale nie istnieje. W wypadkach, w których zachodzi dysproporcja pomiędzy podwyższeniem ciepłoty a innymi zjawiskami gorączkowymi, prawie bez wyjątku wysokość temperatury jest miarą gorączki.

12. Jednorazowa obserwacja nieprawidłowej wysokości temperatury, jakkolwiekby ona niską lub wysoką być mogła, nie daje żadnego pewnego wniosku co do rodzaju choroby. Oznacza ona, że indywidualum w ogóle jest choré (przy każdym podwyższeniu temperatury); że indywidualum gorączkuje (przy znakomitým podwyższeniu temperatury); że nakoniec ono zagrożone jest w wysokim stopniu niebezpieczeństwem (przy najwyższej możebnej wysokości temperatury).

13. Przy łączném rozważaniu innych warunków chorego, z jednorazowej obserwacji chorobowo podwyższonej temperatury, można niekiedy oznaczyć cierpienie co do jego rodzaju, lub ustanowić brak domniemanego gatunku choroby.

14. Przy łączném rozważaniu inną drogą zrobionéj diagnozy co do gatunku choroby, z jednorazowej obserwacji wysokości temperatury, nieraz można zawnioskować o lekkości lub niebezpieczeństwie cierpienia.

15. Ciepłota ciała prawie we wszystkich chorobach, w których zwykle bywa podwyższoną, nie pozostaje jednakowo równą w biegu 24 godzin. Te zmiany dziennéj ciepłoty ciała czyli fluktuacye, zwykły zachowywać pewne reguły, które częścią ogólnie są ważne, częścią są tego rodzaju, że oznaczają okres i stopień choroby, albo że od nich zależy wzrost choroby lub polepszenie.

16. Przypadkowe zboczenia dniowej temperatury mogą być spowodowane w gorączkowych chorobach przez niektóre oko-

liczności, a z tych najczęstszymi są: występujące powikłania i nagłe pogorszenia, zatrzymanie stolca i obfite wypróżnienia stolcowe, wypróżnienie przepełnionego pęcherza, samowolna lub sztuczna utrata krwi, przenoszenie chorych, błędy w dycie, działanie lekarstw, pomyślnie rozdzielenie się choroby.

17. Ciągła regularna obserwacja postępu temperatury przez cały przebieg choroby, dostarcza najważniejszych danych dla oceny każdego gorączkowego przypadku chorobowego.

18. Ciągła obserwacja przypadków uczy nas poznania stosunkowych praw w biegu gorączkowych chorób, a przeto dostarcza najpewniejszej zasady dla oceny szczegółowych przypadłości.

19. Ciągła obserwacja temperatury pewnego okresu chorobowego, może sama przez się stanowić o pewności diagnozy co do rodzaju choroby, a przynajmniej uzupełnia materiały dla diagnozy w nader korzystny sposób i częstokroć dostarcza najważniejszy, a poniekąd jedyny środek do rozstrzygnięcia wątpliwéj diagnozy.

20. Odmiana temperatury w biegu choroby daje nam poznać jej okresy i stanowiska (periodi et stadia) i oznacza punkt przejścia z jednego w drugi okres. Obserwacja wreszcie temperatury jest najpewniejszym i jedynym środkiem dla odróżnienia okresu rozwoju choroby, od okresu wyzdrowienia.

21. Ciągła obserwacja temperatury wskazuje najpewniej stopień choroby, stopień jej odmian, polepszeń, pogorszenia.

22. Śledzenie postępu temperatury poucza nas o wycie *nie-regularności* przebiegu, które częścią zawisły od przypadkowych okoliczności, częścią mogą być spowodowane działaczami terapeutycznymi.

23. Obserwacja ciepłoty wskazuje chwilę, albo przedział czasu, w którym się kończy proces chorobowy i dozwala często zawnioskować o rodzaju choroby, jej pojedynczości i powikłaniu, oraz ocenić zupełność lub niezupełność wyzdrowienia. Procesy chorobowe nie są zupełnie skończone, jeżeli normalna temperatura nie powróciła, i jeśli się ta nie zachowuje w każdéj porze dnia.

