

N^o 148

**PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO**

WYDAWANY

Z A U P O W A Ź N I E N I E M R Z ą D U

POD REDAKCYĄ GŁÓWNĄ

Dra STANISŁAWA JANIKOWSKIEGO

ZE WSPÓDZIAŁANIEM

DD. BARANOWSKIEGO, HOYEBA, KONITZA, KOSIŃSKIEGO
I SZOKALSKIEGO.

SERYA IV.

TOM VII.

Andrzej

OGÓLNEGO ZBIORU TOM LIII.

WARSZAWA,

SKŁAD GŁÓWNY W KSIĘGARNI J. KAUFMANN A
PRZY UL. KRAK, PRZEDMIEŚCIE Nr. 442 (71).

—
1865.

**Biblioteka Główna
WUM**



Za pozwoleniem Cenzury rządowej.

w Drukarni dawniej A. Liefeld.



www.dlibra.wum.edu.pl

S P I S R Z E C Z Y

p r z y k o ń c u t o m u



SPRAWOZDANIE

Z CZYNNOŚCI KLINIKI CHIRURGICZNEJ

PRZY WYDZIALE LEKARSKIM SZKOŁY GŁÓWNEJ WARSZAWSKIEJ

z roku 18⁶³/₆₄

Skreślił Dr. Aleksander LE BRUN,

Profesor Kliniki Chirurgicznej, Dziekan Wydziału Lekarskiego. (1)

Zawsze z największym zadowoleniem wewnętrznym przystępujemy do sprawozdania rocznego z czynności naszych klinicznych, bo w sprawozdaniu tém odbije się nam jak w zwierciadle przeszłość ubiegłego roku: patrzymy sami na siebie, rozpoznajemy to, cośmy użytecznego i potrzebnego zrobili, ale nie uchodzi naszego oka i to, co było zbyt, lub niewłaściwym, a może i niekorzystnym dla chorego.

Tak przetrząsając nasze własne czynności, osądzamy się sami. Dalecy od chęci błyszczenia sławą z nowych czynów, lub przypisywania im wyższej, nad ich istotną, wartości, dalecy od myśli zajmowania słuchaczy naszych wykładem nowych rzeczy, staramy się przedstawić w prawdziwym świetle to, cośmy widzieli, trzymając się zawsze téj prawdy: *tota ars medica in observatione*, cała nauka polega na postrzeżeniach dobrze zrobionych, rzetelnych, ile być może jasnych i zrozumiałych. Przytaczając takie postrzeżenia, nie mamy zamiaru wdawać się w rozumowania naukowe teoretycznym wykładom właściwe. Pogląd nasz jest wyłącznie praktyczny, kliniczny, a zatem wyższy nad wszelkie rozumowania, do których nauka lekarska każdemu jój zwolennikowi nieograniczone pole przedstawia.

(1) Zob. Pam. T. I. W., t. XLVIII, str. 7, 77, 277; t. XLIX, str. 436; t. L, str. 5 i 197; t. LII, str. 353.

Dla uniknienia w sprawozdaniu tém niepotrzebnych powtarzań tego, cośmy już w dawniejszych powiedzieć mogli, ograniczymy się na krótkim poglądzie nad ogólnemi formami chorób w roku tym w klinice leczonych, a zajmiemy się więcej szczegółowym opisem ważniejszych przypadków i operacyj. Prawie wszystkie te przypadki obszernie opisane zostały przez kandydatów do egzaminu całokursowego przystępujących, lub przez studentów 5go kursu. Wspomnę nie raz o autorach tych historyj chorób, z których wiele zaleca się trafnością zdania, rozumowania i starannością wypracowania. Często wprawdzie w sprawozdaniu tém nie zgadzamy się ze zdaniem w historych tych objawionemi; składamy jednak te historye w oryginałach, jako stanowiące egzamen kliniczny, by złożone do akt wydziałowych świadczyły o dostatecznym usposobieniu kandydatów.

Kandydatów składających w upłynionym roku szkolnym całokursowy egzamen było 28, mianowicie pp. Bakinowski Aleksander, Biberstein Ludwik, Czajewicz Filip, Czerwiński Jan, Czerwiński Kaźmierz, Fermer Karol, Grekowicz Juliusz, Kosiarski Franciszek, Kryże Władysław, Kuczkowski Henryk, Leśniewski Jan, Leśniewski Józef, Lewandowski Gustaw, Merkiel Julian, Nawrocki Władysław, Nowakowski Ferdynand, Pietaszewski Andrzej, Portner Szymon, Rackiewicz Henryk, Romanowski Diomedes, Sliwicki Franciszek, Weitzenblüth Leopold, Wilczyński Władysław, Winnicki Franciszek, Winnicki Władysław, Zalewski Adam, Zejdowski Juliusz.

Studentów kursu 5go 32.

Studentów kursu 4go 14.

Wszyscy uczęszczali na klinikę naszą; mieliśmy zatem 72 słuchaczy.

Liczba chorych w klinice leczonych doszła do 183, to jest było 107 mężczyzn, a kobiet 76.

Poprzedzimy uwagi nasze, podobnie jak w poprzednich sprawozdaniach, wykazem chorób leczonych w klinice chirurgicznej w roku 18⁶³/₆₄, tudzież wykazem operacyj chirurgicznych w tym przeciągu czasu w klinice téj przez nas uskuteczionych.

1. Wykaz chorób leczonych w klinice chirurgicznej w roku 1963

	Męż.	Kob.	Raz.
Zapalenie skóry i tkanki łącznej podskórnej (<i>phlegmone</i>)	22	18	40
Ropnie i przetoki	7	7	14
Wrzody atoniczne i gangrenowe	4	4	8
Oparzeli	1	1	2
Wrzód przedziurawiający stopę (<i>ulcus plantae perforans</i>)	1	—	1
Zapalenie torebek maziowych (<i>bursitis</i>)	—	1	1
Rany rozmaite	14	12	26
Zapalenia przykostnej, kości, owrzodzenia i zgorzel kości (<i>caries et necrosis</i>)	10	8	18
Zapalenia stawów, zwichnienia samodzielne	3	3	6
Złamania kości proste i połączone z ranami	8	8	16
Zwichnienia	2	2	4
Zrośnięcia stawów i guzy białe	3	—	3
Guzy torebkowate	—	2	2
<i>Bronchocele</i>	1	—	1
Tętniak tętnicy udowej w okolicy pachwinowej	1	—	1
Zapalenie gruczołów	—	2	2
Przepukliny	2	1	3
Rak kuli oka	1	—	1
Rak wargi dolnej	2	—	2
Rak szczęki dolnej	2	—	2
Zwężenie cewki moczowej	2	—	2
Zapalenie jądra	1	—	1
Wodna puchlina jądra	2	—	2
Rak jądra	2	—	2
Rak członka męzkiego	1	—	1
Katar pęcherza moczowego	1	—	1
Kamień pęcherza moczowego	1	—	1
Przetoka kiszki stolcowej	1	—	1
Szczelina kiszki stolcowej	1	—	1
Opadnięcie kiszki	—	1	1
Puchlina jajnika	—	1	1
Rak sutki	—	1	1

Polip macicy	—	1	1
Przeistoczenie słoniowate kończyny	1	—	1
Chrząstak (<i>enchondroma</i>) palców	2	—	2
Palce nadliczbowe u nóg	—	1	1
Choroba syfilityczna drugo i trzeciorzędna	5	2	7
	107	76	183

3. Operacje ważniejsze, do których wykonania powyższe przypadki nastręczyły sposobność, były następujące:

	Męż.	Kob.	Raz.
Cięcia głębsze i rozległe skóry w różnych celach wykonane	24	12	36
Wyłuszczenie palców ze stawów	7	3	10
„ „ nadliczbowych	—	2	2
Odjęcie czyli amputacja przedramienia	4	1	5
„ „ ramienia	3	—	3
„ „ goleni	3	1	4
„ „ uda	1	1	2
Odjęcie goleni z wyłuszczeniem kości łytkowej	1	—	1
„ „ pod kością skokową	—	1	1
Wyłuszczenie ręki	1	—	1
„ 1ój kości dłoniowej	1	1	2
„ 4ch kości śródreczą	1	2	3
Wypiłowanie (<i>resectio</i>) kości ramieniowej	2	—	2
Wydobycie martwaków (sekwestrów) większych	3	2	5
Wypiłowanie szczęki dolnej	1	—	1
„ kości goleniowej	1	—	1
„ kości jarzmowej	1	—	1
„ chrząstaka (<i>enchondroma</i>)	1	—	1
Wyłuszczenie guzów torebkowych	1	2	3
Warga zajęcza	—	1	1
Dorobienie wargi dolnej	2	—	2
Wyłuszczenie kuli oka	1	—	1
Podwiązanie tętnicy biodrowej zewnętrznej	1	—	1
Przepuklina pachwinowa	2	—	2
„ udowa	1	—	1
Szczelina kiszki stolcowej	1	—	1

	Meż.	Kob.	Raz.
Przetoka kiszki stolcowej	1	—	1
Odjęcie członka męzkiego	1	—	1
Wodna puchlina jądra	2	—	2
Odjęcie jądra	2	—	2
Kruszenie kamienia	1	—	1
Odjęcie sutka	—	1	1
Polip macicy	1	—	1
Użycie żelaza rozpalonego	4	2	6
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	74	35	109

W wykazie chorób połączyliśmy pod jedną rubrykę z zapalenia skóry, tkanki łącznej, a nawet z zapalenia naczyń limfatycznych; może nas nie jeden zgani za takie zgromadzenie postaci chorobnych, tak różnych od siebie, różne zajmujących układy, różne narzędzia i różne tkaniny, i dla tego też osobno przez autorów opisanych. Na zarzut ten odpowiadam, że, zapatrując się na te postaci chorób z klinicznego stanowiska, napotykałiśmy je prawie w połączeniu, tak, że nie miałem sposobności przedstawienia studentom przypadków czystego zapalenia różowego bez zajęcia naczyń limfatycznych i nawzajem, ani też zapalenia tkanki łącznej podskórnej bez zapalenia różowego skóry. Dla tego też, spotykając się z temi chorobami przy łóżku chorego i w obec praktycznie kształcącej się młodzieży, starałem się im dać poznać ważność praktycznego poglądu na te choroby, z któremi tak często będą mieli do walczenia; zwracałem ich uwagę na cechy odróżniające zapaleń naczyń chłonnych, skóry i tkanki podskórnej. Starałem się ich przekonać, że zapalenie naczyń limfatycznych i ich gruczołów, zapalenie skóry i warstw tkanki pod nią leżącej są najczęściej w połączeniu, że powstają często z tych samych przyczyn, że zatem leczenie tych postaci chorobnych podciągnąć trzeba pod ogólne prawidło, celem zapobieżenia szerzeniu się złego i usunięcia skutków już przez nie spowodzonych. A zatem w leczeniu tém staraliśmy się uzasadnić wskazania stosownie do stopnia choroby. Czy przeważało zapalenie naczyń limfatycznych, czy też skóry, lub

tkanki łącznej, przeciwzapalném postępowaniem staraliśmy się je złamać i zapobiedz jego postępowi. Jakich do tego używaliśmy środków, daliśmy poznać w dawniejszych naszych sprawozdaniach.

W przypadkach cięższych, mianowicie w zapaleniach tkanki łącznej głębiej leżącej (*phlegmone*) przechodzących w ropnie postępowanie nasze inném być musiało. Owe zebrania się ropy, często pod naszymi oczami tworzące się, a nie raz już istniejące przy przyniesieniu chorego do kliniki, były dla nas trudnemi zadaniami, a dla studentów nader ważne i nauczające. Nie ograniczaliśmy się nigdy na małej liczbie tych postaci chorobnych, bo mamy praktyczne przekonanie, że właśnie dokładne ich rozpoznanie stanowi nie małą trudność klinicznej nauki. Albowiem, jeżeli przy ropniach ograniczonych, przy podskórnych, a nawet przy ropieniu tkanki łącznej głębiej leżącej daleko rozciągającym się i odznaczającym się obfitym zebraniem się ropy najczęściej rozpoznanie choroby jest łatwém i bezwarunkowe wskazanie chirurgiczne podającym, to bez wątpienia nie zbywa na przypadkach, w których nie podobna jest z pewnością wyrzec, czy mamy do czynienia z ropniem głęboko zebrany, czy z inną postacią choroby. Nabrzękłość będzie wyraźna, ból za naciskiem silny, bez żadnej czerwoności skóry, bez podwyższenia jój ciepłoty, bez żadnego gorączkowego odczynu, a chełbotanie wątpliwe; chory nie da nam dostatecznych objaśnień co do początku i powstania choroby: pozostawać zatem będziemy w trudném położeniu oznaczenia choroby, wykrycia jój anatomicznego siedliska, zatem i działanie nasze będzie albo wyczekujące, albo tylko symptomatyczne. Tego rodzaju zapalenia tkanki łącznej głębiej położonej, albo odstępy międzymięśniowe wypełniające zasługują przeto na szczególne uwzględnienie i nazwałby je można przewlekłemi, *phlegmone ehronica*, najwięcej z tego powodu, że powstają zwolna, bez żadnej wyraźnej lub domyślnej przyczyny, że rozwój ich przez czas długi nie jest nacechowany żadnemi objawami, któreby ich obecności domyślać się kazały i że dopiero po kilkumiesięczném ich trwaniu, gdy przez większe zebranie się ropy i nacisk na części przyległe,

zwłaszcza na mięśnie, pomiędzy którymi zebranie to nastąpiło, ich czynność fizyczna uszkodzoną została, lub niemożliwą się stała, chorzy tacy zgłaszają się o poradę. Co więcj, nieraz dopiero wtenczas jój szukają, gdy ropa, tak długi czas nurtująca, że tak powiem, pomiędzy mięśniami, przegryzła otaczające je rozciągną i skórę i utorowała sobie drogę na zewnątrz. Otóż w takim stanie przedstawiło się nam kilku chorych w tym roku z owemi, jak już nazwać sobie pozwalam, przewlekłemi ropniami tkanki łącznej między mięśniami kończyn górnych i dolnych. U dwóch mężczyzn i tyluż kobiet otwory znajdowały się w różnych punktach uda znacznie od siebie oddalonych, w okolicy stawu udobiodrowego, w pośrodku uda, lub w dolnej jego części, nad i pod kolanem. Z razu mogło się wydać, że przetoki te prowadzą do okostnej, do strupieszalnych kości, lub do samych stawów; lecz staranne śledztwo za pomocą zgłębników i nastrykań wszelką pod tym względem usunęło wątpliwość i dało nam przekonanie, że przetoki te prowadzą do odstępów międzymięsnych, w których tkanka łączna przez ropienie zniszczoną została. Wstrzymanie takiego niszczącego ropienia, a tém samem zagojenie tak głębokich i długich przetok nie było łatwem zadaniem. Nie spuszczać z uwagi ogólnego usposobienia czyli diatezy, na którą ropienie to opierać się mogło, a zatém przy używaniu środków wewnętrznych, usiłowaliśmy miejscowo przeistoczyć sprawę ropienia przez nastrykiwania, pomiędzy którymi nalewka jodowa w coraz silniejszym roztworze z wodą, tak, żeśmy ją w końcu prawie całkiem czystą zastrzykiwali, najwięcej odpowiedziała naszemu oczekiwaniu. Używaliśmy jój długo, przez kilka tygodni najczęściej, lecz nie zawsze z pożądanym skutkiem. Nastrykiwanie przetok ukropem kilka razy powtarzane zdołało u jednej chorój zagoić przetokę zapuszczającą się głęboko pomiędzy mięśnie pośladkowe.

Z szczególnych przypadków ropni wspomnieć muszę o *ropniu brzuszny*, jaki nam przedstawił 28-letni włościanin. Przybył do nas 18. listopada, uskarżając się na ból w lewej stronie brzucha w części jego dolnej. Śledztwo wykryło w miejscu tém nabrzękłość, czerwoność i wyraźne było głębokie

pluskanie. Nie mieliśmy wątpliwości, że mamy do czynienia z ropniem brzuszny, lecz niepodobna było z pewnością oznaczyć, w którym miejscu, pomiędzy jakimi warstwami mięśni i rozciągami ścian brzusznych, czy pomiędzy ścianą brzuszną a otrzewną, czy nakoniec pomiędzy otrzewną a kiszka znajduje się zebranie ropy. Gdy jednak guz z zebrania się ropy pochodzący, objętości pięści, był nieruchomym, ograniczonym i nie ustępował pod naciskiem, wnieśliśmy ztąd, że jest otoczony ścianą torebkową, jakie zwykły w około ropni tworzyć się. Temu miejscowemu cierpieniu, którego początku ani rozwoju chory nam opisać nie umiał, towarzyszyła ciągle gorączka z dreszczami i kaszel, a śledzenie klatki piersiowej dawało rozpoznać gruźelki płucne. Obok tak smutnych okoliczności, działanie miejscowe mające na celu wypuszczenie ropy było tu przedewszystkiem wskazanem, tém bardziej, że uzasadniony był wniosek, że gorączka i dreszcze podniecane są ową sprawą ropienia. Bez zwłoki zatem postanowiliśmy dać ujście téj ropie. Ułożywszy zatem chorego na wznak, nieco więcej na lewy bok, w miejscu najwydatniejszym zrobiliśmy cięcie długości 3ch cali w skórze, następnie warstwami przecinaliśmy tkankę łączną, mięśnie i rozciągną; po przecięciu tym sposobem ściany brzusznej w całej grubości, poczuliśmy palcem jeszcze wyraźniejsze chełbotanie, trzeba było zatem ostrożnie iść dalej: jakoż tym sposobem doszliśmy do ogniska ropy, która nagle w znacznej ohfitości wytrysła, lecz zarazem w jednej chwili zapełniła całą salę smrodliwą wonią kału kiszkiowego. Wyznam szczerze, że, nie przewidując w tym przypadku zebrania ropnia w przewodzie kiszkiowym, byłem nie mało zrażony, gdyż owa właściwa woń kału zdawała mi się zapowiadać, że utworzyłem ścianę kiszkiową. Lecz obawa moja ustała wkrótce, gdy po odejściu znacznej ilości ropy ciągle ową wonią kiszkiową cechującą się nie spostrzegłem wcale kawałków kału. Chory uspokoił się i oddał w krótce stolec, w którym nie znalazły się żadne części ropy. A zatem rana nasza nie miała związku z kiszka; ropień przez nas otworzony znajdował się pomiędzy otrzewną a ścianą kiszki, przez którą na zasadzie diffuzji gazy kiszkiowe przeszły do jamy ropą

zapełnionej. Że tak się rzeczy mają w przypadkach temu podobnych, przekonywają nas doświadczenia i opisy autorów.

Dalszy przebieg choroby nie pomyślny był dla chorego, bo, lubo po dość długiem wydzieleniu się ropy otworem dla niej zrobionym, takowa nareszcie zmniejszyła się co do ilości i lepszych nabrała cech, jednakże w ciągu ropienia tego gruźlica gwałtownie rozwinęła się połączona z częstymi i obfitymi krwotokami, które chorego do grobu wtrąciły. Umarł w 3 tygodnie po otworzeniu ropnia. Ciekawy opis téj choroby zebrał student p. Rządowski.