24. W okresie wyzdrowiania czyli rekonwalescencji, nowe podniesienie temperatury zwykle oznacza powrót choroby czyli recydywę albo zapowiada nową chorobę i poprzedza niekiedy inne symptomata na kilka dni. Utrzymywanie się nienormalnej wysokości temperatury przy powracającym zdrowiu jest pewnym, a niekiedy jedynym znakiem niezupełnego ukończenia się choroby, lub jest zwiastunem następowej choroby.

25. Obserwacja ciepłoty może sama przez się, lub w połączeniu z innymi symptomatami być wskazówką zbliżenia się śmiertelnego zejścia.

26. Zmniejszenie się temperatury poniżej *normy*, trafia się tylko w niektórych warunkach, niekiedy przy pomyślnym ukończeniu się choroby, a wtedy obniżenie temperatury jest przemijające i zaraz przechodzi w normalną, także niekiedy w rannych remisjach przebiegu przepuszczającego (*decursus remittens*) i w apyrexii przebiegu przestankowego (*decursus intermittens*), in acuto collapsu z gorączką i bez gorączki, w chronicznych wyniszczających stanach (*Marasmi*) niekiedy w konaniu.

27. Pewne nierówne, uderzające rozdzielanie się temperatury na równych okolicach ciała, trafia się w okresie zimna gorączkowego in Collapsu et in Agonia, niekiedy w ciężkich cierpieniach piersi i podbrzusza, niekiedy w miejscowych cierpieniach skóry w cząstkowych porażeniach.

Chodakowski.

Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 6 Maja 1862 roku.

(Prezes Dr. Kulesza).

Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia.

Sekretarz staty (p. Szokalski), w związku z kwestyami higieny szpitalnej rozbieranemi na poprzednim posiedzeniu, zwrócił uwagę kollegów na smutny stan czystości powietrza w klinice terapeutycznej i w niektórych innych salach Szpitala Dzieciątka Jezus. Do źródeł zanieczyszczenia powietrza w naszych szpitalach zaliczył między innymi bieliznę niestosownie praną, wskutek oszczędności wody źle płukaną, a zatém nasyconą mydłem, które powoli rozkładając się, daje właściwe wyziewy smrodliwe. Na piętrach szpitalnych najwyższych zaleca kollega Szokalski przyrząd wentylacyjny tani, łatwy do zastosowania, składający się z kominków drewnianych wychodzących z sufitu aż do dachu, a o skuteczności którego miał kollega Szokalski sposobność przekonać się w Instytucie Oftalmicznym, gdzie przyrządy takie zaprowadził.

P. *Janikowski* (ojciec) nadmieniał, że taka wentylacja podobnie jak wszelka tak zwana *naturalna wentylacja* w locie musi być bezskuteczna; przytém przypomniał to, o czém była mowa na poprzedzającym posiedzeniu, a mianowicie, że

z porównania wentylacji w szpitalach angielskich i francuzkich pokazuje się, iż przed innymi środkami sztucznie przewietrzającymi, tak z powodu ceny jakoteż skuteczności zasługują na pierwszeństwo kominki, na których bez ustanku utrzymuje się ogień.

P. *Narkiewicz Jodko* był zdania, że przy takim spełnieniu sali, jakie w Szpitalu Dzieciątka Jezus zwłaszcza w porze zimowej ma miejsce, utrzymanie czystości powietrza będzie zawsze nader trudną rzeczą: tak, że chyba zbudowanie nowego Szpitala mogłoby w tej mierze przynieść ułatwienie.

P. *Janikowski* (syn) zwrócił uwagę na smrodliwość wychodków w naszych szpitalach, tudzież na szkodliwość wynikającą z użycia zbyt wielkich sal, zwłaszcza dla chorych chirurgicznych i tak zwanych gangrenowych, gdzie wielkość sal i zbyt mała może stosunkowo posługa stoi na przeszkodzie szybkiemu wynoszeniu z sal różnych materyi, które swym rozkładem zarażają powietrze.

P. *Sztumer* odczytał swe uwagi nad obserwacją choroby mózgowej, opisaną w jednym z dzienników lekarskich francuzkich przez p. *Mesnet*, w którymto przypadku najbardziej uderzającym za życia objawem był popęd niepohamowany do biegnięcia po linii niemal prostej, ale nie zupełnie przed siebie tylko nieco ukośnie na lewo, po śmierci zaś znaleziono wielki guz w przednim płacie półkuli mózgowiej tejże strony, cisnący na odnogi mózgu i wzgórki wzrokowe. W związku z tém opisał kolega Sztumer podobne przypadki, które już od pewnego czasu spostrzega u jednego ze swych chorych, i zakończył uwagami nad przyczyną fizyologiczną tego rodzaju ruchów, które kolega uważa za ruchy kołowe czyli ujeżdżalniowe (*mouvements de manège*) po kole mającém bardzo wielki promień.

P. *Szokalski* przypomniał doświadczenia *Magendie'go*, *Longeta* i innych, w których przecięcie wzgórków wzrokowych lub odnóg mózgu pociągało za sobą owe ruchy kołowe zwierzęcia, które sam miał sposobność spostrzegać przy doświadczeniach robionych na królikach w celu przecięcia nerwu trójdzielnego w mózgu, ilekroć przypadkiem igła uderzyła

o odnogi mózgu (pedunculi cerebri). Ruchy te zdaniem pana Szokolskiego nie polegają (jak to *Schiff* twierdził) na porażeniu pewnych mięśni, ale na niejakiem porażeniu poczucia ruchów, będącego tych ruchów kontrolą (Muskelsinn), a któreto porażenie pociąga za sobą pewne zboczenia w assocyacji ruchów.

Co do téj okoliczności, że w przypadku Dr. Mesnet pomimo nader znacznego guza w przednim płacie mózgowym nie było wcale przypadłości ze strony władz umysłowych lub uczucia, to tak samo rzecz się miała w przypadku wielkiego guza wychodzącego ze skrzyżowania nerwów wzrokowych, opisanego przez kolegę Szokalskiego w dwóch pierwszych tegorocznych poszytach Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego.

W ręście co się tyczy mimowolnego popędu do biegnięcia na przód, wspomniał p. Szokalski, że przypadłość ta zdarza się przy rozmiękczeniu mózgu, a nadto, że pojawia się także jako symptomat zupełnie przechodowy u osób przedtém i potém całkiem zdrowych na mózgu.

Co do ruchu ukośnie na przód skierowanego, p. *Jodko* nadmieniał, że przy niższych stopniach bezwładu (paresis) mięśni prostych oka, często się zdarzają takie zboczenia z prostego kierunku w chodzie. Nerw mięśnia paretycznego musi się bardzo wyteżać, to wyteżenie czuć się daje w ośrodkach nerwowych i chory mimowolnie przez współruch w tymże kierunku skręca swój chód.

P. *Szokalski* w ten sposób starał się zjawisko to objaśnić, że jeśli jeden z mięśni prostych oka szczególnież zewnętrznego lub wewnętrznego jest porażony, wtedy powstaje podwójne widzenie (diplopia), chory mimowolnie zwraca głowę ku stronie porażonego mięśnia i to przyczynia się do zbłąkania ruchów całego ciała, a mianowicie w chodzie dostaje się zawrotu, albowiem oko już nie jest w stanie ruchami swemi równoważyć ruchów ciała.

P. *Helbich* zna chorego, który przed laty dostawał od czasu do czasu diplopii na lewém oku i w tedy idąc bezustannie skręcał na lewo, tak, że chcąc iść prosto, musiał zawięzywać oko; równocześnie miał nieczułość skóry na lewéj dolnéj kończynie.