Wrzody były więcj przedmiotem klinicznego rozpoznawania, niż leczenia, a mianowicie zwracaliśmy uwagę na ich cechy charakterystyczne, przedstawiające się w ich wejrzeniu, kształcie, brzegach, dnie, wydzielinie i stanie otaczających je części. O tém wszystkim mowy tu być nie może, lecz pominać nie możemy krótkiego opisu przypadku tak zwanego wrzodu przedziurawiającego albo raczej dziurawca stopy, opisanego u autorów pod nazwiskiem *mal plantaire perforant*. Rzadką tę postać choroby mogliśmy rozróżnić zupełnie, podług cech podanych przez autorów francuzkich, na 30-letnim włościaninie. Owrzodzenie okrągłe, średnicy 1 centymetra, zajmowało u tego chorego okolice podeszwy nieco poniżej połączenia się z nią palca wielkiego. Owrzodzenie to było raczej zgangrenowaną tkaniną szarego wejrzenia, łatwo pod naciskiem ustępującą i wydzielającą z siebie płyn posokowaty smrodliwy; brzegi wrzodu tego były ostro odcięte, ograniczone tak, że po za granicą tą leżąca skóra miała wejrzenie zupełnie naturalne, bez żadnej zmiany w barwie lub ciepłocie. Przy bliższém śledztwie saméj zniszczonej tkaniny zgłębnikiem, a nawet palcem, łatwo można się było przekonać, że się wchodzi w przewód, albo raczej w dziurę przechodzącą na wyłot ku grzbietowi nogi, na którym w odpowiedniém miejscu skóra już tu była zmienioną i blizką zniszczenia. Przy śledztwie tém przekonaliśmy się jeszcze, że kości w kierunku dziurawca tego położone, mianowicie pierwsza i druga kość stopowa, uległy owrzodzeniu (*caries*). Szczególna ta postać tak

złośliwego owrzodzenia, w jednym ograniczonym kierunku przedziurawiającego twory na drodze téj leżące, dzisiaj policzoną być musi do złośliwych postaci zapaleń dążących do przejścia w zgorzel, trudny jest jednak do wytlómaczenia szczególnie jój przebieg. Zastosowaliśmy tu zatem środki przeciwzgorzelowe wewnątrz i zewnątrz. Tkaniny przez zgorzel zniszczone zostały wycięte, cały wrzód oczyścił się i powierzchnia jego ożywiła się brodawkami lepszej natury: w takim stanie po 12-dniowém leczeniu chory przeszedł na salę szpitalną, lecz jeszcze nie uleczony, gdyż owrzodzone części kości stopy dawały się rozpoznać zgłębnikiem. Opis téj choroby złożył student p. Stanczykiewicz.

Nie było prawie ważniejszej okolicy ciała, któraby nam w upłynionym roku nie przedstawiła obrażenia chirurgicznój pomocy wymagającego. Rany głowy, twarzy, szyi, stawów i ich okolic, rany dłoni, podeszwy, zadane narzędziami jużto tępemi, już ostremi, rany postrzałowe w różnych połączeniach, najczęściej z pozostałemi w ciele pociskami, nakoniec rany z pokąsania od psa i od żmii, były przedmiotem klinicznego badania i leczenia. Rany te dały nam sposobność wykonywania różnych operacyj chirurgicznych, zaczawszy od szwów aż do odjęcia uszkodzonych części częściowego lub całkowitego. Wypitowania kości, wyłuszczenia ze stawów i różne odejmowania członków odnoszą się do tego szeregu przypadków. Przy operacjach chirurgicznych jeszcze o nich będzie mowa.

Zapalenia przykostnój, ich owrzodzenia i zgorzel (*periostitis, osteitis, caries, necrosis*) objęliśmy w jeden dział w wykazie chorób. Połączenie to wskazały nam kliniczne przypadki, w których żadna z tych postaci chorób nie przedstawiała się sama czysta, lecz prawie zawsze w połączeniu, lub jako następstwo jednój choroby po drugiej. Przy zapaleniu przykostnój najczęściej było zapalenie kości samój, a owrzodzenie jój lub obumarcie było jego następstwem. Z tego samego stanowiska zapatrując się na choroby kości, jak na choroby części miękkich, nie mogliśmy w kli-

nicznej nauce rozłączyć postaci chorobnych w teorii rozróżnianych i osobno opisanych, ale musieliśmy je uczniom naszym dać poznać tak, jak się najczęściej w praktyce napotykać zwykły. Przedstawiliśmy zatem im tego rodzaju obrazy w ich zbiorowej postaci, starając się objaśnić, jakim sposobem powstały i rozwinęły się, jakie w danym przypadku pod względem rozwoju tego zajmują stanowisko i jak można wstrzymać ich postęp. Widzieliśmy, jak zapalenia przykostnej bywają zdradne i ukryte, jak nieraz już daleko posunęły się, zanim odkryć je zdołano i jak smutne wynikają następstwa obumarcia obnażonej kości. Widzieliśmy znaczne zebranie się ropy pod uniesioną przykostną, zwłaszcza przy obrażeniach głowy, przy których po stłuczeniu rozwinęło się zapalenie przykostnej. Nie zawsze po wypuszczeniu ropy obrażona kość obumierała i oddzielała się, jak to zwykle zdaniem licznych chirurgów dzieć się zwykło, lecz przeciwnie widzieliśmy w dwóch przypadkach, że kość taka pokryła się brodawkami i rana zagoiła się zupełnie. W razach wyraźnego owrzodzenia kości lub przejścia jęj w tak zwaną zgorzel (*necrosis*) uciekaliśmy się do wskazanych w podobnych razach operacyj. O tych jeszcze mowa będzie.

O złamaniach kości pojedynczych mało mamy do nadmienienia; największą ich liczbę widzieli studenci na salach prof. Korzeniowskiego. Złamania połączone z ranami zajmowały nas więcej i posłużyły za wzory do zakładania w razach podobnych służących przyrządów. Złamania połączone ze zgruchotaniem kości i porozrywaniem części miękkich powiększyły liczbę całkowitych lub częściowych amputacyj. Obłąd nerwowy, tak zwane *delirium nervosum*, widzieliśmy u jednego chorego ze złamaniem goleni nad kostkami w połączeniu z raną skóry. Obłąd ten, który się śmiercią zakończył, w tém jeszcze jest niejako wyjątkowym, że zjawił się już po 3ch tygodniach od czasu złamania. Chorego tego miał w opiece p. Kuszkowski, lecz nie złożył opisu téj choroby.

Zwichnienia świeże lub dawniejsze były przedmiotem polikliniki. Mielśmy zwichnienie szczęki dolnej, ramienia, przedramienia, uda i nader rzadkie zwichnienie palca wielkiego u młodego 15to-letniego ucznia szkół. Wszystkie te zwichnienia nastawione zostały, a lubo ostatnie z nich, jak wiadomo, najczęściej się nastawić nie daje, jednak nastawienie skuteczniło się kleszczami L ü e r a przy silném zachloroformowaniu chorego. W klinice samój zajmowały nas więcej przypadki zwichnień niepewnych, trudnych do oznaczenia, połączonych z obrzmieniem części miękkich, lub ze złamaniami. Upatrywaliśmy w nich więcej nauki dla studentów, zawsze pomni na to, że im stawiać należy przed oczy przypadki, w których nauka teoryi nie jest zdolną udzielić im potrzebnego światła i w których trzymać się należy wskazówek, jakie każdy szczególny przypadek nastrocza.

Na szczególną uwagę zasługuje tu nader rzadkie zwichnienie kręgosłupa. Z razu p. kandydat Winnicki (starszy), a później p. student Żaboklicki mieli chorego tego w opiece i złożyli opis jego choroby. Udzielimy go pokrótce.

Augustyn E., woźnica omnibusowy, lat 36 liczący, wyjeżdżając z domu niską bramą opatrzoną, gdy dla przejechania pod nią uchylił głowę, tak silnie ujętym i zgniecionym został pomiędzy jój sklepieniem i kozłem, na którym siedział, że uwiązał zupełnie i pomimo dwukrotnego szarpienia koni powóz w miejscu pozostał. Ułynęło minut kilka, zaczęm stangreta tego zdołano uwolnić z takiego położenia; w parę godzin przywieziono go do kliniki. Przedstawiał jeszcze cały obraz najgwałtowniejszego przerażenia malującego się w jego wejrzeniu, leżał na wznak, nie poruszał się wcale, twarz miał czerwoną, oczy jakby występujące z oczodołu, głowę pochylona ku przodowi, nieruchomą; najmniejsze usiłowanie ruchu głowy gwałtowny ból sprawiało choremu; kończynami górnymi i dolnymi władał, lecz słabo i z bolem. Lubo miał przytomność i na zapytania odpowiadał, przychodziło mu to z trudnością i nie był w stanie zdać nam sprawy z tego, co się z nim stało i jakim sposobem kadłub jego ujętym został pomiędzy sklepieniem bramy i siedzeniem. Oddech chorego był

powolny, tętno niemal prawidłowe, ciepło ciała nieco podwyższone, czucie nie zmienione.

Nie można było wątpić, że ów stan rzeczy spowodowanym został gwałtownym naciskiem na kręgosłup w jego kierunku podłużnym, to jest pomiędzy głową i kością siedzenia, potrzebowaliśmy zatem zbadać stan kręgosłupa. Poruszenie chorego obudziło w nim ból w całym ciele, głównie zaś w karku i w krzyżu. Ułożywszy go na bok, bo posadzić go nie było można, wysledziliśmy starannie cały kręgosłup, lecz już za pierwszym rzutem oka ujrzeliśmy wokolicy 12go kręgu grzbietowego wyraźną wyniosłość twardą, a tuż pod nią zagłębienie, w które koniec palca zapuścić było można. Wyniosłość ta nie znajdowała się na linii pośrodkowej, lecz nieco z boku, a zakłębienie było więcej w środku. Nie można było wątpić, że mieliśmy do czynienia ze zboczeniem kręgosłupa, wynikłym w skutek jednoczesnego parcia na oba jego końce, a przez wzgląd na postać przedstawiającą się zmiany w kształcie stosu pacierzowego wnosić było można, że krąg grzbietowy 12ty zwichnął się na kręgu lędźwiowym i że owa wyniosłość twarda była dolnym brzegiem 12go kręgu grzbietowego. Było tylko nasz pogląd, bo nie podobna było z całą ścisłością wysledzić anatomiczny stosunek uszkodzonych części. Nie wiedzieliśmy z pewnością, w jakim położeniu znajdował się chory w chwili wywartego i trwającego nacisku, a śledzenie uszkodzonych narządzi było nader bolesne, a nawet niebezpieczne dla chorego. Zachowana władza w kończynach dolnych najwięcej nas pocieszała w tym przypadku, bo oddalała w nas obawę, iż nadwichnięty krąg naciska na rdzeń, bo w takim razie bezpośrednio po wypadku kończyny dolne byłyby porażone i mielibyśmy przed oczami cały szereg objawów towarzyszących bezwładowi kończyn dolnych.

Przebieg téj choroby usprawiedliwił nasze rozpoznanie. Środkami przeciwzapalnymi miejscowymi i ogólnymi zapobiegliśmy zapaleniu rdzenia. Bańki nacinane wzdłuż kręgosłupa, wcierania amoniakalne, do środka saletra i sole rozwalniające odniosły zwycięstwo nad groźną chorobą. Chory leżał ciągle na wznak z kolanami nieco zgiętymi i podpartymi

wałkiem, przez co krzyż leżał równiej na materacu i więcej znalazł podparcia. Leżenie takie stanowiło tu główną pomoc chirurgiczną, zdolną naprowadzić nadwichnięty kręgosłup do właściwego prostego kierunku. Jakoż przy téj pomocy i powyżej wzmiankowaném leczeniu po dniach kilku chory doznał ulgi w bólach i dnia 10. po wypadku już był w stanie poruszać się na łóżku, a nawet usiąść przy pomocy. Poprawa ta codziennie była wyraźniejszą, tak, że po 5ciu tygodniach od przybycia do kliniki już sam przechadzał się po pokojach. Niekształtność stosu kręgowego znikła prawie zupełnie. Chory ten wyzdrowiał i wrócił do swego zatrudnienia.

Choroby stawów. Zapalenia stawów, tak zwane guzy białe i zrośnięcia stawów w różnym stopniu, zajmowały nas z całą ścisłością spostrzegania, jakiego ważność tych chorób wymaga. Mieliliśmy kilku chorych z ranami okolicy stawów kolanowego i łokciowego połączonych z licznymi w około stawu przetokami, a nawet dochodzącymi do stawu. Największy spoczynek ułożonej kończyny w przyrządzie żłobkowym dobrze wywatowanym najważniejszą grał rolę w pozyskaniu szczęśliwego zakończenia choroby, lubo nie obeszło się nieraz i bez śmiałego przecięcia przewodów przetokowych.

Przy guzach białych, uporczywie opierających się środkiem ogólnym i miejscowym, nie można, rozbierając je klinicznie, być dość ostrożnym w rokowaniu i leczeniu. Pomimo dobrze poznanej przyczyny i natury choroby byliśmy nie raz zawiedzeni w zastosowaniu środków lekarskich. Widzieliśmy jednak w jednym przypadku guza białego kolana pomyślny skutek z użycia żelaza rozpalonego; w innym, to jest przy guzie białym stawu stopo-goleniowego, dzielny ten środek nie zdołał wstrzymać postępu choroby, kości w skład stawu wchodzące przeszły w owrzodzenie (*caries*) i odjęcie kończyny po nad stawem jeszcze w porę przedsięwzięte ocaliło życie choremu.

U młodego 12to-letniego chłopczyka nastąpiło od kilku miesięcy, skutkiem poprzedniego zapalenia stawu kolanowego, jego zrośnienie (*ankylosis*). Nie byłoto zrośnięcie zupełne,

którego uleczenie leży za granicą sztuki naszój, lecz było zrośnięcie nie zupełne, to jest takie, że przy śmielszych usiłowaniach jeszcze rozpoznać było można jaki taki ruch pomiędzy końcami stawowemi, lubo połączony z wielkim bolem. Ponieważ stan taki trwał u naszego chorego od kilku miesięcy i w tym samym stopniu; ponieważ kolano, chociaż mocno zgięte, nie było jednak obrzękłe i tylko przy usiłowaniu wyprostowania bole sprawiało; ponieważ chory nie mógł używać téj kończyny, silnie w kolanie zgiętej, i tylko zapomocą kul przenosił się z miejsca na miejsce; ponieważ nakoniec było to życzeniem jego i rodziny, aby chirurgia przyszła w pomoc jego kalectwu: postanowiliśmy wziąć się do gwałtownego wyprostowania kolana sposobem, jaki właśnie *Louvrier* zaleca. Po mocném zachloroformowaniu chorego, kończyna, stosownie ujęta, do prostego kierunku zwolna i nie zbyt gwałtownie doprowadzoną została; chory nie przebudził się, lubo dawał oznaki cierpienia. Jeszcze trwał stan nieczułości, gdy już kończyna wyprostowana w kierunku tym ułożoną i przytwierdzoną została. Do tego posłużyła rygienka drewniana miękko wysłana i opatrzona w rzemienie przytwierdzające do niéj kończynę pod i nad wyprostowaném kolaniem. Po odzyskaniu przytomności chory dużo cierpiał na ból w kolanie, gdy jednak po kilku godzinach ból ten przestał być gwałtownym, chory przetrzymał go i później znosił go bez żadnego odczynu. W tém położeniu kończyna przez 3 tygodnie utrzymana odebrała prosty kierunek; nie odzyskał atoli chory ruchu w kolanie, kończyna pozostała sztywna, lecz prosta, przy staniu i chodzeniu dotykał nią ziemi. Tak więc cel leczenia dopiętym został, bo chory odzyskał użytek z kończyny, która dotąd była dla niego ciężarem.

Tak zwane zwichnienia dobrowolne przedstawiły się nam w różnym stopniu, a najwięcej był nauczający przypadek u 16to-letniej dziewczyny, u której pod tą postacią choroby przedstawiły się skurczenia mięśni krótkich, staw otaczających, tak dalece, że kończyna była krótszą, skręconą na zewnątrz, chora nie mogła jój nawrócić na wewnątrz, a tém

bardziej zbliżyć kolana do piersi; gdy tymczasem po zachloroformowaniu jój i wprowadzeniu mięśniów w stan zwolnienia, kończyła przybierała wejrzenie prawidłowe, z łatwością dawała się zginać na wszystkie strony i odzyskiwała swą długość. Wszystko to wracało do dawnego stanu po przejściu odurzenia. Jest to jeden z rzadkich przypadków, którego z uwagi spuszczać nie trzeba przy rozpoznaniu t. zw. dobrowolnego zwichnienia. Kąpiele ciepłe i wcierania usunęły w znacznej części cierpienie téj chorój.

Podobnie, jak w latach poprzednich, przedstawiliśmy studentom naszym kilka przypadków *choroby syfilitycznej* drugo—i trzeciorzędnej dla obeznania ich z temi postaciami chorób i niektórymi sposobami przeciw nim używanemi. Porównać mogli działanie przetworów jodu, merkuryuszu, odwaru Zittmana i nakoniec wcierania maści szarój, czyli tak zwaną kuracyą frykcyjną połączoną z głodem. Tę ostatnią, niezawodnie najskuteczniejszą, zdaniem naszym, kuracyą w formach chorób syfilitycznych drugo- i trzeciorzędnych, zastosowaliśmy w chorój, która, lat kilka przejęta chorobą syfilityczną objawiającą jeszcze swą złośliwość przez owrzodzenia w gardle, na kończynach górnych i dolnych i przez wysypkę na całym ciele, uległa całkowitej utracie mowy i sparaliżowaniu lewój połowy ciała. Chora ta była zupełnie przytomną, odpowiadała znakami na czynione jój zapytania, lecz nie była w stanie powiedzieć i zaledwie czasem ton jednosylabowy wydobył się z jój ust; usta te były ściągnięte ku stronie sparaliżowaniu przeciwnój, ruchy języka były dowolne, lecz był więcéj ściągnięty właśnie ku stronie sparaliżowanój. Musieliśmy tę formę choroby upatrywać na gruncie syfilitycznym, ile że nam wiadomo, że choroba ta i systematowi nerwowemu nie przebacza i że paraliż syfilityczny już dzisiaj przez wszystkich autorów rozróżniany bywa. U naszój chorój forma ta zdawała się być najwyraźniejszą, lecz stopień jój, a mianowicie całkowita utrata mowy, a nawet prawie głosu, przy zupełnie wolnym ruchu języka zdawała nam się być postacią całkiem nową, szczególną, może dotąd nie opisaną. Otoż sądziliśmy się być upo-

ważnieni do wzięcia téj choréj na frykcye i przeprowadzenie téj kuracyi z całą ścisłością. Chora ta odbyła ją podług metody R u s t a ze skutkiem o tyle pomyślnym, że owrzodzenia w gardle i na ciele zagoiły się zupełnie; lecz mowa nie powróciła. Odzyskała jednak chora, jak sama dawała poznać, większą swobodę w gardle, a nawet nie raz udało się jéj powtórzyć za nami pare sylab, a posługaczka zapewniała nas, że słyszała chorą parę razy kilka wyrazów mówiącą. Choréj nie spuszczaamy jeszcze z oka i historia téj ważnéj choroby późniéj dopełnioną zostanie.

Operacye chirurgiczne powyższym wykazem objęte nie mało nastęrczają nam uwag: nie tylko pod względem przypadków, w których wykonane zostały, ale jeszcze pod względem ich wykonania. Pan prof. Korzeniowski nie odmawiał nam nigdy swéj pomocy. Sam wykonał kilka ważnych operacyj, a mniejsze pod naszym okiem robili studenci kursu 5go. W krótkości wspomnę o operacyach częściej wydarzających się, pozostawiając sobie obszerniejszy opis dla operacyj rzadszych i trudniejszych.

Amputacyj większych mieliśmy w tym roku 14, to jest: 11 u mężczyzn, a 3 u kobiet. Cztery amputacye przedramienia były wskazane: dwa razy, przez zmiążdżenie i zgruchotanie ręki, dwa razy po przejściu jéj w zgorzelinę, co nastąpiło po odjęciu u jednego z tych ostatnich chorych poprzedniém ręki w stawie, a u drugiego po wyłuszczeniu palca przez zastrzał zniszczonego. Wśród tak smutnych okoliczności straciliśmy trzech chorych, a czwarty w stanie polepszenia do sali szpitalnéj wypisanym został. Nie raz zwracałem uwagę na śmiertelność stosunkowo większą po amputacyi przedramienia, niż po innych amputacyach: trudno jest tego wyjaśnić przyczyny, chyba z tego punktu wychodząc, że amputacye przedramienia najczęściej wykonywane bywają po najgwałtowniejszych obrażeniach ręki i towarzyszącém ogólném wstrząśnieniu organizmu. Chorych tych mieli w opiece pp. kandydaci Grekowicz i Nowakowski, i stud. Złobikowski.

Z trzech chorych, którym amputacye w ramieniu uskutecznione zostały, utraciliśmy dwóch. Jeden z nich uległ był

zapaleniu tkanki łącznej całego przedramienia, które pociągnięto za sobą całkowite jej przejście w zgorzelinę wraz ze skórą przedramię pokrywającą. Zniszczenie posuwało się na łokieć; mięśnie, obnażone ze skóry i rozciągnięte, utraciły już władzę poruszania palcami i ręką; stan ogólny chorego pogarszał się; krótko mówiąc, nie było już żadnej możności ograniczenia szerzącej się gangreny. Przystąpiliśmy zatem do odjęcia ramienia w średniej jego części, a najpomyślniejszy skutek uwieńczył nasze działanie. Chory ten wyzdrowiał po 4ch tygodniach.—Drugi chory chociaż pozostał przy życiu, atoli najsmutniejszy był przebieg jego choroby. Byłto 16to-letni mężczyzna, który przybył do kliniki ze zgruchotanym palcem średnim ręki i skaleczeniem innych. Palec najwięcej uszkodzony wyluszczonej został ze stawu. Lecz po téj napozór małej operacyi jakież smutne były następstwa: nic wstrzymać nie zdołało zapalenia tkanki łącznej całej ręki i przedramienia, a we 3 tygodnie po odjęciu palca już amputacyą tylko w ramieniu wykonać było można. Chory wyzdrowiał po niéj zupełnie, lecz okupił życie smutném kalectwem, którego skaleczenie palców nie zdawało się przepowiadać.—U trzeciego chorego operacya przedsięwzięta została dla położenia tamy owrzodzeniu kości ramieniowej w dolnej jej części, spowodowanemu przed kilką miesiącami postrzałem kuli karabinowej. Kość w tém miejscu przestrelona i zgruchotana zamieniła się z razu w staw sztuczny, a gdy chory do nas przybył, zdawało się, że będzie można wziąć się do sposobów zrośnięcia stawu tego mających na celu. Po bliższém rozpoznaniu stawu rzeczy pokazało się, że ów staw sztuczny zostawał w związku z otaczającymi go przetokami otwartymi na zewnątrz, że oba końce kości w skład jego wchodzące są obnażone i pozbawione przykostnej, że zatem mamy do czynienia z głębokim ropieniem kości skutkiem postrzału zgruchotanej i ropiejącej. Staraliśmy się najprzód przez stosowne cięcia i przeprowadzenie drenów dać łatwy odpływ ropy, lecz działanie to nie odpowiedziało naszemu oczekiwaniu i czyto skutkiem tego podrażnienia, czy skutkiem samego toku rzeczy przystąpiło silne zapalenie, obrzmienie stawu łokciowego i przedramienia, i niebawem

ropa utorowała sobie drogę, otoczyła staw pod skórą i pomiędzy odstępami międzymięśniowemi przedramienia. Ogólny stan chorego znacznie się pogorszył i wyniszczenie sił było blizkie. Amputacja ramienia, jako ostateczny środek może za późno wykonana, nie zdołała uratować chorego. Uległ zakażeniu ropiastemu. P. kandydat K r y ż e miał w opiece pierwszego z tych chorych, drugiego student Reszyf. Oba złożyli opisy tych wypadków.

Z czterech amputacyj goleni 3 odbyły się u mężczyzn, jedna u kobiety; dwie z pomyślném, dwie ze smutném ukończeniem choroby. Szczęśliwe wypadki przeznaczone były dla dwóch mężczyzn, u których odjęcie goleni wskazaném było dawną chirurgiczną chorobą, to jest guzem białym stawu stopo-goleniowego i przeistoczeniem słoniowatém (*elephantiasis*) nogi; u dwóch drugich złamanie goleni w dolnej części, połączone ze zgruchotaniem jój, ze skałeczeniem skóry, tudzież z gwałtownem stłuczeniem, nakazywało niezwłoczne odjęcie tak uszkodzonej części. U jednego z tych chorych kość łytkowa przy kolanie wyłuszczoną być musiała. Oba chorzy umarli, jeden skutkiem zakażenia ropiastego, drugi skutkiem gangreny. PP. Zaleski, Krajewski, Bando i Żaboklicki opisali te przypadki.

Amputacja uda wykonana u 17to-letniego chłopca wycieńczonego i niepodobnego do życia, u którego kość goleniowa uległa rokowatemu potwornemu przeistoczeniu (*osteosarcoma*), ukończyła się najpomyślniej tak, że chory ten po zagojeniu rany nauczył się chodzić na kulach. — Druga amputacja uda wskazaną była przy obrażeniu gwałtowném kolana z rozdarciem części miękkich go otaczających i obszerném otwarciem stawu. Chora umarła w 15 dni po operacji skutkiem gangreny rany. PP. Gruszczyński i Stromfeld złożyli historye tych chorych. Z nadmienionych tu wypadków amputacyj mamy nowy dowód, o ile rokowanie w téj operacji jest pomyślniejszém u chorych chronicznemi chorobami dotkniętych, aniżeli gdy po gwałtownych uszkodzeniach wykonaną być musiała.

Wyłuszczenia ze stawów w naszym wykazie operacji objęte odnoszą się po większej części do wyłuszczenia palców i pojedynczych ich członków, tudzież do wyłuszczenia palców nadliczbowych. Wspomnieliśmy już wyżej, że w dwóch razach po wyłuszczeniu palców musieliśmy u jednego chorego odjąć przedramię u drugiego ramię z powodu posunięcia się zapalenia wyżej i zniszczenia gangrenowego tkanki łącznej i skóry. Dla téj saméj przyczyny wyłuszczenie zgruchotanéj ręki ze stawu wymagało, jak już wyżej powiedziałem, odjęcia przedramienia. Tak więc w tych smutnych okolicznościach na jednym i tym samym chorym i wyłuszczenie ze stawu i amputacja odbywać się musiały. Młody 18to-letni chłopiec, dotknięty od kilkuna-stu miesięcy zgangrenowaniem kości stopowéj palca wielkiego, dał nam sposobność jéj wyłuszczenia w stawie stępu która-to operacja najpomyślniejszy obrot wzięła. P. Dobrzycki miał tego chorego w opiece. Równie pomyślnym skutkiem uwieńczone zostało wyłuszczenie 3ch palców razem: 3go, 4go i 5go, zgniecionych trybami maszyny.

Jednym z rzadkich i najpiękniejszych wypadków klinicznych ubiegłego roku było odjęcie częściowe stopy pod kością skokową (*amputation sous.-astragalienne*). Wykonał ją p. prof. Korzeniowski sposobem Roux, to jest tworząc płat do pokrycia rany od strony wewnętrznej stopy. Przedmiotem téj operacji była 25cio-letnia kobieta ze zgruchotaną stopą. Bliższe śledztwo obrażenia tego dało przekonanie, że odjęcie stopy da się uskutecznić z pozostawieniem kości skokowéj, co téż w dniu 14. marca uskutecznióm zostało. Chora zupełnie uleczona wyszła z kliniki w dniu 5. lipca, a zatém prawie po 4ch miesiącach. Rana jéj zupełnie była zagojoną, i chora postępować mogła na piętku po amputacji pozostałym bez doznawania bólu, atoli skrócona kończyna o 3 do 4 cali wymagała stosownego obuwia, by ile możności zrównać ją z drugą i chód ułatwić. Było rzeczywiście piękny rezultat kliniczny osiągnięty tą rzadką operacją, i w zastosowaniu i w wykonaniu trudną. Ale téż przyznać musimy, że dla dopięcia zamierzonego celu przebyć musieliśmy bardzo trudną drogę. Mieliśmy bezpośrednio po operacji ogromną ranę,

która po należytém jój oczyszczeniu płatem skórnym starannie pokrytą została i płat ten przytrzymanym był stosownie założonemi plastrami, a wszystko, pokryte skubanką i kompresami, opaską ustalone zostało. Tak opatrzona kończyna spokojnie ułożoną została na poduszce z sieczki i zabezpieczoną w tém położeniu. Odczyn gorączkowy był duży, nabrzmienie i zaognienie pieńka kazało się obawiać oddzielenia się płata; gdy jednak gwałtowność tego odczynu wstrzymaną została, płat w znacznej części utrzymał się, oddzielił się tylko na brzegach, a pomimo ciągłego i długiego ropienia, pomimo zgangrenowania się w kilku punktach tych brzegów i pogorszonego charakteru ropienia, pomimo tworzących się po obu stronach ropni, zdołaliśmy usunąć te wszystkie powikłania. Nie raz w ciągu téj kuracyi mieliśmy do czynienia z nieładem gastrycznym u chorój, która dała do tego powód wykroczeniami w diecie. Wszystko to nie pozbawiło nas pociechy całkowitego uleczenia chorój. Przez pierwsze 3 tygodnie p. kandydat Lewandowski dozorował tę chorą w klinice i opisał jój chorobę do tego czasu; później była powierzona p. Matuszkiewiczowi, od którego dalszego opisu przebiegu choroby oczekujemy.

Wypiłowanie (*resectio*) szczęki górnej wykonaliśmy na 40to-letnim mężczyźnie dotkniętym rakiem téj kości. Cała lewa kość szczękowa górna resekowaną została sposobem Velpeau. Znaczne zniszczenie skóry, która także oddzieloną być musiała, wymagało odpowiedniego zastosowania cięć skórných. Po odpreparowaniu skóry i odpiłowaniu szczęki sposobem powyżej podanym brzegi rany zbliżone szwem supełkowym i szpilkowym połączone zostały. Operacya ta odbyła się bez zachloformowania chorego, bo potrzebowaliśmy całej jego przytomności przy ciągle zalewającej się krwią jamie ust, którą wypluwać musiał, tudzież dla tego, że operacya ta trwać musiała dość długo. Chory przetrwał ją mężnie, dni pierwsze po operacyi przeszły bez żadnych nadzwyczajnych wypadków a pozostała z ubytku szczęki jama utrzymywała się w czystości często powtarzanemi jój przestrzykiwaniami przez jamę ust. Nie powiodło się nam jednak bezpośrednio połą-

czenie brzegów rany: brzegi te rozeszły się u góry w miejscu ich największego naprężenia. Przy dalszym przebiegu choroby rana prawie zupełnie się zrosła, chory uwolniony został od bólów, jakich w miejscu tém i całej twarzy doznawał i stan jego ogólny znacznie się poprawił. Ale poprawa ta nie długo trwała; po 4ch miesiącach straszliwa choroba odnowiła się w jamie ust i na brzegach blizn po operacji pozostałych. Złe nagłe robiło postępy, nie można było myśleć o ponowieniu operacji w jakich takich widokach poprawy i w stanie tak rozpaczliwym chory ten na salę szpitalną wypisanym został. Był on przedmiotem egzaminu praktycznego p. kandydata Weitzenblüth, który złożył początkowy opis jego choroby.

Szczególnój formy i postaci nowotwór natury rakowatėj rozwinął się na policzku 60-letniego mężczyzny i zajął kość jarzmową wraz z częścią przedniej ściany kości szczękowej górnej. Skóra była w tych miejscach ściśle z kośćmi zrosniętą, zcieńczoną i zasiniąłą. Chory cierpiał wiele i narzekał na ostry i kolący ból w całym policzku. Choroba jego trwała już dość dawno i stawała się co raz dokuczliwszą. Postanowiliśmy go oswobodzić od tych cierpień usunięciem chorobliwie przeistoczonych części zapomocą operacji, która do wypadku tego zastosowaną być musiała. Niepodobna było, a nawet nie należało się odłączać skóry od guza kostnego, pozostawiliśmy przeto na nim zrosniętą z nim, albo raczej w masę jedną przeistoczoną skórę i śmiałem cięciem półksiężycowém pod guzem poprowadzoném dostaliśmy się do jamy jarzmowej, skąd wypłynęła masa miazgowata tego rodzaju przeistoczenie rakowate cechująca. Po wypróżnieniu jėj mogliśmy już całą jamę obmacać palcami i rozpoznać bliżej granice schorzałej i zdegenerowanej kości. W granicach tych wypiłowaliśmy ją jużto piłką, już téż wycięliśmy ostremi nożycami, poczem brzegi skóry zdrowej dały się najlepiej zbliżyć i połączyć szwem zwyczajnym. Po operacji brzegi rany zrosły się zupełnie, wszystko szło dobrze i zdawało się zapowiadać pożądaný skutek operacji, gdy gwałtowne zapalenie płuc, któremu już w podeszłym wieku chory oprzeć się nie mógł,

przerwało pasmo dni jego. Umarł w dni kilka po operacji. P. kandydat Twarowski opisał ten przypadek.

Wyrodzenie rakowate szczęki górnej (*epulis carcinomatosa*) wymagało wydobycia guza, odpiłowania części brzegu zębowego szczęki i wypalenia całej podstawy żelazem rozpaloném. Przedmiotem operacji téj z pomyslnym skutkiem odbytéj był 50-letni mężczyzna. Opiekunem jego był p. Ginter kandydat.

W dniu 14. kwietnia przywieziono nam do kliniki 16to-letniego chłopca od paru tygodni najgwałtowniej cierpiącego na ból ramienia prawego. Śledząc bliżej tego chorego, odkryliśmy kilka przetok, które nas doprowadziły do całkiem obnażonej i ruchomej kości ramieniowej w górnej jéj części, zapewne skutkiem odbytego zapalenia pokrywającej ją przykostnej. Stosownemi cięciami należało dać ujście ropie, co gdy wykonaném zostało, przedstawiła nam się kość ramieniowa ropą oblaną. Oddzielenie jéj, jako ciała obcego, było już tu konieczném wskazaniem, lubo gorączka niszcząca i zupełny upadek chorego na siłach najsmutniejszy zapowiadały koniec. Wydobycie téj kości żadnej prawie nie nastroczało trudności: była już jakby wypreparowaną, główka jéj pozostała w stawie, szyjka była prawie przezartą, a przy wychyleniu jéj cięciem w częściach miękkich na zewnętrznej stronie zrobioném, z łatwością prawie w pośrodku długości swój odpiłować się dała. Przypadek ten, głównie pod względem gwałtowności przebiegu zasługujący na uwagę, był dla kliniki bardzo nauczającym. Operacja, sama, że tak powiem, nasuwająca się, nie miała już żadnego wpływu na przebieg choroby, bo wykonaną była wśród warunków najnieprzyjaźniejszych dla życia, jakoż w dni kilka później chory je zakończył. P. Żłobkowski opisał ten przypadek.

Wzmiankowana w wykazie operacyj resekcyja kości goleniowej dotyczy się przypadku złamania téj kości przed kilkunastą miesiącami i tak nieszczęśliwego jéj zrośnięcia się, że goleń, zgięta pod kątem i znaczną wypukłością ku stronie wewnętrznej obróconą, była prawdziwym ciężarem dla chorego, gdyż w żaden sposób nie mógł na niéj wspierać się i utrzymać ciężaru ciała. Kąt kości goleniowej, z tak krzywego

zrośnięcia ułamków powstały, był mocno sterzący i twardy. Do uleczenia chorego z tego kalectwa najpierw nastęcała się myśl powtórnego złamania goleni w miejscu tak nieforem- nego zrośnięcia i następnego należytego jój ułożenia. Wszak- że złamanie takie, jakieby koniecznie w danym przypadku nastąpić musiało, zdawało nam się niepodobnem, a usiłowa- nia w tym względzie przedsięwzięte spowodowałyby złamanie nad lub pod kątem kości. Cóżbyśmy na tój operacyi zyskali? oto końce złamanój kości, gdyby do kierunku podłużnego osi goleni ułożone być miały, utworzyłyby jeszcze jeden kąt, przez co goleń jeszcze skróciłyby się musiała i tępniej byłaby zdolną pełnić swoje przeznaczenie. Niepodobna było zatem ręczyć za skutek z powtórnego złamania, a chociażby wypa- dło w zamierzonym miejscu, któż może w takim razie prze- widzieć, jaki będzie kierunek złamanych ułamków, czy wła- śnie zbyteczna ich ukośność nie stanie na przeszkodzie ich zbliżeniu w kierunku prostopadłym i czy ostre końce nie prze- biją skóry i przez powikłanie takie postawią chorego w nie- bezpieczeństwie. Wreszcie do pozyskania złamania kości w da- nym miejscu służą pewne przyrządy, na których nam zbywało. To wszystko wzięwszy pod rozwagę, postanowiliśmy zastoso- wać w tym razie metodę operacyi Re a B a r t o n, używaną przez niego dla nadania prostego kierunku kończynie dolnej, nastę- pstwem cierpienia stawu biodrowego unieruchomionój i od- wróconój ku tyłowi, to jest zamierzaliśmy przywrócić goleń do prostego kierunku przez wypiłowanie z niej klina, właśnie ze sterzącego kąta ze zrośnięcia się ułamków powstałego. Operacyą tę wykonaliśmy w dniu 24. maja. Przecięcie skóry wzdłuż sterzącego kąta kostnego kości goleniowej, długości 3 cali, i na poprzek, wystarczyło do odkrycia jój i dostatecznego oddzielenia od części ją otaczających, dla następnego podsu- nięcia pod nią zgłębnika Olliera i przesunięcia na nim piłki łańcuszkowej. Poczém przepiłowaliśmy kość golenio- wą dwa razy od wewnątrz ku zewnątrz, poczynając zawsze od tyłu od tego samego punktu, lecz nadając jój kierunek ukoś- ny raz ku górze, raz ku dołowi, tak, abyśmy tym sposobem z kości goleniowej wypłowali w całej jój grubości klin, które-

go wierzchołek odpowiadał ścianie tylnej wewnętrznej, a podstawa półtora centymetra szeroka obejmowała właśnie ów sterzący brzeg kości. Ta część operacji odbyła się z łatwością i dość prędko; nie mieliśmy żadnego krwotoku, ale naprowadzenie wolnych teraz końców kości nie dało się jeszcze uskutecznić z powodu silnego wygięcia kości łytkowej, stawiającego opór. Przez małe natężenie siły opór ten zniesionym został, kość łytkowa pękła, a wówczas goleń dała się najlepiej nastawić i przybrała prosty kierunek. Zaraz po operacji brzegi rany zbliżone zostały plastrem lepkiem i cała kończyna ułożoną została na przyrządzie *Laugiera* i opatrzona tak, byśmy zawsze do rany wolny przystęp mieli bez jej poruszenia. Parę dni po operacji przeszło dobrze i zapowiadało pomyślny koniec, gdy dnia 3go krew' obficie puściła się z rany. Po obejrzeniu jej okazało się, że krew' płynie z powierzchni przepiłowanego ułamku górnego, pęczek skubanki umaczanój w półtorachlorku żelaza i mały nacisk zatrzymały krwi płynienie; lecz gorszy obraz rozwinął się nam przed oczami, to jest gangrena w ranie, która najgwałtowniej szerzyła się na części miękkie i pomimo najtroskliwszych ze strony naszej starań udzieliła się całemu organizmowi: jakoż skutkiem tego zakażenia gangrenowego chory żyć przestał 7go dnia po operacji. *P. student Kaiser* miał tego chorego w opiece i złożył historiją jego choroby.

Inne operacje na kościach odnosiły się najwięcej do wydobywania tak zwanych sekwestrów czyli części obumarłych kości tak płaskich, jak długich. Wydobyliśmy taki sekwestr czyli martwą kość czaszki, twarzy, obojczyka, palców, a najwięcej z kości goleniowej, sprychowej i łokciowej. Otwory przetokowe zewnętrzne przy sekwestrach kości długich najczęściej wskazywały nam kierunek cięć skórnych do łatwiejszego odkrycia i wydobywania tych kości potrzebnych. W jednym razie uciec się musieliśmy do założenia trepanu celem wypiłowania mostku i lepszego otworzenia kloaki kość obumarłą zamykającą. W innym razie użyliśmy jeszcze tego sposobu do wydobywania kuli głęboko w kości uwięzłej. Chorych takich mieli w opi-

sie pp. Stanczykiewicz, Węgrowski i p. kandydat Fermer.

Enchondroma, to dość rzadko wydarzające się przeistoczenie kości, przedstawiło nam się tego roku w postaci przypominającej rysunek téj formy choroby w patologiach chirurgicznych francuzkich kopiowany, lecz u naszego chorego przemiany były większe. P. Portner, który na tym chorym odbył swój kurs praktyczny, do historii jego choroby dołączył jój rysunek. Cierpienie rozwinęło się na 26-letnim silnym i na pozór najzdrowszym mężczyźnie. O ile zapamiętać może, już w trzecim roku życia zaczęły się okazywać małe guziczki na trzecim i czwartym palcu ręki lewój, lecz wzrost ich z razu był nader powolny, żadnego nie sprawiały bólu, a skóra je okrywająca żadnej nie uległa zmianie, tak, że chory ręki téj tak, jak drugiej, używał do pracy. Pomimo powolnego rozrostu guzów, jednak ten był ciągły i przez lat dwadzieścia trzy doszedł takich rozmiarów, że ciężarem swoim uczynił rękę niezdadną do wszelkiej czynności, a to skłoniło chorego do szukania pomocy w klinice chirurgicznój.