P. *Jodko* był zdania, że tłumaczenie p. Szokalskiego stosuje się do *zupelnych* porażeń mięśni prostych oka, jego zaś (kolegi Jodka) tłumaczenie, do porażeń *niezupelnych*. Wspomniał też przy téj sposobności o fizyologiczném tłumaczeniu zawrotu powstającego u osób, które patrzą na dół ze znacznej wysokości; zawrotu tego główną przyczyną ma być dysharmonja w działaniu między mięśniami powierzchownemi, a głębokimi oka, te ostatnie bowiem przyzwyczajone są do akomodowania wzroku na daleką odległość tylko w takich razach, gdy patrzymy przed siebie lub w górę, nie zaś gdy patrzymy na dół.

P. *Szokalski* sądził, że w tych razach ważniejszy jest element umysłowy, to jest przypuszczenie grożącego niebezpieczeństwa.

P. *Bącewicz* z chorób epidemicznych spostrzegął odrę z bardzo łagodnemi przypadłościami; — gorączkę śluzową (febris mucosa) po większej części z nader wolnym przebiegiem, w której emetyk niepomagał, ale pogorszał stan; wręście w ostatnich czasach gorączkę tyfoidalną. Szczegółowo opisał kollega Bącewicz wypadek nader ciężkiego tyfusu przywiezionego z zagranicy, a mianowicie u chorego, którego brat umarł był w Liége na tyfus. Chory, którego tutaj leczył p. Bącewicz zapadł już w drodze we Wrocławiu i zaledwo dojechał do Warszawy. Bredzenie trwało u niego przez 5 tygodni, chwilowo tylko przerywane przez użycie piżma; znaczne krwotoki kiszek powodowały użycie roztworu chlorniku żelaza. Obecnie chory już przychodzi do siebie, a nadzwyczaj rozległe zgorzeliiny na karku, krzyżu i na pośladkach, zagajają się stopniowo.

W końcu posiedzenia p. *Weinberg* opowiedział przypadek nader obfitego krwotoku kiszek z niepomyślném zakończeniem.

Do Redakcyi Tygodnika Lekarskiego

*w odpowiedzi na artykuł wstępny w Nrze Tygodnika
z dnia 22 Maja b. r.*

Redaktor Tygodnika zamieszczając w piśmie swoim z dnia 1 Maja ogłoszenie o wydanym pierwszym poszycie Pamiętnika wspomina o wstępnym artykule naszym: *ściśle badanie, proste leczenie*, zbywając go jedném słowem *wybornie napisany*.

W trzy tygodnie potem, przeczytawszy Przegląd Krakowski, gdzie szczególnym zbiegiem okoliczności położono to samo godło jakie my położyliśmy na Pamiętniku, rozwodzi się szeroko nad niém, usiłując przekonać Prof. *Dietta*, że właściwiej byłoby zaznaczyć postępowanie dzisiejszego Lekarza wyrazem: *trafne leczenie*, w miejsce użytego przymiotnika *proste*.

Dlaczego p. Natanson zaniedbał krytycznego rozbioru tego mówiąc o naszym artykule téj saméj treści, nazwanym przez niego „wyznaniem wiary redaktora? niewiemy; czy się to stało z grzeczności (?) dla bliższego z nami koleżeństwa, czy z lekceważenia?—odgadnąć trudno; ale to pewna, że doradzana temu godłu przez p. Natansona poprawka okazała się niewczesną i niczem nieusprawiedliwioną. Ponieważ w artykule powyżej nadmienionym staraliśmy się ile możności obszernie i zrozumiale wyłożyć powody zniewalające nas do nacechowania Pamiętnika rzeczonym godłem, gdzie także podaliśmy dokładne tych słów wyjaśnienie, odsyłamy przeto dla uniknienia straty czasu i miejsca, czytelnika i redaktora Tygodnika do Styczniowego poszytu Pamiętnika.

W numerze Tygodnika z dnia 22 Maja powstaje dalej Redaktor owego pisma w obronie zasady *możliwości i potrzeby tworzenia szkoły lekarskiej*, a w szczególności narzuca kollegom z Uniwersytetu Krakowskiego wychodzącym znamiona odrębności i nazwę osobnej szkoły Krakowskiej.

Dużoby pisać się dało o tém, jaka zachodzi różnica pomiędzy dawniejszém, do nas w historycznym spadku przeniesioném pojęciem odrębności szkół lekarskich, a dzisiejszym sposobem widzenia rzeczy; niemniej o potrzebie i pożytku takiego rozróżnienia w naszym czasie, gdzie medycyna stała się nierozdzieloną i uzupełniającą częścią wielkiej rodziny nauk przyrodzonych, mającej jedną i jedyną cechę: badania zjawisk natury i organizmu na drodze rozumowego doświadczenia, z odniesieniem się do szczegółowego założenia każdej z osobna gałęzi,—my w naszym wyłącznym zakresie redaktora czasopisma lekarskiego wyznajemy, że dowody przez p. Natansona przytaczane nieprzekonały nas bynajmniej o potrzebie tego rozdziału. Cechy z resztą wskazane w tym artykule Profesorowi Dietl mające służyć do założenia osobnej szkoły, są tego rodzaju, że żadnej szkoły tworzyć niemogą i niepowinny. Wié o tem Prof. Dietl bardzo dobrze, dlatego też nie chce zaszczytu twórcy osobnej szkoły i nieznęca go nawet do tego pochlebnie ułożone pobudki redaktora Tygodnika.

Co się wreszcie tyczy samych znaków odrębności szkoły zwanéj Krakowską, podawanych przez Redaktora Tygodnika, to wyszukanie ich może być raczej ubliżającym aniżeli pochlebném a co bardziej, że charakterystyka ta więcej ubliża innym właśnie Lekarzom jak Krakowskim. Główném znamieniem téj szkoły ma być wedle p. Natansona *niewolniczość chińska*, do której dla złagodzenia wrażenia, dodaje p. Natanson inne cechy do charakterystyki *lekarskiej* wcale nieodnoszące się, jak „zacność zasad, zamiłowanie języka rodzinnego, takt koleżeński,“ a nawet: „dokładna znajomość nauki.“ Zaprawdę miksura ta kojąca, dosyć niezręcznie nawet ocukrowana.

Jak pierwsza cecha „chińczykostwa“ (którą Redaktor Tygodnika niby od kogoś innego wypożycza (!) kładąc mimoto na nią należyty przycisk) nie jest dostateczną do utworzenia

szkoły, a jako wyszukana nawet na wspomnienie zasługiwaiby nie powinna, tak znowu druga strona charakterystyki, nadto wiele pożądaných przymiotów *ujmuje* lekarzom Warszawskim *w innych Uniwersytetach kształconym* (i samemu Szanownemu Redaktorowi Tygodnika), aby ją Lekarze Krakowscy wyłącznie dla siebie przywłaszcząć chcieli i mieli do tego prawo.

Historia uczy, że bardzo znakomici mężowie, jak: *Sydenham, Dessault, Corvisart, Laenec, Schönlein* (będąc w Zurich), nie oglądając się na zaszczyt tworzenia odrębnej szkoły i niemyśląc wcale o tém, wywarli najważniejszy i rozstrzygający wpływ na zwrot i kierunek całej medycyny, jedynie przez *wskazanie metody klinicznej* pośrednicząc właśnie pomiędzy Lekarzami wyłącznie praktycznymi (żadnej odrębności nigdy nie ulegającymi), a systematykami i twórcami *szkoły*, którzy jak historia przekonywa prawie nigdy prawdziwego dla nauki nie przynieśli pożytku.

W końcu oświadczamy, że słowa nasze nie zmierzają bynajmniej do bezpożytecznej polemiki słownej, ani też do przechwalania Lekarzy Krakowskich, ale wypowiedzieliśmy je dla wyjaśnienia prawdziwego stanowiska tych Kollegów i ocalenia charakterystyki Lekarzy w innych Uniwersytetach kształconych, którą Redaktor Tygodnika, zapewne w myśli wręcz przeciwniej, naruszył.