Przekształcenie chorobne zajmuje rękę lewą w objętości i formie potwornie przeistoczoną. Na grzbiecie ręki téj widzimy kilka guzów, wielkości i kształtu sporych kartofli, całą rękę pokrywających. Po bliższém ich rozpoznaniu spostrzegamy, że guzy te osadzone są tylko na dwóch palcach, mianowicie na trzecim i czwartym. Palec wielki, wskaziciel i paluszek żadnych nie przedstawiają zmian w swój budowie. Palec trzeci przedstawia następujące zmiany: koniec jego czyli członek trzeci jest w połowie tylko widzialny, lecz pokryty zdrowym paznogciem; po bokach stawu drugiego z pierwszym członkiem znajdują się dwa guzy wielkości i kształtu sporych kartofli, wystają ony więcéj na stronie grzbietowój, powierzchnia ich jest nierówna, garbkowata. Staw guzami temi otoczony jest jednak ruchomy. Od strony wewnętrznej i zewnętrznej stawu łączącego członek drugi z trzecim znajdują się znowu dwa guzy do tamtych podobne, lecz ściśle od nich odgraniczone, wystają jeszcze więcéj od strony grzbietowój,

a pomiędzy nimi jest rowek idący w kierunku kości pierwszej członka tego palca. Powyżej tych dwóch guzów znajduje się guz piąty, największy, osadzony na kości śródreęcznej trzeciej; na powierzchni dłoniowej guz ten stanowi znaczną wyniosłość, która przez wyraźne zagłębienie, odpowiadające rowkowi palca dłoniowemu, oddzielone jest od dłoni. Na palcu czwartym po bokach stawu łączącego członka drugi z pierwszym znajdują się jeszcze dwie wyniosłości nieco mniejsze od poprzednich i kształtu stożkowego. Członek pierwszy tego palca jest w stawie śródreęcznym nieco wywichnięty na wewnątrz, a to skutkiem nacisku guza sąsiedniego od palca trzeciego. Konsystencja wszystkich tych guzów jest bardzo twarda, prawie kostna; przy mocnym ich nacisku nie sprawiają bólu; osada tych guzów jest nieruchoma, ściśle ze szkieletem palców połączona, skóra pokrywająca je mocno naprężona, ścięta, delikatne jej naczynia wyraźnie przeświecają, a na guzie osadzonym na kości śródreęcznej trzeciej przedstawia się wyraźnie przebieg ścięgien mięśnia wyprostnego wspólnego palców. Palec trzeci i czwarty są mocno zgięte i wyprostować się nie dają, reszta zaś palców, to jest wielki wskazujący i paluszek, są we wszystkich ruchach swobodne. Ruchy ręki pronacyjne i supinacyjne, równie jak w stawie napiętkowym, są zupełnie wolne. (Portner).

Mieliśmy zatem przed oczami rzadki przykład nowotworu do wysokiego stopnia rozwiniętego, znanego pod nazwą enchondroma. P. Portner w opisie tego przypadku ze stanowiska histologii i anatomii patologicznej starał się rozróżnić nowotwór ten od innych z nim podobieństwo mających i naznaczyć mu właściwe stanowisko. Uważał go za nowotwór łagodny i z tego powodu rokował choremu pomyślny skutek po operacji, która jedynie była w stanie oswobodzić chorego od nader przykrego położenia, które pozbawiało go właściwego użytku z kończyny i zagrażało mu koniecznym dalszym postępem choroby.

Postanowiliśmy zatem odjąć ów potworny nowotwór za pomocą operacji, którą wykonaliśmy w dniu 5. lutego. Po zachloroformowaniu chorego, do czego potrzeba było 10 minut

czasu, ręka lewa przez pomocników należycie ustaloną została, poczem zapomocą dwóch płatów, górnego i dolnego, guzy opisujących i następnie odpreparowanych, guzy te należycie odkryte zostały. Atoli wyłuszczenie ich wszystkich razem było niepodobnem, bo guz górny był całkiem oddzielony od 4ch guzów dolnych, dla tego też wyłuszczyliśmy najprzód palec trzeci wraz z czterema na nim osadzonemi guzami, a potem dopiero guz górny, który okazał się być ściśle połączony z kością śródreżca trzecią. Oddzielenie zatem guza dało się dopiero skutecznie po resekcji téj kości w jej części zupełnie zdrowej blisko jej końca tylnego. Co gdy wykonaniem zostało zapomocą piłki łańcuszkowej, przystąpiłem do wyłuszczenia palca czwartego wraz z osadzonemi na nim guziczkami; co już z łatwością dało się skutecznie. Po zatamowaniu krwawienia ranę wypełniono skubanką i pokryto ją oszczędzoną skórą. W dalszym ciągu choroby po téj operacji nie mało mieliśmy trudności do zwalczenia, mianowicie z powodu częstego psucia się rany, zaczęm zdołaliśmy ją doprowadzić do pożądanego ropienia. Ze złym stanem rany łączyła się gorączka, która wymagała stosownego leczenia. Minęło miesiący dwa, zaczęm chory ponowną wziął górę nad chorobą i zabliznienie rany codziennie postępowało. Chory ten, zupełnie zagojony, odzyskawszy użytek właściwy ręki, z pozostałemi palcami 1ym 2im i 5ym, zupełnie zdrow opuścił szpital w trzy miesiące po operacji.

P. Portner zrobił rozbiór anatomiczno-drobnowidowy odjętych narośli. Po oddzieleniu skóry znalazł na grzbiecie powierzchni tych guzów ścięgną mięśni wyprostnych nadzwyczaj spłaszczone i ścienczone, a na powierzchni dłoniowej ścięgną zginaczy skurczone i grube. Szkielet palca średniego był nadzwyczaj zmieniony, gdyż członki palca tego zanikły zupełnie, a natomiast istniały tylko mostki kostne łączące guzy przeciwległe. Powierzchnie stawowe kostek palcowych były nie naruszone. Na palcu 4tym nie było wielkich zmian, istniały tylko guzy nieregularne powyżej stawu łączącego członek pierwszy z drugim. Kształt guzów trzeciego palca był kulisty z małemi wyniosłościami na powierzchni. Po

przepełnieniu tych guzów powierzchnia przedstawiała skład kostny dziurkowaty, czerwono zabarwiony, w niektórych miejscach wysepki szklisto perłowo opalizujące. Skrawki badane pod mikroskopem przedstawiły albo zwyczajną chrząstkę szklistą ze zwyczajnymi komórkami chrząstkowymi i substancją międzykomórkową jednolitą, albo też komórki chrząstkowe z substancją międzykomórkową włóknistą. W innych punktach były wyraźne komórki kostne, albo przejścia komórek kostnych w komórki chrząstkowate, punktem więc przejścia tych narośli chrząstkowo-kostnych była substancja szpikowa kości członków palcowych, powstały zatem one od wewnątrz kości i dla tego obecnie przy znacznym rozwoju narośli znajdujemy tylko ślady normalnej kości. (Portner).

Operacją wargi zajęczej zrobiliśmy u dorosłej już panny około 20-letniej. Wada organiczna była tu w małym stopniu, gdyż rozszczepianie wargi nie dochodziło do nosa. Operowaliśmy ją sposobem Nélatona, dla pozyskania kształtnego brzegu dolnego wargi i zapobieżenia szczerbie, jaka zwykle po operacji tej pozostaje. Dopieliśmy w zupełności zamierzonego celu, lecz dopiero po drugiej operacji, w parę tygodni po pierwszej wykonanej, a ta druga operacja miała właśnie na celu usunięcie, że tak powiem, dziobka w miejscu owój szczerby pozostałego; po wycięciu go i założeniu szwu supełkowego w dni kilka nastąpiło tak piękne i równe połączenie brzegów, że nie pozostało ani śladu organicznej wady. Przyznajmy się jednak szczerze, że bylibyśmy pozyskali ten sam skutek, gdybyśmy byli od razu operowali chorą zwyczajnym sposobem; lecz w klinice chirurgicznej trzeba starać się przy sposobności dać poznać studentom różne sposoby operacji tych samych przypadków, lubo korzyść ztąd wynikająca nie zawsze dla obu stron, to jest uczniów i chorych, jednakowo wypadnie.

W dwóch przypadkach raka wargi dolnej rozciągającego się u jednego chorego na policzek, a u drugiego zajmującego nadto średnią część kości szczękowej dolnej, p. prof. Korzeniowski wykonał 2 piękne operacje cheiloplastyczne. U jednego z tych chorych wraz ze zrakowaciałą wargą wypiłował średnią część szczęki, a następnie podług zasad chirurgii

plastycznój wypreparował z policzka płaty skóry, pokrył niemi ranę i połączył je szwami. U drugiego chorego, przy nie naruszonėj szczęce i nie tak obszernie posuniętém owrzodzeniu na skórze, po wycięciu raka płat dał się z większą łatwością wykroić z policzka i najdokładniej zastąpił wargę wyciętą. Jakoż u tego drugiego chorego cel operacyi prędko, bo w przeciągu dni kilkunastu był całkiem dopięty, a dorobiona warga była tak piękna, że nikt jój pochodzenia nie poznał. U pierwszego chorego rzeczy nie odbyły się tak pomyślnie: brzegi rozeszły się, pozostała zatém obszerna rana zamieniająca jamę ust w otwartą paszczę. Przy stosowném opatrywaniu brzegi rany zbliżyły się znacznie, a za niemi i końce kości szczęki dolnėj, i gdyby nie natura choroby, przeciw którój operacya ta przedsięwziętą została, spodziewaćby się można, że rana dojsęby mogła do zabliznienia. Ale niestety tak w tym przypadku, w którym jeszcze rana daleką jest do zagojenia, jak w drugim, gdzie się tak prędko zablizniła, powrót choroby i najsmutniejszy jój koniec nie są do uniknienia. Poprzezstaję na krótkiej wzmiance o tych dwóch pięknych operacyach, gdyż obszerniejszym ich opisem sam p. Korzeniowski zajmował nasze Towarzystwo lekarskie.

Najważniejszą operacyą w roku tym w klinice naszėj, pierwszy raz w kraju naszym wykonaną, było podwiązanie t. biodrowej zewnętrznej (*ligatura art. iliacaе externaе.*) P. Chmieliński, student 5go kursu, miał ciągle w opiece tego chorego ważnego, powszechny wzbudzającego interes. Opis choroby złożonėj nam przez p. Chmielińskiego posłuży nam do przypomnienia niektórych szczegółów tego rzadkiego przypadku dotyczących.

Młoduchowski Felix, strycharz lat 30 liczący, przybył do kliniki naszėj dnia 2. lutego; przedstawiał on wszystkie cechy zdrowego i silnie zbudowanego mężczyzny, jakoż wszystkie funkcyje fizyczne odbywały się w nim normalnie. Niemoc ciała, dla którój u nas szukał pomocy, była tak charakterystyczną, że przy pierwszym rzucie oka i po krótkim jój zbadaniu, żadnej co do natury swėj nie nastęrczała wątpliwości. Byłto guz tętniakowy czyli *aneurysma* tętnicy udowej w lewėj okolicy

pachwinowej wielkości cytryny o cal pod więzem Pouparta leżący. Znaczna część jego zapuszczała się w głąb' pomiędzy mięśnie uda. Przed 4ma laty chory ten wpadł w dół 3 łokcie głęboki i doznał tak silnego wstrząśnienia i bólu w krzyżu, że przez 2 miesiące z łóżka podnieść się nie mógł, a gdy po tym czasie zaczął się próbować, postrzegł mały guziczek w okolicy pachwinowej lewej. Zdaje się zatem, że upadnięcie to, z mocnym wstrząśnieniem połączone, dało początek rozwinięciu się tętniaka. Ponieważ chory przyszedł zupełnie do siebie, nie zwracał z razu uwagi na ten guziczek, dopóki powiększająca się jego objętość, utrudnione chodzenie, drętwienie kończyny przy siedzeniu i wzrastająca ztąd obawa złych skutków, nie zagnęły go do szukania pomocy lekarskiej. Pomoc ta nastąpiła zaraz po pierwszym zbadaniu chorego, to jest przewiązanie tętnicy powyżej tętniaka, a w obecnym razie przewiązanie tętnicy biodrowej zewnętrznej (*art. iliaca externa*). O przewiązaniu tętnicy udowej powyżej guza pod więzem Pouparta nie mogło być mowy, gdyż guz prawie do więza tego dochodził; nie pozostało zatem, jak podwiązanie w jamie brzusznej tętnicy udowej zewnętrznej. Chociaż nie znamy żadnego wypadku uleczonego tętniaka pachwinowego właśnie takiego, z jakim mieliśmy do czynienia, za pomocą nacisku i chociaż chirurgowie zgadzają się na to, że szczęśliwy rezultat w tych razach tylko przez podwiązanie tętnicy biodrowej zewnętrznej osiągniętym być może, jednak pokusiliśmy się jeszcze do probowania nacisku, który w tylu innych tętniakach z dobrym skutkiem był zastosowany. Do wykonania tego nacisku pozostawała nam mała zaledwie jednocalowa przestrzeń tętnicy udowej po nad sklepieniem guza aneuryzmatycznego i pod więzem Pouparta. W tém tylko miejscu za przyciśnięciem brzuścem palca tętnicy do kości łonowej mogliśmy całkowicie wstrzymać przyływ krwi do guza tętniczego i przerwać w nim tętnienie. Zamierzaliśmy zatem wyrzucić na to miejsce nacisk za pomocą służących do tego przyrządów. W braku compressorów Broca używaliśmy do tego podobnych. Atoli były to tylko próby, gdyż chory przy mocniej założonym przyrządzie nie mógł znieść nacisku, a przy słab-

szym przyrząd usuwał się po każdym poruszeniu kończyny. Musieliśmy zatem odstąpić od tego planu i postanowiliśmy dojść do celu za pomocą nacisku na tętnicę przerywanego i łagodniejszego. Nacisk taki tylko sam chory mógł skutecznie, jakoż nauczył się sam brüscami palców dokładnie przyciskać tętnicę udową do gałęzi poziomej kości łonowej o tyle tylko, by tętnienie w guzie całkiem ustało. O ile to było w jego mocy, nacisk utrzymywał w ciągu dnia; wśród snu przerywać go musiał. Usiłowania jego nie były bez skutku: bo po 5iu tygodniach przy tak przerywanym nacisku guz widocznie zmalał, lecz chory nie miał ochoty dłużej pracować nad sobą, zdawał się być znudzony, zniechęcony i żądał stanowczej pomocy. Gdy po dość długiej, bo 3-tygodniowej przerwie, wśród której chory prawie zupełnie nacisku zaniedbał, guz znowu się wrócił do dawnych rozmiarów, uznaliśmy za właściwe powrócić się do téj metody leczenia, lecz za pomocą nacisku ciągłego, wykonywanego palcami pomocników w owym jedynym punkcie powyżej guza wynaleźć się dającym. Studenci kursu piątego chętnie kolejno nacisk ten metodycznie skuteczniiali bez przerwy przez trzy dni i trzy noce; atoli po upływie tego czasu, lubo skutek działania był najwyraźniejszy, bo tętniak ściągnał się i nieco stężał, niepodobna jednak było dłużej przy metodzie téj pozostać, a to z powodu zaczerwienienia się skóry w miejscu nacisku, nabrzmienia jój i bólu, zwiastujących rozpoczynające się zapalenie skóry i tkanki pod nią leżącej. Stanowczo zatem odstąpiliśmy od dalszych prób uleczenia chorego na téj drodze, na której nikomu jeszcze w przypadku takim dojść do celu nie udało się. A zatem po zniesieniu wyż rzeczonych objawów zapalnych skóry i zapobieżeniu dalszemu jego rozwinięciu się i najsmutniejszym ztąd wyniknąć mogącym następstwom, postanowiliśmy wziąć się do operacji stanowczej, jako jedynego sposobu uleczenia chorego, to jest do przewiązania tętnicy biodrowej zewnętrznej, które już po pierwszym zbadaniu chorego uważałem za niezbędne. Lecz minęło znowu 3 tygodnie, zaczęła operacja ta skuteczną być mogła, bo chory wahał się długo z przyzwoleniem na nią. Z powodu rzadkości jego

choroby często bywał odwiedzany i badany przez lekarzy, nie raz doszły do jego uszów rozprawy o ważności operacji, jaką na nim zrobić trzeba i o zagrażającym mu niebezpieczeństwie utraty życia. Umysł jego myślą tą tak dalece był porażony, że gdy już raz był się zdecydował do poddania się operacji i gdy już oczekiwaliśmy na niego w amfiteatrze, w żaden sposób do sali operacyjnej przyjść nie chciał. Rozum jednak ostatecznie wziął górę nad obawą, a przekonanie, że operacja odbędzie się bez bólu wśród snu, skłoniło nareszcie chorego do tego ostatecznego kroku.

W wilią operacji kanał kiszkowy oczyszczony został olejkim kleszczowiny, a dnia 6go kwietnia w obec licznie zebranych studentów i kilku kolegów przystąpiłem do dzieła. Po zachloroformowaniu chorego, do czego zużyto blisko 2 uncje chloroformu i około 20 minut czasu, chory był ułożony na stole operacyjnym równo na wznak, z głową nieco w górę uniesioną. Zrobiłem cięcie skórne podług Coopera, to jest poczynając o 15 milimetrów od kolca biodrowego górnego równoległe z więzmem Pouparta, lecz nieco wypukłe ku dołowi, aż do jego środkowego punktu. Przeciąwszy następnie w tym samym kierunku i z wszelką ostrożnością skórę, tkankę łączną, mięśnie brzuszne i ich rozciągną, doszedłszy do powięzi poprzecznej (fascia transversalis) oddzielającej poprzeczny mięsień brzuszny od otrzewnej, przeciąłem ją najostrożniej, usunąłem palcami odkrytą otrzewną, a ujrzawszy i poczuwszy szukaną tętnicę przy brzegu wewnętrznym mięśnia lędźwiowego (psoas), podsunąłem od zewnątrz ku wewnątrz przewiązkę za pomocą igły Coopera i z łatwością przewiązałem tętnicę w zamierzonym miejscu. Przewiązkę przeprowadzoną dolnym kątem rany zabezpieczyłem na brzuchu plasterkiem lepkiem, a oczyściwszy brzegi rany, połączyłem je szwem supełkowym, poczem opatrzyłem ranę skubanką, płótnem miękkim w kilkoro złożonym i opaską kłosem pachwinowym, na koniec całą kończynę opasałem opaską flanelową.

Operacja odbyła się bez krwawienia, nie było potrzeby przewiązania żadnego naczynia. Zaraz po zacieśnieniu przewiązki na tętnicy biodrowej zewnętrznej ustało tętno w guzie

aneuryzmatycznym i we wszystkich tętnicach kończyny operowanej. W godzinę po operacji temperatura kończyny tej zniżyła się wyraźnie, a tętno w tętnicy sprychowej uderzało tylko 48 razy na minutę. Chory odzyskał przytomność, nic nie wiedział co się z nim działo, był jednak odurzony i miał błędne wejrzenie. W parę godzin później zaczął narzekać na ból krzyża, który się pod noc powiększył. Jednocześnie kończyna zimna zaczęła się ocieplać, a tętno podniosło się do 70 uderzeń. Co godzinę tętno wzrastało w częstotliwości i w sile. Noc po operacji chory przepędził bezsennie, pomimo podanych mu 4ch gran proszku Dowera. Nad ranem miał obfity pot, ciało rozpalone, język suchy, oddech utrudniony, kończyna wróciła do normalnej temperatury, lecz tętna w niej domacać się nie było można; tętno doszło do 130 uderzeń, oddech do 40 razy na minutę. Upuszczono 10 uncyj krwi z przegubu lewego, do środka przepisano saletrę i napój kwasowy chłodny, na ranę okładę wody z lodem.—Cały dzień drugi przeszedł bez wyraźnej zmiany, jednak chory czuł się bardzo osłabionym.—Dnia 3go po operacji, po bezsennej nocy, chory jest prawie bezwładny, poci się, tętno powtarza się 160 razy, oddech 42 razy na minutę. Brzuch wzdęty, lecz nie bolesny. (Leczenie także, lawatywa).—Dnia 4go kończyna operowana była gorętsza od drugiej. Zdjęto opatrzenie, brzegi rany okazały się blade, nie zrośnięte, wyjęto nitki szwu i zbliżono brzegi plasterkami. Chory był niespokojny, oddech miał znacznie przyspieszony, 45 razy na minutę, brzuch wzdęty, nieco bolesny w okolicy rany. (Ol. ricini, emuls. oleosa). Nastąpiły wypróżnienia małe, z upadkiem sił i wyraźną zmianą w rysach twarzy, smutny zapowiadającą koniec, nudności, większy ból i wzdęcie brzucha, czkawka i wymioty. (Emulsio calomel c. opio, kataplazmy, wcieranie maści szarj). Noc bezsenna, bredzenie, przeplatane chwilami przytomności, oddech chrapliwy, czkawka, ból przy oddawaniu uryny.—Dnia 5go po operacji wymioty koloru ciemno zielonego, wodnisto pomieszane, poty zimne, wśród których o godzinie 6. wieczorem dnia 5go po operacji chory życie zakończył.

Oględziny pośmiertne. Lekkie obrzmienie prawej dolnej kończyny, brzuch bardzo wzdęty. Brzezi rany po operacji odstają od siebie na pół cala, pokryte są ropą brudną, cuchnącą, skóra w okolicy rany sina, guz aneuryzmatyczny wielkości cytryny grubszym końcem ku górze, węższym ku dołowi jest obrócony, zapuszcza się głęboko ku tyłowi, aż do kości. Tętnica głęboka udowa (art. femoralis profuuda) wychodząca z dolnej i tylnej części worka guza, okazała się w miejscu wyjścia obliterowaną (sklejoną), a żyła udowa leżąca ze strony zewnętrznej i od tyłu worka w znacznej części była zwężoną i na przestrzeni $\frac{1}{2}$ cala zupełnie obliterowaną, a poniżej zwężenia znakomicie rozszerzoną. Ściany worka miały grubości 2 linie, ujście worka wielkości dwóch centymetrów; wewnętrzna powierzchnia worka wysłana skrzepami włóknistymi, zbitymi, warstwami ułożonemi; grubość tych skrzepów największa była na dnie worka, najmniejsza przy ujściu w miejscach przejścia skrzepów do światła samej tętnicy; na dnie grubość skrzepu wynosiła cal. Skutkiem tych warstw skrzepów jama worka znacznie była zacieśniona, tak, że tylko kurze jaje w jamie tej pomieścićby się mogło. W samej jamie były skrzepy krwi galaretowate, ciemno-czarnego koloru. Przewiązka należycie obejmowała tętnicę biodrową zewnętrzną, kiszki były mocno wzdęte, otrzewna nienaruszona, lecz w wysokim stopniu zapalona, przedstawiała formę zapalenia *peritonitidis exsudativae* przy którym kiszki były posklejane żółtawymi płatkami włóknika.

Do smutnego obrotu rzeczy po tej operacji, już samej z siebie nader niebezpiecznej, przyczyniło się bez wątpienia najgorsze usposobienie umysłu chorego, jak już o tym nadmieniliśmy. Być może, iż pod przewagą smutnych myśli chory był mniej czułym na działanie chloroformu, może i chloroform nie posiadał pożądaney siły i czystości; ale to pewna, żeśmy go wypotrzebowali 2 uncy, żeśmy długo, bo przeszło 20 minut pasować się musieli z chorym, zaczęm wszedł w stan bezczucia. Tak znaczna ilość chloroformu, przez tak długi przeciąg czasu na mózg chorego działająca, musiała najgorszy wpływ wyrzucić na cały przebieg choroby.

Inne operacje chirurgiczne muićj przedstawiły zajęcia. O d-
jęcie członka męzkiego, który uległ rakowatemu prze-
istoczeniu skutkiem długotrwałych przetok moczowych, ule-
czyło w zupełności chorego z okropnych cierpień. Odjęcie to
nastąpiło w odległości dwóch cali od jego przyczepienia do kości
łonowych, a zablížnienie z całkowitym powrotem chorego do
zdrowia bardzo prędko nastąpiło. Gdyby nie śledztwo mi-
kroskopowe, które w odjętej części wykryło pierwiastki raka,
powiedziećby można, że chory ten na długo zdrowie odzyskał.
P. Lipiński opisał jego chorobę.

Operacy j płci żeńskiej właściwych mało się nam
nastęczyło w klinice, bo chorych tego rodzaju zajmuje oddział
gynekologiczny, w którym prof. Głisczyński klinikę 2 razy na
tydzień odbywa. Mieliśmy jednak jedną chorą, już kobietę
w wieku, która koniecznie w klinice naszej chciała mieć odjęty
zrakowaciały sutek, którąto operacya szczęśliwie się odbyła
z najlepszym skutkiem. Mieliśmy chorą z polipem macicy
średniej wielkości; łatwo i bez żadnych następstw usunęliśmy
go przez odcięcie. Chora z puchliną jajnika (hydrops ovarii)
posłużyła nam do nauczania się rozpoznawania tej ważnej
choroby, ocenienia jej form, stopnia połączeń, a nadewszystko
chora ta posłużyła nam do rozbiur warunków i okoliczności
wskazujących potrzebę radykalnego leczenia tej choroby przez
nastrykiwania jodowe, a ostatecznie przez wycięcie jajni-
ka czyli tak zwaną owariotomią.

Obok tej chorój mieliśmy inną chorą, 23-letnią kobietę,
z guzem brzucha pluskającym, ograniczonym, nie bolesnym,
wielkości główki dziecięcia, przechylającym się stosownie do
położenia ciała w tę i owę stronę, a zatém z guzem nie małe
rzucającym podejrzenie na obecność puchliny janika. Stan
ten połączony był z wyraźnym cierpieniem pacierzy grzbieto-
wych, z których trzy sterczało pod postacią garbu. Chora była
prytém bardzo osłabiona i z trudnością wlekła za sobą nogi.
Mogliśmy zatém wnosić, że owa nieforemność pochodzić może
z rozmiękczenia, a może z owrzodzenia ciał sterczących pa-
cierzy, i mogliśmy przypuścić, że ów guz pluskający w brzu-
chu, położeniem swém pacierzom tym odpowiadający, pochodzić

mógł od zebrania się ropy właśnie z psucia się tych pacierzy pochodzącej. Były to tylko domysły niczem udowodnić się nie dające. Pomimo to uważaliśmy za stosowne położyć tamę groźnej chorobie przez użycie żelaza rozpalonego, którym poprowadziliśmy 2 paski obok sterzących wyrostków pacierzy. Przez stosowne utrzymanie powstałego ztąd ropienia uzyskaliśmy większą swobodę w kończynach dolnych i chód nieco pewniejszy, lecz guz brzucha w niczem się nie zmienił. Nie mogąc atoli w żaden sposób wyrozumieć jego natury, nie przedsięwzięliśmy z nim prób żadnych i chorą, w polepszonym stanie co do sił ogólnych, do dalszego czasu odesłaliśmy na salę szpitalną. Po dwóch miesiącach powróciła do nas, gdy guz brzucha powiększył się i opuścił się ku lewej pachwinie, nie opuszczając jednak dawniejszych granic od strony pacierzy. Wrzody po żelazie rozpalonem już zagoiły się, a lubo nieforemność kolumny pacierzowej pozostała prawie bez zmiany, jednak chora chodziła lepiej. Ale często co dwa tygodnie dostawała nadzwyczajnych bólów w brzuchu połączonych z kurczami żołądka tak silnemi, że chora nawet kropli wody przyjąć nie mogła bez zwrócenia jej natychmiast. Jeden lód kawałkami połykany pozostawał dłużej w żołądku, a morfina uspokajała chorą. Taki stan rzeczy trwał dni kilka, poczem nagle ustawał, chora odzyskiwała apetyt i wszystko wracało do porządku, guz jednak pozostawał bez zmiany. Po kilku takich napadach, wśród których chora była przedmiotem naszych najstaranniejszych badań, jednego poranku śledząc brzuch chorą przy wizycie klinicznej, nie znalazłem już śladu guza brzuszego, chora czuła się zupełnie dobrze i nie zauważała, aby od ostatniej wizyty poczuła jaką zmianę, lub jakie zaburzenie w ciele. Co to był za guz, skąd pochodził, jakim sposobem mógł i jaką drogą zniknąć, gdzie się podział zawarty w nim płyn, tak wyraźnie pluskający, wszystko to zostało dla nas tajemnicą. Chorą tę doglądał p. Wilczyński, a później student Dobrzycki. Oba złożyli swoje spostrzeżenia nad jej chorobą.

Zgnilizna ran, tak zwana *pourriture* albo raczej dyfterytyczne psucie się, bardzo często stawiało nam nie małą,

a niekiedy nie zwyciężoną przeszkodę do zagojenia ran i wrzodzeń. Środki lekarskie tak zwane *antiseptica*, kwasy mineralne, china, kamfora, często zawiodły nasze oczekiwania; ale nie zawiodło go nigdy żelazo rozpalone, ilekroć użyliśmy go śmiało. Jakoż zadziwiające w kilku przypadkach pozyskaliśmy od niego skutki, mianowicie u dwóch kobiet. U jednej z nich, cierpiącej na owrzodzenie łokciowe (*caries cubiti*), po wydobyciu końca górnego kości łokciowej wraz z całym wyrostkiem (*olecranon*) zgnilizna rzuciła się na cały łokieć, szeroko zniszczyła pokrywającą go skórę, mięśnie i posuwała się dalej. Żelazo kilkakrotnie śmiało przyłożone zamieniło w strup wszystko, co zniszczeniu gangrenowemu uległo, a po odpadnięciu strupów ujrzeliśmy pięknie brodawkującą powierzchnią, stan chorób codziennie się polepszał i łokieć zupełnie się zabił. P. Linde miał w opiece tę chorą i złożył historią jej choroby.

Podobnyż skutek osiągnęliśmy u innej kobiety dotkniętej gangreną ogromnych wrzodów uda połączonych z głębokimi przetokami, jak równie u mężczyzny, u którego w skutku postrzału przed kilka miesiącami zadanego pozostały przetoki wgórnej zewnętrznej części uda połączone z zatokami w znacznej przestrzeni zachodzącymi pod skórę. Owrzodzenie przeszło w ową zgniliznę, która codziennie rozprzestrzeniała się, szerząc zniszczenie nieskóry. Ogólny stan chorego codziennie się pogarszał i zagrażał mu utratą życia; gdy śmiało wypalenie wszystkich zgangrenowanych części przez użycie kilku kauteryj, stanowczo położyło tamę złemu, bo chory ten po dniach kilku przyszedł do siebie, a jego zgniłe rany zamieniły się w jasne, czyste, najpiękniej brodawkujące powierzchnie. Nie możemy zatem dość zachęcać kolegów, aby w przypadkach takich z wszelką ufnością uciekali się do żelaza. Zdaje się to być gwałtowny, przerażający środek; ależ chloroform uwolni chorego od bólu, a pod jego wpływem można spokojnie, wytrwale i śmiało wypalić wszystko, co jest podejrzanem. Bez tych warunków nie spodziewajmy się pożądanego skutku.

Pisano w Vichy, 26. sierpnia 1864. r.

MATERIAŁY

DO TOPOGRAFII LEKARSKIEJ I HYGIENY KRAJOWÉJ.

VII.

SZPITAL WOJSKOWY W KAMIENCU.

Opisany przez

Dra Aleksandra NARKIEWICZA.

Przystępując do opisania szpitalu wojskowego w Kamieńcu, na samym wstępie powinienem powiedzieć, że teraźniejszy budynek szpitalny, pomimo jego obszerne, z powierzchni nawet wspaniałe zabudowania i corocznie łożone wielkie koszta na jego poprawę, w wielu najważniejszych względach nie odpowiada swemu celowi. Początkowo przeznaczony na koszary dla załogi w r. 1805, dla braku odpowiedniego budynku na szpital wojskowy został bardzo nietrafnie przerebiony. A jeżeli obecnie, budując zakład czyto przemysłowy, czy naukowy z celem umieszczenia w nim kilkuset osób, staramy się o warunki higieniczne, ogólnemu sprzyjające zdrowiu; cóż dopiero mówić o szpitalu, miejscu dla chorych przeznaczoném, gdzie zaraz przychodzą nam na uwagę wyziewy szkodliwe, będące następstwem niektórych przypadłości chorobowych, jak np. ran zgorzelinowych, płwocin, odchodów stolcowych, potu i t. d. i t. d.

Budynek podobny tak należy urządzić, by w każdym czasie jak najprędzej i niekosztownie można się było pozbyć zepsutego powietrza i mieć podostatkami czystego, co możemy osiągnąć jedynie zakładając szpitale w miejscach zdrowych, wyniosłych, suchych, otwartych, do którychby łatwy był przystęp powietrza. Ale jeżeli na tych głównych i najważniejszych warunkach zbywa szpitalowi, jeżeli jest zbudowany między do-

mami mieszkalnemi, wówczas starać się należy, by go otoczyć ogrodem, albo przynajmniej placem obszernym.

Nasz szpital, położony w południowej części miasta, na prawym brzegu Smotrycza blisko już dna jaru, na miejscowości pochyłej, z trzech stron otoczony wyniosłościami, z czwartą zaś, południową, dosyć stromo spadającą pochyłością ku rzece, po za którą na jej brzegu lewym prostopadle wznosi się skała stanowiąca brzeg jaru przeciwny, mająca 18 sążni wysokości nad poziomem rzeki, pozbawiony jest czystego powietrza, albowiem po za obrębem zagrody szpitalnej cała przestrzeń wokoło zajęta jest lichemi domami uboższych mieszkańców, po większej części Izraelitów, nie wiele, jak wiadomo, dbających o zachowaniu ochędostwa w swoich mieszkaniach.

Wszystkie zabudowania szpitalne zajmują przestrzeń 2325 sążni kwadratowych, od zachodu i północy otoczoną murem 1 1/2 sążnia wysokim i rowem płytami wyłożonym. Na tej przestrzeni mieści się: 1) główny budynek o dwóch i po części o trzech piątrach, 2) skrzydło szpitalne o dwóch piątrach, łaźnie dla oficerów i żołnierzy, stajnie i składy na siano i słomę, 3) budynek (ceighaus) do składania zapasów bielizny, naczyń i sprzętów gospodarskich, gdzie znajduje się także osobny pokój do składania trupów; 4) kuchnia i piekarnia; 5) budynek na skład zapasów żywności, lodownia i skład zapasnej apteki i 6) wozownia dla powozów zapaśnego szpitalu.

Główny budynek szpitalu, wymurowany z miejscowego kamienia, ma formę litery T, daszkiem swym obróconej na południe i ku rzece, nóżką zaś ku północy i podnożu wyniosłości, panującej nad całym budynkiem. Dół tego budynku zawiera w sobie 16 sal przeznaczonych dla chorych, 3 dla apteki, 3 dla bióra szpitalnego, 1 dla odwachu, 1 dla felczera, w 2ch umieszczone są wanny i mały korytarz, 4 przedpokoje, tyleż wychodków i małych komórek składowych, nadto w podziemiu pomieszczenie dla stolarzy, cieślów, krawców i szewców. Zpatrując się na urządzenie szpitalów ze stanowiska ściśle higienicznego, łatwo zrozumieć, że pomieszczenie apteki i pracowni w jednym budynku z choremi jest rzeczą szkodliwą z powodu różnych woni, zbytznego ciepła

i niespokoju. W Kamienieckim szpitalu jednak niedogodności téj choroby nie wiele doświadczają, pomimo że wyżej wymienione zakłady mieszczą się w jednym budynku, a to z powodu, iż takowe z sobą się nie łączą, jedne znajdują się w podziemiu, inne zaś w odrębnych pokojach.

Wszystkie sale dolne są sklepione, w niektórych górnych powała, równie jak podłoga, jest jodłowa, albo sosnowa, wszędzie malowana olejno, ściany wybielone wapnem, z wyjątkiem sal mieszczących w sobie chorych dotkniętych cierpieniami ocznymi, te bowiem błękitną barwą są malowane. Okna zaopatrzone są w przewiewniki blaszane i zasłony z białego płótna, a w salach okulistycznych z zielonój lustryny. Piece są staréj budowy, tak zwane holenderskie, z drzwiczkami z lanego żelaza, w niektórych salach znajdują się przy nich kominki.

Powietrze zanieczyszcza się w szpitalu wyziewami różnego rodzaju, przez oddychanie chorych, przeziew skórny, oświetlenie, opalanie, przez wyziewy z ziółek, kąpieli branych w sali, ze pluwaczek zawierających plwociny, z wymięcin, odchodów stolcowych, moczu, nadto z lekarstw, jakoto kamfory, chlorków, piżma, chloroformu i t. d. i dla tego choroby umieszczeni w szpitalu, słabszy przedstawiający opór wpływom szkodliwym, powinni mieć dostateczną ilość czystego powietrza. W ogóle w 51 sali naszego szpitalu znajduje się 985 sążni sześciennych powietrza, a 415 łóżek, co wynosi przecięciowo po $2\frac{1}{4}$ sążni powietrza na osobę. W Paryzkim szpitalu *la Ribouisière*, jednym z najlepiej urządzonych w Europie, każdy chory ma po 60 metrów sześciennych powietrza na godzinę; jednak kiedy tam leżał chory dotknięty zgorzelą płuc (*gangraena pulmonum*) wówczas pomimo 100 metrów sześciennych powietrza, spożywanych przezeń, powietrze sali tak przepełnione było wonią, że dla zabezpieczenia jego sąsiadów od tych wyziewów szkodliwych, musiano łóżko osłonić płótnem w sposobie namiotu, zwilżając je rozczynek saletranu ołowiu (płyn Ledoyen). P u m e t w ciekawéj rozprawie, umieszczonej w rocznikach higieny publicznej (T. XXXII), z doświadczeń robionych nad ilością powietrza potrzebnego dla chorych wyprowadził następujące wnioski: 1. Przewietrzanie powinno dostarczać na go-

dzinę na każdego chorego, przy ciepłocie 10° R, 30 metrów i 200 milimetrów sześciennych świeżego powietrza; przy takich tylko warunkach odbywa się należycie sprawa oddychania, wymiana kwasu węglowego na tlen i wyniesienie po za obręb sali istot przeziewnych tak ze skóry, jak i z płuc.—2. Należy tu jeszcze dodać ilość powietrza potrzebną dla ognisk oświetlających: do zobojętnienia działania kw. węglowego rozwijającego się przy téj sprawie potrzeba po 7 metrów i 600 milimetrów sześć. powietrza na każdą godzinę i na każde ognisko.—3. Przy oświetleniu gazowém potrzeba po 120 metrów sześć. powietrza na każdą godzinę.—4. Nakoniec następujące istoty przy ciepłocie 0° R. palone potrzebują powietrza:

Kilometr drzewa	7,840 metrów.
— węgla ziemnego	18,440 —
— koksu	15 —

a prócz tego jeszcze po 6 metrów na każde 100 dla rozpalenia.

Sumując wszystkie te liczby i biorąc z nich te, które mogą mieć podwójny użytek i służyć do dwóch rozmaitych celów, P. u met doszedł do takich wniosków: 1) dla każdego chorego potrzeba 19 metrów i 200 milim. powietrza na godzinę; 2) na każde oddzielne ognisko olejne po $7\frac{1}{2}$ metrów i 102 milimetrów na godzinę, dla palącego się zaś gazu po 120 metrów na każde ognisko na godzinę. W takim przypadku nie potrzeba osobnego zapasu powietrza dla opalania sali, gdyż takowe dopełnia się z tego powietrza, które przeznaczone było dla wyżej wzmiankowanych potrzeb. Nareszcie, wyłączając użycie światła gazowego w salach szpitalnych, wypadnie według P. u meta, że w średniem przecięciu dla każdego chorego na godzinę przy $+16^{\circ}$ C. koniecznie potrzeba 20 metr. powietrza na godzinę.