Treść Tomu XLVII^{go}

składającego się z sześciu poszytów miesięcznych b. r.

A. Prace oryginalne.

	Str.
1. Ścisłe badanie, proste leczenie. Od Redakcyi	3
2. Zgorzel kości fosforowa. Całkowite wypiłowanie obydwóch szczęk górnych. Skreślił Prof. <i>Girsztowt</i>	12
3. Guz rakowaty nerwu wzrokowego. Prof. <i>Szokalski</i>	20, 91
4. Sprawozdanie Szpitalne. Dr. W. <i>Lubelski</i> .	25
— — — Dr. <i>Grabowski</i> . .	95
— — — Dr. L. <i>Chwat</i> . . .	158
— — — Dr. <i>Langowski</i> . .	249
5. Przypadek rozdarcia się środkrocza u rodzącej dotkniętej zrostem warg sromnych większych, etc. Dr. <i>Neugebauer</i>	69
6. Tryszczyca czerwona ogólna. Kand. Med. <i>Husarski</i>	133
7. O akomodacyi prawidłowej, przestrzeni akomodacyjnej i jej wymierzeniu. Dr. <i>Narkiewicz Jodko</i>	145, 205

	Str.
8. Rzecz o rozmięczeniu mózgu. Dr. <i>Markusfeld</i>	133
9. Wstępna lekcya do wykładu anatomii patologicznej. Dr. <i>Brodowski</i>	181
10. Spostrzeżenia lekarskie w Szpitalu Willanowskim zbierane. Dr. <i>Sciborowski</i>	277
11. Przypadek pasożytów wodunkowych w wątrobie. Kand. Med. Dr. <i>Sommer</i>	290

B, Literatura zagraniczna.

12. Nacieczenie rakowe ostre. Dr. <i>Łuczkiwicz</i>	38
13. O zmianach temperatury ciała w zapaleniu płuc. Dr. <i>Ł.</i>	46
14. O guzach w jamie brzusznej z przeważnym uwzględnieniem części dyagnostycznej. Wykład Prof. <i>Oppolzera</i>	51, 110, 325
15. O wdechaniu wód mineralnych. Dr. <i>Stumper</i>	56
16. Ciekawy przykład zatoru mózgowego. Dr. <i>Ł.</i>	124
17. Idiotyzm, jego granice i podział. Dr. <i>Ł.</i>	174
18. O kołtunie. Dr. <i>Ł.</i>	255
19. Trzykrotne zakręcenie jelit: Dr. <i>Ł.</i>	336
20. Regurgitacja krwi do lewego przedsionka. Dr. <i>Ł.</i>	338
21. Przykład zwężenia tchawicy. Dr. <i>Ł.</i>	341
22. O zastosowaniu ciepłomierza do rozpoznawania i rokowania w chorobach. Dr. <i>Chodakowski</i>	344

C. Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

23. Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego z dnia 7 i 21 Stycznia, d. 4 i 18 Lutego, d. 1 i 15 Kwietnia, d. 6 Maja. 63, 129, 186, 201, 349	
---	--

24. Odezwa komitetu z łona Towarzystwa wyznaczonego dla zbadania uszkodzeń przy użyciu machin rolniczych, do pp. Lekarzy w Królestwie Polskiem 267
25. Sprawozdanie komitetu z łona Towarzystwa lekarskiego wyznaczonego do zbadania kąpiel publicznych Warszawskich 298
26. *Kronika*. Korrespondencya z Kamieńca Podolskiego, 67. Uroczystość jubileuszu Dra Cheliusa. Traumaticina, 131. † Dr. Stanisław Łuszczkiewicz, 132. Odezwa Towarzystwa lekarskiego Wołyńskiego do Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, 194. Wyjaśnienie, Dr, Morgenstern, 269. Sprostowanie Dr. Karwowski, 214. Do Redakcyj Tygodnika Lekarskiego, 253.
-