Powołując się na wyżej przytoczone spostrzeżenia, śmiało zawnioskować możemy, że nie ma potrzeby koniecznej brać na uwagę bezwzględną przestrzeń sali, gdyż cała rzecz idzie o przewietrzanie, to jest odświeżanie powietrza, i że należyte urządzenie tego ostatniego ma daleko większe znaczenie, niżeli sama przestrzeń zajmowanej przez chorych sali. Sala szpitalna powinna mieć przynajmniej 5 metrów wysokości,

choć może być i wyższą, jeżeli pozwalają okoliczności; ma być 9 do 10 metrów szeroka, długa zaś stosownie do tego, ilu chorych mamy w niej zamiar umieścić. Za to przewietrzanie powinno być tak urządzone, ażeby na każdego chorego i na każdą godzinę dostarczało po 20 metrów sześć. powietrza. Jeżeli sala zawiera w sobie 40 łóżek, to przewietrzanie należyte powinno dostarczać 800 metr. sześć. powietrza, co wreszcie nie jest połączone z tak wielkimi trudnościami; na dowód tego przypomnijmy sobie, że w teatrze opery komicznej w Paryżu przez otwór nad żyrandolem wchodzi 80,000 metrów sześć. na godzinę. Dla osiągnięcia tego, przypuszczając nawet, że w szpitalu nie ma kaloriferu, potrzeba tam zastosować taki sposób przewietrzania, któryby latem nie potrzebował palenia w piecu. Temu celowi, według naszego zdania, najlepiej odpowiadać będzie zaproponowany przez Pumeta i ostatecznie temi czasy przerobiony, który zależy na urządzeniu kaloriferu w rodzaju gorącego pokoju w podziemiach budynku szpitalnego, a zasada się na tej podstawie, że powietrze przeznaczone dla odświeżania otrzymamy z tych podziemiów, sam zaś kalorifer otrzymywać je będzie z dziedzinca i ogrodów. Przez rurę ssącą przeprowadzoną z gorącego pokoju do sali szpitalnej powietrze przechodzi do tej ostatniej, trzeba jednak pamiętać, iż ciepłota jej wynosić koniecznie powinna $+ 16^{\circ}$ C. Świeże powietrze wlewa się do sali na poziomie podłogi, wychodzi zaś około sufitu. Urządzenie takich kaloriferów bardzo jest podobne do tak zwanych Amosowskich w Rosyi pieców. Inaczej mówiąc, rzecz cała zasada się na tém, że izba z piecem umieszczona w podziemiu zaczerpuje powietrze potrzebne do palenia z izb szpitalnych za pośrednictwem układu rur mających jeden koniec u powały izb, a drugi wspólny blisko drzwiczek ogniska w podziemnej izbie gorącej, szczelnie zamkniętej. Kalorifer zaś, czyli piec rozgrzany wciąga powietrze ze dworu i ogrzane wprowadza do izb szpitalnych dla zrównoważenia ubyłego z nich powietrza zepsutego, które służy do podniecania płomienia w ognisku.

Łóżka używane w szpitalu są drewniane, malowane zieloną olejną farbą. Każde z nich ma dwa sienniki wypeł-

nione słomą, która się co trzy miesiące zmienia, równie i po każdym umarłym; każde nadto łóżko, zaopatrzone jest w dwie poduszki także słomą wypchane, dwa prześcieradła, z których jedno idzie na siennik, drugie zaś pod kołdrę z domowego sukna zrobioną. Łóżka bardzo ciasno są ustawione w sali: przestrzeń między nimi zaledwie jeden łokieć wynosi, a powinno być najmniej $1\frac{1}{2}$ metra; rozstawione ony są w dwa rzędy w środku sali w taki sposób, że głowami dotykają się; Ten on zaś naznacza co 4 metry.—W Prusach na urządzenie materaców dla chorych żołnierzy zwrócono oddawna uwagę, co wywołało pewnego rodzaju udoskonalenie, nad którym pozwólcie mi się chwilę tutaj zatrzymać. Materaców takich na każdym łóżku jest tam dwa, tak, że dolny wypchany jest słomą, górny włosiem końskiém. Ten ostatni składa się z trzech poduszek niepołączonych z sobą, gdy więc jedna z nich wygnieciona zostanie, wówczas ją zastępuje się inną, co jest wielce korzystnym dla chorego i praktycznym pod względem gospodarskim. Materac włosiany w ciągu dziesięciu lat używany z poprawkami kosztuje około 10 talarów; jeżeli zaś obliczymy wydatki ponoszone na urządzenie w ciągu tegoż czasu materaca słomianego, licząc po 15 kop. sr. za pud słomy, w ciągu tego czasu zapłacić za nie wypadnie rubli sześć; dodajmy do tego wydatki położone na płótno i poprawy nieustanne, a snadno się przekonany, że urządzenie w pruskich szpitalach, choć na pozór droższe, daleko będzie praktyczniejszym pod względem gospodarskim. W szpitalach *Charité* i *Bethanien* materace włosiane zaopatrzone są w sprężyny, co czyni posłanie wygodniejszym dla chorego. W terażniejszym czasie w szpitalu wojskowym w Berlinie robią się doświadczenia nad materacami sprężystemi *Speiera*, znanymi pod nazwą *Gesundheitsmatrazen*. Materac taki składa się z siatki stalowej we dwie warstwy ułożonej, którą naciąga się na drewnianą ramkę, umocowaną w zwyczajnym żelaznym łóżku. Po wierzchu siatki kładzie się warstwa włosa na kilka linii grubości, albo warstwa szerści, czy też miękka i niegruba kołdra. Podług zdania wynalazcy, materace jego mają następne dogodności: 1) przyjemną i pewną sprężystość, odpowiadającą wszelkiemu położeniu ciała; 2)

czystość; 3) ze spodu dostęp dla powietrza unoszącego przeziw i szkodliwe wyziewy, a latem prócz tego chłodzi chorego; 4) nigdy nie potrzebuje poprawek, ponieważ leżenie i siedzenie na nim nigdy go nie może zepsuć, a więc służy na czas nieograniczony. Pierwsze trzy warunki już przyznano, o czwartym zaś powątpiewają, chociaż taki materac używany w ciągu 8 miesięcy nie uległ żadnemu zepsuciu. Cena jego dochodzi 13 talarów; dozorca jednak szpitalny p. Vetter upewnia, że przez konkurencją cena jego może spaść do 8 talarów. Oczywiście, że materac taki w ciągu 10 lat używany nierównie mniejsze wydatki pociągnie za sobą, niż zwykły słomiany sennik. W berlińskim szp. *Charité* używają powszechnie końskiego włosia na materace, zaopatrując je w sprężyny, choć oba te przedmioty daleko są droższe w Prusach, niżli u nas. W szpitalach wojskowych zapewne wkrótce wejdą w użycie materace Speiera, które są szczególnie wygodne dla przewożenia chorych w czasie wojennym, a mianowicie w jesieni, kiedy słoma jest droższa, wilgotna i psuje się prędko, a nadto wciąga w siebie szkodliwe wyziewy, co nie pozostaje bez wpływu na ogólny stan chorego.

Stoliki drewniane, także zielono malowane, z małą szufladką, zajmują miejsce między łózkami; służą ony do jedzenia, chowania łyżki, solniczki, chleba, przytém znajduje się na każdym z nich miska i kubek czynowy, które chorzy zazwyczaj pokrywają białym ręcznikiem.

Dla oznajmienia się z porządkiem przyjmowania chorego do wojennego szpitalu, podajemy tu opis jego szczegółowy. W sali wstępnej podaje się choremu arkusz papieru, z wpisanem na nim imieniem i nazwiskiem, wiekiem, rodzajem służby, datą wstąpienia do szpitalu, numerem sali, łóżka i t. d. Służbowy lekarz oznacza na nim chorobę i przepisuje stosowne leki; chory zmienia odzież swoją, która, przechowana w składzie ogólnym, wpisuje się do książki na ten cel sporządzonej, a po wzięciu ciepłej kąpieli przywdziewa szpitalną odzież, mianowicie koszulę białą, gatki, pończochy, pantofle i szlafrok sukieny, a w takim stroju odprowadzony jest przez felczera do sali i na łóżko oznaczone w bilecie. Bielizna

na chorym zwyczajnie zmienia się raz na tydzień, jeżeli zaś rodzaj cierpienia zewnętrznego, (jakoto obszerne rany, ropienia), albo wewnętrznego (biegunki i t. p.) wymagają częstszej zmiany bielizny, wówczas na żądanie ordynatora chory może mieć codziennie i po kilka razy na dobę czystą do zmiany bieliznę.

Szpitaly wojskowe dzielą się na 6 klas, mianowicie:

1.	mieścić może	100	chorych i	50	zapasnych	łóżek
2.	„	250	„	50	„	„
3.	„	500	„	100	„	„
4.	„	1000	„	200	„	„
5.	„	1500	„	300	„	„
6.	„	2000	„	500	„	„

Prócz tego dla oficerów każdy szpital mieć powinien osobne sale, albo oddziały, mianowicie szpital 1ej, 2ej i 3ej klasy 10 łóżek, 4tej 20, 5tej 40, a 6tej 50 łóżek. Dla kobiet mogą być urządzone osobne oddziały tylko za pozwoleniem Najwyższym, takich rozmiarów, jak oddziały oficerskie. Szpital Kamieniecki należy do 2ej klasy, mieści więc w sobie 300 chorych żołnierzy i 10 oficerów.

Urządowo w szpitalu tym powinna być następująca ilość bielizny:

Koszul	.....	900
Gatek	.....	900
Pończoch płóciennych	.....	900
Szlafmyc	„	30
Szlafroków	„	30
Szlafroków sukiennych	.....	374
Czapek	.....	30
Kaftanów	.....	30
Butów wołkowych	.....	30
Pantofli	.....	900
Kożuchów baranich	.....	30
Poszewek wierzchnich	.....	900
Poszewek spodnich	.....	600
Prześcieradeł	.....	900
Kołder	.....	374
Prześcieradeł pod kołdrę	.....	900
Nawłoczek na sienniki	.....	900
Chustek do nosa	.....	900
Ręczników	.....	180
Fartuchów	.....	200

We francuzkich wojskowych szpitalach na 1,000 chorych zwykle takie się robią zapasy, prawem przepisane:

Łóżek zupełnie urządzonych	1150
Prześcieradeł	9200
Koszul	5750
Chustek na szyję	2000
Szlafmyc płóciennych	1150
Czepków	5750
Szlafroków	1150
Skarpetek płóciennych	2300
Skarpetek wełnianych	2300
Pantofli par	1150
Spodni sukiennych	1150
Spodni płóciennych	2300
Kaftaników	50

Z tego więc wypada, że szpitale nasze wojenne w porównaniu z francuzkiemi daleko są skąpiej zaopatrzone w potrzeby gospodarskie; co się zaś tyczy bielizny i ubrania dla chorych przebywających w szpitalu, śmiało rzec można, że są ony urządzone ze zbytkiem.

Teraz z kolei mówić nam wypada o liczbie chorych i śmiertelności w ogóle; w tym celu podajemy tu tablicę za lat dziesięć minionych, to jest od 1853. do 1863. roku.

Lata	Zostało zprzeszłego roku	Przy- było	Wyzdro- wiało	Umarło	Zostało na rok następny	Stosunek śmiertel- ności
w 1853	290	3264	3007	246	301	1: 14
— 1854	301	6881	5851	701	530	1: 10
— 1855	530	2805	2501	308	308	1: 9
— 1856	308	3146	2872	293	125	1: 11
— 1857	125	1594	1497	109	113	1: 14
— 1858	113	1524	1393	89	155	1: 17
— 1859	155	2402	2237	117	203	1: 20
— 1860	203	2744	2549	143	207	1: 19
— 1861	207	2488	2263	175	257	1: 14
— 1862	257	2414	2511	128	192	1: 20
za 10 lat		29462	27081	2309		1: 14 $\frac{1}{3}$

Pojmuję całą niedostateczność przytoczonego sprawozdania i mocno żałuję, że przy najlepszych chęciach i kilkakroć podejmowanej pracy ułożyć go więcej szczegółowo nie

byłem w możności; dokumenty bowiem dotyczące się chorych w szpitalu zostających wcale nie mogą dostarczyć nam ciekawych i pewnych materyałów, gdyż zawierają jeno zbiór liczb chorych i sposób ich leczenia, a tak zwane karty zapisowe (скоронные листы) po upływie roku, a najwięcej lat pięciu niszczą się, a przez to wszelkie postrzeżenia, czasem dosyć ciekawe, dla statystyki lekarskiej giną bezpowrotnie.

Nie tylko pod tym, ale i pod wielą innymi względami nasze szpitale wojskowe nie mało ulepszeń potrzebują, o nich jednak nie miejsce tu się rozpisywać obszerniej; powiemy więc w ogóle, że centralizacya władzy, jak wszędzie, tak i w szpitalach wojskowych wywiera najzgubniejsze wpływy. Obecnie wprawdzie prasa lekarska, wspierana przez młodych lekarzy wojskowych, nie jednokrotnie podnosiła to pytanie, a widać, że i władze rządowe pilnie badały wskazówki tych rozpraw, w których traktowano o terażniejszych potrzebach i ulepszeniach w służbie lekarskiej, bo oto właśnie w tych dniach otrzymaliśmy z Departamentu nowy projekt urządzenia szpitalów wojskowych wcale na innych, niżeli dawniejsze, podstawach oparty.

Rozpatrując wyżej podaną tablicę, postrzegamy: 1, że w ciągu 10 lat przyjęto do szpitalu 29,462 chorych, z których umarło 2309, albo 1 na 14,8, wyzdrowiało zaś 27,081. Przytoczona liczba wyzdrowień i śmierci pozwala nam wyprowadzić wnioski porównawcze co do śmiertelności w szpitalach naszych i francuzkich, z których sprawozdanie mamy pod ręką. I tak w ciągu lat 10, 1834 — 1844:

w Hôtel-Dieu	umiera	1	na	8,38
— Pitié	„	1	—	11,86
— Hôp. Necker	„	1	—	9,09
— Charité	„	1	—	10,20

W specjalnych zaś, jako to, w roku 1848:

w Saint-Louis	umiera	1	na	18,31	(choroby skórne)
— Hôpital du Midi	„	1	—	186,06	(mężczyźni weneryczni)
— Hôpital de la Lourcine	1	—	51,31		(kobiety weneryczne)
— Hôp. des Enfants-Malades	umiera	1	—	5,36	
— Accouchements	„	1	—	23,73	
— Cliniques	„	1	—	21,97	

Średnia liczba 1 na 16,59

A więc śmiertelność w naszym szpitalu mniejsza jest, niżeli we francuzkich, mniejsza prawie o połowę. Wielka szkoda, że, nie mając pod ręką materyałów, nie możemy przytoczyć stosunku śmiertelności w 4 szpitalach wojskowych i 35 cywilnych petersburskich, a także z większych szpitalów warszawskich (1), moskiewskich i t. d.

Z liczby 2,309, umarło w skutek

Gruźlicy	1472
Wodnej puchliny	263
Durzycy (<i>typhus</i>)	480
Cholery	43
Zapalenia mózgu	16
Zapalenia kiszek	10
Rozedmy płuc (<i>emphysema</i>)	8
Przerostu serca	7
Zalewu mózgowego (<i>apoplexia</i>)	3
Puchliny czyli obrzęknięcia płuc (<i>oedema</i>)	2
Zapalenia krtani	1
Padaczki	1
Owrzodzenie kości goleni	1

Wenerycznych w tym czasie wstąpiło do szpitalu 1914: żaden z nich nie umarł; dla czego? bo w razie śmierci wciągano go pod rubrykę, w której śmiertelność jest zwyczajną, tak np. pod rubrykę durzycy, gruźlicy i t. d. To samo ma się rozumieć i o zapaleniu płuc, które wedle brzmienia administracyi lekarskiej wyższej śmiertelnym być nie może. O więźniach także nic tu dodać nie mogę, bo ci do ogólnej kategorii wciągnięci zostali; powiem tylko, że śmiertelność między nimi jest dosyć znaczna i niewiele się omylę, jeśli powiem, że umiera 1 na 7 albo 8 wstępujących. Badanie przyczyny takiej śmiertelności za dalekoby nas zaprowadziło; jesteśmy nadto przekonani, że nie leży w lekarza mocy zaradzić złemu, gdy przybywający do szpitalu chorzy, oprócz mo-

(1) Co do śmiertelności, w szpitalach warszawskich znajdują się wiadomości w sprawozdaniach Rady Gł. Opiek. Zakł. Dobroc. i w Pamiętniku T. lek. W., ale materyały te są tak rozproszone, że w tej chwili trudno nam wyciągnąć jakąś ogólną liczbę. *Przyp. Red.*

ralnych udręceń, zamknięci przedtém w dusznych izbach i karmieni homeopatycznie, bardzo mało przedstawiają zasobów do zwalczenia choroby. Do powiększenia złego przyczynia się wielka niechęć chorych więźniów do szpitalu, z powodu tak częstój w nich śmiertelności. W ostatnich latach zwrócono wprawdzie uwagę władzy miejscowej na opłakany stan więźniów wojskowych, co wpłynęło choć w części na polepszenie ich bytu; wiele jednak pozostaje jeszcze do życzenia, a każdy się z nami zgodzi na to orzeczenie, kiedy dodamy tutaj, że gnilec jest panującą niemocą w więzieniu wojskowym, sprawa więc chorobowa, zkądinąd małego znaczenia, na tle tém rozwinięta, przybiera groźne rozmiary i nie ustępuje częstokroć najenergiczniejszemu, a właściwie użytemu leczeniu.

A p t e k a zajmuje trzy obszerne sale, mieszczące w sobie oddział ekspedycyjny, materyalnią i pracownią. Łekarstwa otrzymuje raz w rok z rządowego składu w Łubnach.

Niektóre materyały, służące do przygotowywania lekarstw i należytego utrzymania chorych, bióro szpitalu na żądanie apteki wydaje co miesiąc w takiej ilości, żeby summa pieniężna, użyta na zakupienie tych materyałów, nie przewyższała summy, która się składa z liczby codziennie w ciągu miesiąca zostających chorych, pomnożnej przez 3 kopiejki; tak np. jeżeli w ciągu miesiąca było codzień po 300 chorych, w ciągu więc 30 dni będzie cyfra 9000 kop. czyli rs. 90. Na każdego chorego każdodziennie liczy się po 3 kop. sr. dodatków, z tego więc urasta 270 rs., które apteka może wydawać na zakupienie zapasów i materyałów, należących więcéj do kuchni i mających bardziej dietyteczne, higieniczne i administracyjne, niżeli lekarskie znaczenie.

Rozpatrując pilnie spis leków naszego szpitalu, przekonąć się łatwo, że nie odpowiada wcale stopniowi, na jakim stoi nauka lekarska dzisiejsza; tak np. z alkaloidów jeden siarczan chininy i chinoidinę (po funcie każdój) znaleźć tu można; jeżeli jednak przypomniemy sobie, że w Kamieńcu często zimnica panuje nagminnie, to łatwo się przekonamy, że leków tych za skąpo mamy w aptece wojskowej. Z przetworów jodu mamy zaledwo jodek potasu (*kalium iodatum*). Cały szereg

rozmaitych wyciągów (*extracta*) ogranicza się do dwóch zaledwo, a mianowicie: *extractum taraxaci et glycyrrhizae glabrae*. Może mi kto powie, że apteki, posiadając pracownie, obowiązane są przygotowywać wyciągi w miarę potrzeby: zgadzam się na to, jest to ich obowiązkiem; ale pytam z kolei, czy korzystniej jest dla Skarbu pod względem gospodarczym dostarczać dla wielu aptek materiały *in crudo*, czy w jednej głównej pracowni przygotowywać te przetwory i wysyłać je już gotowe? Każdy przyzna, że ten ostatni sposób jest mniej kosztowny i dogodniejszy, tém bardziej kiedy zastanowimy się nad tém, że w takiej pracowni, mającej więcej zasobów i pod pilnym zostającej dozorem, lepiej mogą być przygotowywane wszelkie wyciągi, niżeli w jakiegokolwiek aptece szpitalu wojskowego, bardzo często pozbawionej nie tylko zdolnego i sumiennego farmaceuty, ale razem i zręcznych pomocników. Niektóre przetwory, jak np. kwas siarczany (75 fun.), żywica *colophonium* (42 funty), guma arabska (75 funt.) kolczowój lekarski *radix sarsaparillae* (45 fr.), tudzież inne, mało używane dostarczane bywają w nadmiernej ilości, jakoto: *binoxydum mangani* (1) (15 funt.), *semina cardui Mariae* (1½ f.), *boletus ignarius* (9 f.), *carbonas plumbi* (3 f.).

Lekarstwa przyrządzają się w szpitalu wojskowym podług przepisów farmakopei polowej (*pharmacopoea castrensis*), której ściśle trzymać się obowiązani są wszyscy ordynatorowie przy naznaczaniu rozmaitych leków. Przyrządzaniem onych trudnią się czterej aptekarscy uczniowie, używając do pomocy kilku szpitalnych służących pod głównym dozorem prowizora. Pracownie zwykle są nieczynne, apteka zadawalnia się przetworami przysłanemi ję z głównej apteki.

W Prusach wszystkie leki, przetwory chemiczne i rozmaite materiały do składu leków wchodzące dla szpitalów wojskowych, lazaretów i wojska kupują się w chemicznych zakładach,

(1) *Binoxydum mangani* obecnie dopiero przez francuzkich chirurgów wprowadzony jest w użycie jako płyn odwietrzający, np. przy cuchnieniu z nosa, z nóg, przy raku macicy, ranach smrodliwych, i t. d. Bierze się go skrupułów dwa na półtora funta wody.

pracowniach i składach prywatnych zupełnie w taki sposób, jak to u nas robią apteki prywatne. Rząd nie ma wcale zakładów tego rodzaju, ani też w ministerstwie osobnego wydziału (departamentu) dla przygotowywania, przechowywania i przesyłania leków. Każda apteka stosownie do przepisów prawem określonych wygotowuje spis potrzebnych leków, przedstawia go do zatwierdzenia najbliższej zwierzchności i natychmiast nabywa je na koszt budżetu wojskowego. Taki sposób zaopatrywania wojska i szpitalów w lekarstwa jest bardzo wygodny i korzystny dla Skarbu. Rząd nie ma rozchodów na rozmaite zakłady, nie utrzymuje ogromnej liczby urzędników i nie traci czasu na daremne przepatrywanie katalogów; szpitale wojskowe nie doznają braku lekarstw z powodu nieakuratnego ich dostarczania; a choroby występujące nagminnie, jak gnilec, zimnica, biegunka, czerwonka, niszczą się w samym zaraz zarodku, bo są środki po temu; u nas zaś każda z wyżej wspomnianych epidemij dziesiątkuje ludność szpitalną w skutek braku leków, w niedostatecznej ilości znajdujących się w naszych lekowniach. Ze smutkiem jednak wyznać musimy, że system przyjęty w Prusach nie da się u nas zastosować dla niedostatku większych składów aptecznych i chemicznych pracowni; w całej bowiem Rosyi, na tak ogromnej przestrzeni, ledwie ich kilka naliczyć można, a mianowicie w Petersburgu, Moskwie, Łubnach, Kijowie i Odessie.

Kuchnia szpitalna mieści się w osobnym domu murowanym, razem z piekarnią. Składa się ona z dwóch izb: w jednej przygotowuje się jadło dla oficerów, w drugiej dla żołnierzy.

Chorzy w szpitalach wojskowych zaopatrują się w taki sposób: na śniadanie o godzinie 9tej rano otrzymują kaszę z krup, (oficerowie herbatę); na obiad barszcz, zupę kartoflaną z mięsem, mléko gotowane, albo kleik, stosownie do stanu zdrowia albo rodzaju cierpienia; na wieczerzę toż samo, co rano.

Dla dokładniejszego obeznania się z kuchnią wojskową szpitalną, dołączam w końcu spis potraw tak zwanych porcyj.

Chléb razowy pieką w samym szpitalu; pszennego dostarcza codziennie przedsiębiorca na rok cały ugodzony; chléb ten,

jak jeden, tak i drugi, w ogóle jest dobry i smaczny; mąkę żytnią z magazynów skarbowych wybierają najlepszą, prócz tego jeszcze przesiewają ją na miejscu przez gęste sito. O jednej tu niedogodności wspomnieć muszę, mianowicie, że chleb nie zawsze bywa dobrze wypieczony w skutek tego, że piekarze wyrabiają bochny duże, wynoszące 25 funtów, czemu by łatwo było zapobiedz, zmniejszając wagę każdego bochna. Niedogodność ta z jednej strony bierze początek w wielkiej ilości chorych i stosunkowo małej liczbie piekarzy; z drugiej zaś mają tu miejsce i względy gospodarcze, które należy usunąć, a mianowicie wiemy wszyscy, że chleb surowy więcej waży, ztąd więc idą zyski dla administracyi, wcale na uwzględnienie nie zasługujące. Chleb razowy daje się tylko chorym zostającym na pierwszej porcyi: na śniadanie pół funta, na obiad i wieczerzę po 2 funty. Pszenny zaś chleb przeznaczają się dla chorych na drugiej porcyi: na śniadanie $\frac{1}{4}$ funta, na obiad i wieczerzę 1 funt; a na trzeciej $\frac{1}{4}$ funta na śniadanie i $\frac{1}{4}$ funta na wieczerzę. Kwas przyrządzony jest z żytniej mąki, pić go mogą chorzy tylko zostający na pierwszej porcyi, około 7 szklanek dziennie. Przy kuchni i piekarni jest stałych służących w każdej po 4; przy browarze, gdzie się wyrabia piwo i kwas, 3ch. Nie są to bynajmniej specjaliści w swych zawodach, tylko wybrani z żołnierzy przy szpitalu służących; zkad łatwo wnosić, że i wyroby kuchenne, piekarskie i browarniane nie odznaczają się doskonałością: kucharz bowiem dzisiejszy wczoraj jeszcze był prostym parobkiem, a piekarz szeregowcem jeno umiejącym dobrze chodzić koło broni, co mu jednak nie przeszkadza nie dopiekać chleba.

Ł a ż n i a mieści się w oddzielnym murowanym budynku o czterech obszernych izbach, jakoto: przedpokój, izba do rozbierania, dalej parowa i nakoniec izba dla usługi. Urządzenie jej w niczem nie odróżnia się od zwyczajnych ruskich łaźni, para otrzymuje się przez polewanie wodą kamieni rozpalonych w wielkim piecu. Kąpiący się zwykle zajmują ławki w kształcie amfiteatru urządzone. Wodę ciepłą do kąpieli przygotowują wcześniej w kotle w piec łaźni wmurowanym, zimną trzymają w wielkich kubłach tuż w łaźni postawionych.

Dla każdego chorego idącego do łaźni zarząd miejscowy wydaje kawałek mydła i miotłę z gałązek zaszuszonej brzeziny, zaopatrzonę w liście. Do oblewania się i mycia służą niewielkie konewki. Wszyscy chorzy razem w jednej łaźni parzą się i myją. Dla wenerycznych nie ma osobnego łaźniennego oddziału, zwykle jednak używają oni tego rodzaju kąpeli na ostatku, kiedy już wszyscy chorzy ją odbędą. Służba przy łaźni składa się z dwóch ludzi.

P r a l n i a mieści się w osobnym domu murowanym, o jednym piętrze, po za obrębem szpitalu; ma długości 10, szerokości 4 sążnie. Na dolnym piętrze znajduje się izba z 2 wielkimi piecami, w których wmurowane są spiżowe kotły do grzania wody; obok dwie izby przeznaczone dla dozorczyń pralni. Całe górne piętro stanowi suszarnia z oknami zakratowanymi w taki sposób naprzeciw siebie, żeby prąd powietrza ciągle przepływający przez budynek prędko suszył bieliznę, rozwieszoną na sznurach. Sposób prania bielizny brudnej jest jak najprostszy; jak we wszystkich gałęziach urządzenia szpitalów wojskowych panuje stary układ i porządek w przeszłym jeszcze stuleciu wprowadzony, z nieznacznymi zaledwie zmianami, które wywołane były koniecznością: tak również i tutaj dotychczas nie zrobiono żadnych ulepszeń i nowe sposoby za granicą używane przy praniu bielizny, pomimo korzyści doświadczeniem już stwierdzonych, nie zostały jeszcze zastosowane w naszych szpitalach.

Nieczysta bielizna tak się u nas pierze: Najprzód płótcze się ją w letnim ługu z mydłem, później dwa razy się parzy wrzącym ługiem, przeciera każdy raz mydłem, na koniec w dużych baliach parzy się już czystą wodą, trzyma się w nich do zupełnego ostygnięcia, z kądem się wyjmuje i ostatecznie w rzece Smotryczu, nad którym zbudowana jest pralnia, wymywa się i wypłókuje. Na każde 100 sztuk płóciennęj bielizny wydaje zarząd szpitalny 2 funty i 24 łóty mydła i $\frac{1}{4}$ funta potażu, na wełniane odzienie na taką ilość wyznacza 5 funtów mydła i tyleż potażu. Wymytą bieliznę rozwieszają w suszarni, gdzie przy wilgotnym powietrzu czasem i kilka dni potrzebuje do wyschnięcia. Do wygładzenia bielizny używają zwyczajnych

magłów drewnianych. Drzewa do opału pieców pralni naznaczono dla 30 chorych 1 arszyn we trzy polana. Jedna praczka pierze bieliznę 30 chorych. Taki jest zwyczajny porządek prania bielizny w naszych szpitalach wojskowych.

Dla ciekawości spojrzjmy, jak się to działanie odbywa za granicą, np. u naszych sąsiadów Niemców, którzy już w wielu rzeczach nas wyprzedzili, a my, nie zważając na tak blizkie sąsiedztwo, nie chcemy postępować ich śladem, pragniemy torować sobie nową drogę, albo poprzestajemy na dobrych chęciach tylko, napotyając na szkopyły i przeszkody nieprzewyciężone. W *Charité* berlińskiej bielizna chorych pierze się od 10 lat przeszło za pomocą pary. Bielizna zbrukana maściami myje się osobno. Bielizna kładzie się w balie, gdzie się depcze nogami i polewa ługiem, złożonym ze 120 funtów wody i 5 funtów angielskiej sody na każde 100 funt. zwyczajnej bielizny. Do zabrudzonej maściami dodają nadto 1% sody. Takim rozczyntem polewają bieliznę do tyła, aby lekko przemokła, i zostawiają namoczoną w balii od 12 do 14 godzin. Później, pokrywszy balią drewnianém dnem, na które dla większego ciężaru położone są kamienie, przepuszczają za pomocą przeprowadzonej do niej rury parę z kotła, w którym woda jest ogrzana do 80°. Działanie to trwa dopóty, dopóki para nie przejdzie przez całą warstwę bielizny. Para ta zgęszcza się i osiada razem z brudem na dnie balii, zkad wypuszcza się przez otwór tamże urządzony. Takie wyparzanie bielizny trwa rozmaicie, stosownie do wielkości balii, w *Charité* np. 4 godziny; ogień pod kotłem parowym pali się tylko 1½ godziny. Dobrze jest mieć balie wielkie i mniejsze, stosownie do ilości bielizny. Wielkie w *Charité* mają 4 stopy wysokości i 6 stóp średnicy, zrobione są z sosnowych desek z żelaznemi obręczami. Wzdłuż całej wewnętrznej powierzchni balii, w kierunku z góry na dół, na przestrzeni dwóch cali jeden od drugiego przybite są drewniane wałki mające po 1½ cala grubości i 3 szerokości. Dno balii jest podwójne, górne od dolnego na pół łokcia oddalone; między niemi ma swe ujście koniec rury parowej. Wierzchnia strona górnego dna obita jest takimi samymi wałkami na krzyż umocowanemi.

Prócz tego w górném dnie dla przystępu pary do bielizny porobionych jest 5 otworów na $2\frac{1}{2}$ cali i 46 otworów na jeden cal średnicy. W balii wyżej wspomnionój umieszcza się około 30 pudów bielizny, wyjmują następnie wałki, przykrywają balią drewnianém dnem i wówczas już wypuszczają parę. Ostygniętą bieliznę wyjmują i oglądają dla tego, żeby pozostałe plamy zmyć mydłem, którego w *Charité* na 100 funtów bielizny wydają $1\frac{1}{2}$ funta. Potrzebną do płókania wodę grzeje tenże sam kocioł parowy, który dostarcza parę do wyparzenia. Od niego przechodzi rura do wielkiej skrzyni blaszanój z zimną wodą. Gdy naparzenie bielizny już jest skończone, wtedy rurę dostarczającą parę do balii zamyka się, a zamiast tego para po drugiej rurze wpuszcza się do skrzyni z zimną wodą, która w jak najkrótszym czasie ogrzewa się do pożądanej ciepłoty.

Uprana takim sposobem bielizna płóczy się: w *Bethanien* w osobnym do płókania kole, w *Charité* w znajdującym się pośrodku pralni wielkim spiżowym zbiorniku wymalowanym farbą białą olejną. Skrzynia ma $1\frac{1}{2}$ stopy wysokości i 9 stóp w średnicy, woda czysta wlewa się do niój, a brudna wypuszcza się za pomocą otworu na dnie. W *Charité* dla skrócenia czasu nie wyciskają bielizny z prania rękami, jak to u nas jest zwyczajnie przyjęte, lecz używają do tego hydraulicznój prasy, w *Bethanien* zaś osobnój maszyny zwanój odśrodkowcem (*Centrifugalmaschine*) poruszanej przy pomocy pary. W Berlinie kosztuje ta ostatnia 400 talarów i pomimo swojej ceny wielkiej, wątpię, żeby była użyteczniejszą od hydraulicznój prasy. Wyciśnięta bielizna kładzie się w wielkie kosze i za pomocą bloków podnosi się do suszarni, która latem znajduje się na trzecim piętrze pralni i tak jest urządzona, jak w naszym szpitalu. Zimą bieliznę suszą w sali wielkiej drugiego piętra.

Szpital wojskowy Kamieniecki zaopatruje się w wodę potrzebną z rzeki Smotrycza, zkąd dowożona bywa po kilka razy na dzień w drewnianych beczkach.

Sale szpitalne oświetlone są świecami łojowemi; w korytarzu i na wschodach palą się lampy olejne.

Wychodki. Już w starożytności urządzano wychodki w domach, jak tego spotykamy dowody w Pompei, która codziennie dostarcza nam nowych i ciekawych wiadomości pod względem urządzenia mieszkań w starożytnym cesarstwie rzymskim.

W wioskach i zaściankach jamy w ziemi wykopane służą jako kloaki, sprawiają one jednak woń nieprzyjemną, nie mogą więc być zastosowane w miastach, gdzie stek ludności jest znaczny na stosunkowo małej przestrzeni. Przeto w tych ostatnich każdy dom powinien mieć oddzielne wychodki, przy doskonałym nawet urządzeniu sprawiające wiele niedogodności. Nieprzyjemności te zależą na ciągłym wydzielaniu się amoniaku, połączonego z wielką ilością siarkowodoru; spotykamy je zwykle: w samych wychodkach, w rurach dla przeprowadzenia istot odchodowych w skutek nieszczelnych spojeń rur między sobą, a wreszcie gazy te mogą wydzielać się z samych jam, w których długo odchody zostają.

Czy mogą wyziewy te, zwyczajnie powiększające się w czasie ciepłej i wilgotnej pory, wywierać wpływ szkodliwy na człowieka? Pilne tylko spostrzeganie objawów i chorób u czyszcicieli może rozwiązać to pytanie. Odsuwając na bok zaduszenie, często zdarzające się u tych ludzi w czasie ich pracy, i choroby oczu, widzimy, że lekarze rozmaicie zapatrują się na kwestyą rzezoną. Parent-Duchâtelet, Warren, Tardieu i niektórzy jeszcze uczeni zupełnie zaprzeczają szkodliwe działanie wyziewów wychodkowych, dopuszczają tylko możność zaduszenia i choroby oczu. Z drugiej strony badanie chorób, zwyczajnie panujących w Montfaucon i Bondy (blisko Paryża), dokąd zwożą rozmaitego rodzaju istoty odchodowe pochodzące z kloak paryżkich i gdzie prócz tego znajdują się miejsca do zabijania zwierząt i rzeźnie (szlachtuzy), okazuje, że nie dostarczają ani więcej chorych, ani większego odsetka umarłych, niż inne miejscowości.

Obok takiego zaprzeczania istnienia chorób pochodzących z tego źródła, opisano kilka przypadków działania szkodliwego tych gazów, chociaż ich właściwości dotychczas nie zbadano. Tak d'Arcelet przytacza trzy przypadki śmierci

które się zdarzyły jeden po drugim u ludzi śpiących w pokoju, do którego przeciekały wyziewy wydobywające się ze szczeliny rury służącej do odprowadzenia istot odchodowych. Parent-Duchâtelet zebrał liczbę znaczną od roku 1782. przypadków nieszczęśliwych i opisał przypadki chorobliwe u czyścicieli dosyć szczegółowo. Tak np. głównymi cechami zapalenia oczu były: nadzwyczajne pieczenie w obu oczach, łzy bardzo obfite, światło-wstręt i ślepotą często prawie zupełną, a nawet stanowczą. Cierpienie takie rzadko trwa dłużej nad 24 godzin, czasami bywa uporczywe. Niektórzy robotnicy doświadczają osłabienia, łamania członków, bólu głowy, nudności, skłonności do wymiotów; przypadki takie zwykle przechodzą po upływie 4 albo 5 dni. Inni zaś doznają kolek gwałtownych, a u jednego z nich powłoki brzuszne ściągnęły się i prawie przystały do stosu pacierzowego. W kilku razach, pisze Parent-Duchâtelet, kiedy przewietrzanie nie odbywało się należycie i kiedy istoty odchodowe były poruszone, robotnicy czuli znużenie, utratę sił, osłabienie ogólne i co chwila grożące im zemdlenie, mieli zawroty głowy i inne tym podobne przypadłości; jeżeli pomimo tych przypadłości zostawali w kanale, wtedy tracili całkowicie przytomność i padali na ziemię.

Chociaż pytanie o szkodliwość tych gazów jeszcze całkowicie nie jest rozwiązane, wszelako trzeba się mieć na ostrożności i starać, jeżeli nie zupełnie niszczyć, to przynajmniej osłabiać działania te, które połączone są z wyziewami wychodków. Oto są środki najlepsze: umieszczać wychodki w oddzielnej komorze, jak można najobszerniej i w odległości od izb sypialnych i mieszkalnych. Komora ta powinna odmykać się na dziedziniec, albo przynajmniej na korytarz.

Przy urządzeniu wychodków użyto niemało sposobów; wszystkie mają na celu uniknięcie przykrój woni. Sposób angielski dotychczas często używany zależy na urządzeniu zakrywki w otworze rury; połączenie oniej mechanizmu ze zbiornikiem wody w skrzyni na górze postawionej dopełnia tego urządzenia. Gdyby pomimo to dały się czuć nieprzyjemne wyziewy, wówczas uciec się potrzeba do środków odwietrzających

(*désinfectants*), a do tych należą w ogóle przetwory chlorowe. Rury, przeprowadzające odchody do zbiornika, powinny być spizowe; przy urządzeniu ich należy zwracać uwagę na dobre spojenie części je składających.

Urządzenie kloak także zasługuje na uwagę; w ogóle radzą budować je ze sklepieniem i przewietrzać za pośrednictwem rury tak zwaną przewietrzną (*tuyau de vent*), poczynając się nad kloaką samą, to jest nad zbiornikiem odchodów i kończącej się na dachu powyżej kominów budynku. Niekiedy dla wywołania większego ciągu w rurach przewietrznych umieszczają je po bokach kominów; wtedy wylowy, rozgrzewając się, prędkiej się ulatniają. Nareszcie radzą jeszcze rury przewietrzne otwierać bezpośrednio do rur pieców kuchennych; doświadczenie takie zrobione w szpitalach Paryża *Saint-Louis* i *Hôtel-Dieu* zupełnie się powiodło; kloaki zakładów tych najlepší się odświeżają, kiedy w kuchni nie czuły żadnego zapachu przykrego.

Układ beczek ruchomych. Kilka takich beczek stawia się w lochu oddzielnym, a te po napełnieniu oddalają się, a na ich miejsce stawiają się próżne. Piorry bardzo chwali ten sposób w ciekawej rozprawie o pomieszkaniach prywatnych i przypisuje mu wygody następujące: beczki nie wydzielają żadnej woni, uwalniają od wydatków na urządzenie, utrzymanie kloak, albo raczej czynią je bardzo małemi i dostępnymi dla rodzin nawet ubogich. Wszelako sposób ten wymaga jeszcze ściślejszego badania, gdyż nie może być zastosowany w domach dawniej budowy. System beczek ruchomych był już używany w przeszłym stuleciu i zasługuje na uwagę naszą pod względem urządzenia i niemałej dogodności. Wiadomo, że całe zło zależy na tworzeniu się gazu w kloakach, sprzyja zaś mu najwięcej połączenie twardych i płynnych odchodów; zapobiegając więc takiemu połączeniu, jednocześnie osiągniemy dwa cele: unikniemy wywięzywania się gazów i ułatwimy oczyszczanie jamy bez widocznego narażania się na niebezpieczeństwo. Przy urządzeniu beczek ruchomych, okoliczność tę miano na widoku i już w r. 1788. Gauthier przedstawił przyrząd, składający się z dwóch beczek postawionych jedna nad

drugą i połączonych między sobą pochyłymi walcami. Lecz przez urządzenie takie nie zupełnie osiągamy cel, odchody twarde i płynne się mięszają.

Przy oczyszczaniu jam odchodowych często napotykamy niebezpieczne objawy u pracujących koło nich, jak np. zaduszenia, nie mówiąc już o zawrocie i bólu głowy, oczu, odurzeniu, utracie przytomności i t. d. Wszystkie przypadki takie rzadziej mają miejsca od czasu, gdy zaczęto za pomocą komin-ków z ciągiem i rur przewietrzających pozbywać się wyzie-wów szkodliwych z jam odchodowych, a nawet samych odchodów ciekłych: wówczas pracujący nie mieli potrzeby tak często spuszczać się do jamy kloaki. Użycie chlorków, wody wapien-nój i soli cynku celem odwietrzenia odchodów o wiele ulżyło robotę i zmniejszyło niebezpieczeństwo zaduszenia.

Niewielka cena i łatwe zastosowanie środków niszczą-cych nieprzyjemną woń jam odchodowych spowodowały rząd francuzki do wydania rozporządzenia, podług którego wszyscy przedsiębiorcy wypróżniania kloak obowiązani są przed oczy-szczeniem jam odchodowych używać środków odwietrzających. W niedawnych jeszcze czasach, niewięcej jak przed 15 laty zwrócono całą uwagę na to, aby jak najtańsze przyrządzać przetwory, niszczące przykrą woń kloak i cieszo się nadzieją otrzymania ich za pomocą chlorków, soli żelaznych, węgla, i t. d.; lecz późniejsze doświadczenia przekonały, że środki wy-mienione, pomimo ceny swój wcale niemałej i trudności zaopa-trzenia się w takowe w każdym miejscu i czasie, nie zupełnie odpowiadały celowi. I już chyba tylko dla pokazania ważno-ści w mowie będącego przedmiotu przytoczę kilka sposobów ubezwonnienia, dawniej używanych.

Sposób Salmona zależy na mięszaniu istot odchodo-wych z proszkiem węgla zwierzęcego. D'Arcet węgiel za-stępuje popiołem torfowym; Schattenmann używa siar-czanu żelaza; Lizet do 2½ f. wody dodaje 1¼ f. mięszaniny węgla, siarczanu cynku i żelaza; sposób taki droższy jest i nie lepszy od mięszaniny Schattenmana. Caraffa i Sinko używają wodanu tlenniku żelaza (*ferrum hydricum*), lecz odchody tutaj tracą woń swoją dopiero po wydzieleniu z nich

w osobnych zakładach soli amoniakalnej i proszku nawozowego. Za pośrednictwem sposobu tego szybko wysychają istoty odchodowe twarde przy pomocy wapna gaszonego, które również wydziela z nich amoniak. W sposobie Demange'a, albo oczyszczania pneumatycznego jam odchodowych, rolę główną gra ciśnienie powietrza zewnętrznego: za pomocą tłoków pneumatycznych tworzy się próżnia w szczelnie zamkniętych naczyniach dla odchodów przeznaczonych i wówczas te ostatnie, za pośrednictwem rur ołowianych połączone z głównym zbiornikiem, natychmiast wypróżniają się z istot odchodowych.

Z polecenia Ministra spraw wewnętrznych w Petersburgu, robiono kilka doświadczeń porównawczych nad sposobami wyżej wzmiankowanymi i w ostatnich dniach października r. 1850. zapadło postanowienie obowiązujące przedsiębiorców trudniących się oczyszczaniem jam odchodowych do używania mieszaniny odwietrzającej składającej się z siarczanu żelaza, kwasu siarczanego i węgla roślinnego, każdej po 2½ pudów na 100 pudów materji odchodowej. Zamiast siarczanu żelaza wolno jest używać chlorku manganu.

W r. 1861. w Petersburgu z polecenia ministra wojny utworzono Komisję celem oznaczenia sposobów oczyszczania zepsutego powietrza w szpitalach, tudzież wyszukania przetworów odwietrzających masy odchodowe w jamach szpitalnych zebrane. Komisja ta wykazała, że płyn Żdanowa jest jednym z lepszych; składa się on z siarczanu żelaza i kwasu drzewnego przypalonego. Działanie jego, równie jak wielu mu podobnych połączeń, zasadza się na wpływie bezpośrednim na odchody, które rzeczony płyn rozkłada, wyciągając z nich siarkę(?), lecz na woń powietrza wychodków nie działa on wcale. Wynika ztąd, że rozczyń Żdanowa, aby mógł należycie działać, powinien być nieustannie wlewany do jam kloacznych w miarę napełniania ich nowymi odchodami, coby wymagało zbyt wielkich kosztów, a nawet i w takim razie nie pozbawiłby powietrza w zupełności przykrój woni, albowiem nie na wszystkie gazy wydzielające się z materji odchodowych jest w stanie wpływ swój wywierać. Przynętem Komisja miała sposobność wypróbować działanie na woń wychodków rozczyńców

podpułkownika Ramsteta w pierwszym szpitalu wojskowym. Rzeczywiście okazało się, że środek ten niszczy woń przy jednorazowym nawet zmieszaniu jego z odchodami, lecz wcale nie oczyszcza powietrza. Oprócz tego, środek Ramsteta, uznany przedtém za odpowiedni do odwietrzania wychodków przez opryskiwanie ścian przyrządem na ten cel przeznaczonym, okazał się z tego względu niestosownym, że woń w ciągu dwóch dni na nowo powstała. W każdym razie środek ten, podobny do płynu Żdanowa i Lerois de Pré dawniej używanego, składa się z siarczanu żelaza i kreozotu i w porównaniu z płynami w mowie będącemi nie odznacza się właściwemi sobie zaletami.

Nierównie lepiej od środków wyżej wspomnianych działań na oczyszczenie powietrza w wychodkach płyn Labarraqua zalecony przez członka Komisji, profesora Akademii lekarskiej w Petersburgu p. Trappa. Prześcieradło namoczone w tej cieczy i wyciśnięte, rozwieszona w pokoju, do którego wniesiono beczkę z odchodami, w ciągu kwadransa zupełnie zniszczyło silną woń. Zapach płynu samego jest dosyć przyjemny i słaby o tyle, że nie jest w stanie przytłumić zapachu innego; działanie więc jego zależy nie na zagłuszeniu woni, lecz na zniszczeniu jój za pomocą chemicznego połączenia. Okoliczność ta bardzo jest ważna, jeżeli weźmiemy na uwagę, że wspólnie z wonią wychodków niszczą się wszelkie wyziewy szkodliwe, będące częstokroć przewodnikami zaduchu (*miasma*) i przyrzutu (*contagium*). Na zdrowie chorych płyn Labarraqua nie może wywierać wpływu szkodliwego w czasie tak krótkiego zostawania w salach przez nich zajmowanych. Przy działaniu tak oczywistém odwietrzającym, woda Labarraqua bardzo dogodna jest i pod względem gospodarczym, nie psuje bowiem bielizny i odzienia, lecz owszem bywa środkiem dobrym do oczyszczenia takowych z plam tłustych lub krwawych, które nie znikają przy praniu zwyczajném; przygotować ją można w każdym szpitalu, a cena otrzymywanój w większej ilości wynosi zaledwo 2 grosze za funt, a nawet i mniej, jeżeli z resztek pozostałych po przygotowaniu jój zechcemy odciągnąć sole manganu.

1. *Przygotowanie płynu Labarraque'a.* Trzy funty sody zwyczajnej (*natrum carbonicum crystallisatum*) rozpuściwszy w 12 f. wody, przecedza się przez papier. Rozczyn rzeczony należy nasycać chlorem, dopóki lakmusowy papier namoczony w nim nie zacznie tracić swój barwy. Lecz odbarwienie takie powinno następować prędko, a nie stopniowo. Dla nasycenia roztworu 3 f. sody w 12 f. wody potrzeba tyle chloru, ile się wydobywa z funta soli kuchennej, rozkładając ją funtem kwasu siarczanego, funtem wody i funtem nadtlenniku manganu (*hyperoxydum manganicum*). Najprzód do retorty albo kolby kładzie się 1 f. soli kuchennej, dodaje się proszek nadtlenniku manganu, a po zamięszaniu należytm wlewa się funt kwasu siarczanego rozcieńczonego funtem wody. Retorta ogrzewa się w kąpeli piaskowej i gazem chlorowym ztąd wydzielającym się nasycą się roztwór sody, jak wyżej powiedziano.

2. *Użycie.* Dla zniszczenia woni, np. w salach zgorzeliowych, rozlewają płyn na talerzach i stawiają pod łóżka, szafy, na półki i t. d. Jeszcze lepiej i prędziej niszczy się woń, gdy, namoczywszy w płynie tym prześcieradło albo ręcznik, wyciśnięte rozwiesimy na sznurku przechodzącym przez środek miejsca mającego się odwiezierać; wtedy bowiem większa powierzchnia znajduje się w zetknięciu z powietrzem i prędziej je oczyszcza. Jak tylko powietrze jest oczyszczone, potrzeba wynieść z sali płyn albo prześcieradło namoczone i pokój przewietrzyć, to jest otworzyć lufcik w piecu, lub t. p.

3. *Cena.* 3 funty sody 15 kop. sr.

1 funt nadtlenniku manganu	6	—
1 — soli kuchennej	2	—
1 — kwasu siarczanego....	3	—

26 kop. sr.

Jeżeli materyały kupują się hurtem, wówczas kosztują nierównie taniej. Retorta raz urządzona służy na długo. Ilością wyżej wyrażoną cieczy można oczyścić do 20 izb wielkich. Niepotrzeba przygotowywać zapasów wielkich cieczy, gdyż po pewnym przeciągu czasu traci swe własności.

4. *Zalety.* Wszędzie, gdzie jest apteka, można otrzymać płyn Labarraque'a, a tém bardziej, że przygotować go potrafi każdy, kto raz widział, w jaki sposób się otrzymuje. Płyn tanio kosztuje i nie wydaje woni nieprzyjemnej; chorzy wszelkiego rodzaju mogą zostawać w salach, gdzie jest stosowany. Talerze, podłoga, bielizna nie psują się przy jego użyciu; owszem bielizna staje się bielszą, jeżeli po każdym jej użyciu będzie wypłukana w czystej wodzie. Resztki z retorty pozostałe po wydobyciu chlorku nie wyrzucają się, lecz używają do przygotowywania soli manganowych, które mogą służyć do oczyszczania jam kloakowych.

Podług zdania Komisji, płyn Labarraque'a, zalecany przez profesora Trappa, stoi wyżej od innych tego rodzaju środków, jako oczyszczający powietrze w salach szpitalnych; lecz używanie jego w celu odwietrzania odchodów Komisja uznaje za niestosowne. Dla zniszczenia woni materij odchodowych w wychodkach zwyczajnych, według zdania Komisji, najlepiej jest używać rozczyń siarczanu tlenku żelaza, przyjęty i używany w szpitalach zależnych od Ministerstwa spraw wewnętrznych. Jeżeli używa się tylko siarczan żelaza, wówczas potrzeba go brać nie mniej, niż pud (40 funtów) na 4 wiadra wody (rozczyń silniejszy), a tego roztworu wiadro na 2 wiadra wody (słabszy): pierwszy służy do ubezwonniania odchodów zsiadłych, drugi do ciekłych. Przy połączeniu siarczanu żelaza z kwasem drzewnym przypalonym potrzeba ten ostatni użyć w stanie takim, w jakim się dostaje z drzewa, rozpuścić pół na pół z wodą, w stosunku na 2 wiadra (6 garncy) kwasu 2 wiadra wody i pud siarczanu żelaza. Jeżeli używać chcemy kwasu drzewnego do nalewania nim kawałków żelaza, ćwieków starych i obręczy żelaznych, potrzeba go rozprowadzać pół na pół z wodą. Przy obmywaniu i opryskiwaniu waterklozetów i ścian wychodków można brać silny lub słabszy rozczyń, uważając na wielkość przedmiotu do obmywania przeznaczonego, powierzchnią jego i stopień przesiąknięcia odchodami. Na sążeń sześcienny odchodów dosyć jest wziąć 20 funt. siarczanu żelaza, albo ilość takową płynu z kw. drzewnym. Trudno jest z pewnością oznaczyć ilość rozczyńnu potrzebnego do

zniszczenia woni w wychodku; więc jak tylko da się czuć przykra woń w wychodku, natychmiast potrzeba użyć w mowie będących środków.

Otóż po wyszczególnieniu środków odwietrzających, może zanadto obszerném, za co przepraszamy łaskawych czytelników, przystępujemy obecnie do opisanja wychodków w naszym szpitalu. Łatwo zrozumieć, że w budynku starym, budowanym na cel wcale odmienny, wychodki należycie urządzone być nie mogą; lecz z drugiej strony dodać wypada na pochwałę miejscowego inżyniera, że się wywiązał z zadania należycie i zrobił wszystko, co zrobić można było na tak niewdzięcznie małej przestrzeni. Opiszmy więc z kolei, jak się nam wychodki przedstawiają. Mieszczą się w wieżyczkach okrągłych dwupiętrowych, mających postać bastionów. Na każdym piętrze znajdują się dwa moczniska z blachy, mające postać urny, której dno podziurkowane łączy się z rurą cynową, prowadzącą do głównego zbiornika. W izbie okrągłej, oświetlonej dwoma oknami na przestrzał, naprzeciw drzwi wchodowych znajduje się piec, opatrzony w hermetyczne drzwiczki, pośrodku zaś stolec, którego brzegi równoległe są do ściany izby, podniesiony od ziemi na $\frac{1}{2}$ łokcia, zaopatrzony w 6 otworów okrągłych, mających wewnątrz lejkwato urządzone miednice z blachy; miednice te w miejscu, na które zwykle ścieka mocz przy oddawaniu jego jednocześnie ze stolcem, posiada przegródkę także blaszaną z dnem podziurkowanym, służącym do przyjmowania moczu i łączącym się z rurką okalającą stolec wspólny, która z kolei łączy się z główną rurą, prowadzącą mocz zarówno z tą, jak z mocznisk, do zbiornika. Przedłużenia te blaszane urządzone są w celu powiększenia przeciągu powietrza, każdy otwór jest zakryty stosowném denkiem, podłoga kamienna pokryta blachą cynkową; okna duże należycie oświetlają wychodek, ściany są bielone, a to uważamy za niewłaściwe, kafłowe bowiem przyczyniłyby się znacznie do podniesienia czystości, jak to ma miejsce w *Charité* berlińskiej, w *Bethanien*, w *Lariboisière* i t. d., z tym dodatkiem, że zamiast jam urządzone tam są waterklozety. Nadto braknie tu przepierzeń oddzielających jeden otwór kloaczny od drugiego,

co ubliża zasadom przyzwoitości koniecznym w wojskowych niemięj, jak w innych szpitalach.

Przechodzimy do jam. Są one znacznej objętości i mają ścianę wewnętrzną ukośną, z którą równolegle idzie w środku przegroda dzieląca jamę na dwie połowy: z tych jedna, bardziej na wewnątrz położona, płytsha, przeznaczona jest dla odchodów zsiadłych, druga zaś, głębsza, bardziej na zewnątrz leżąca, dla ciekłych; w przegrodzie jest blacha dziurkowana, ażeby mocz, dostawszy się przypadkiem do jamy wyższej, mógł się przez te otwory do właściwego miejsca przedostać. Jamy obie są murowane z kamienia połączonego wapnem hydrauliczném, mają sklepienie, w którym znajduje się komin i dwa niejednakowej wielkości otwory. Komin przechodzi przez całą wysokość zewnętrznej ściany bastionu i kończy się otworem w dachu; otóż przytykające doń dwa piece hermetycznie zamknięte, jak na dolném tak i na górném piętrze, po napaleniu w nich rozgrzewają komin, w skutek zatem rozrzedzenia powietrza przez ciepło powstaje ciąg unoszący woń wychodków po nad dach szpitalnego budynku. Drugie dwa otwory w sklepieniu jamy kloacznej, zwykle hermetycznie zamknięte, otwierają się na dziedzińcu tuż przy zewnętrznej ścianie bastionu: jeden większy, o ramach kamiennych, przykryty drzwiami drewnianymi, prowadzi do zbiornika z odchodami zgęszczonemi, po otwarciu drzwi i odwietrzeniu kału czerpie się takowy do beczek i wywozi za miasto; drugi otwór wspólnicy z pompką zamkniętą w czworogranną skrzynią tuż obok drzwi wyżej wspomnianych i służy do pompowania odchodów ciekłych. Nie ma potrzeby dodawać, że system ten ma dużo niedogodności: pompka, a raczej tłok jęj rdzewieje ciągle, rury się psują; zawsze jednak jest to sposób najpraktyczniejszy i najbardziej miejscowym odpowiadający potrzebom.

Na tém kończymy opisanie szpitalu wojskowego w Kamieńcu. Naturalnie, że czytelnik wiele znajdzie do zarzucenia mu pod względem urządzenia jego wewnętrznego; zarzuty te podzielić się dadzą na dwojaki: jedne z nich przypisać należy

zasadzie dawniejszej, polegającej na tém, aby trzymać się ślepo rutyny i nie dopuszczać samodzielności osobistej tak w lekarzach, jak i w dozorcach częścią administracyjną zawiadujących; zasada ta jednak powoli upadać zaczyna, mamy przeto nadzieją, że i do naszego szpitalu promień ten ożywczy zawita. Inne znowu zarzuty odnoszą się do wadliwego urządzenia budynku, wcale nie odpowiadającego wymogom higieny szpitalnej: rząd wprawdzie nie szczędzi wydatków na usunięcie tych zawad; ale czy przez te wydatki osiągnie się to, czego miejscowość odmawia, to inne znowu pytanie, którego tu nie potrącamy wcale, i na dobrych jeno chęciach poprzestać podobno wypadnie, a spodziewam się, że i wy, miły kolego czytelniku, na dobre moje chęci wzgląd mając, przyjmiecie pobłażliwie tę pracę, pomni na to, że pierwszy torowałem sobie drogę, a nie zawsze mi łatwo było o źródła, często nawet zbywało na nich zupełnie.

Tą prośbą o względność dla tej próby zamykam opisanie szpitalu wojskowego w Kamieńcu.

DODATEK.

SPIS POTRAW PRZEZNACZONYCH W SZPITALACH WOJSKOW.

I. PORCJE MIĘSNE DLA OFICERÓW.

Pierwsza porcja.

a) Na obiad i wieczerzę *kapuśniak* (шп): Mięsa wołowego 1 funt, takiegoż na pieczone 1 f., kapusty kwaszonej białej $\frac{1}{2}$ kwarty (1), krup owsianych $\frac{1}{4}$ f., masła 7 drachm, soli 7 dr., kwasu 1 kw., herbaty 1 szklanka, chleba razowego (może pytlowego? R e d.) $1\frac{1}{2}$ f.

b) Na objad i wieczerzę *zupa*: Mięsa wołowego 1 f., cielęciny na pieczone 1 f., krup perłowych $\frac{1}{4}$ f., albo drobnych 19 dr., albo ryżowych $\frac{1}{2}$ f., albo ziemniaków 2 f., soli 6 dr., masła 5 dr., na korzenie do przyprawy 1 kop. sr., kwasu 1 kw., herbaty 1 szklanka, chleba pszennego $1\frac{1}{2}$ f.

U w a g a 1. Dla chorych z gnilcem (*scorbutus*) dodaje się do tej porcji, podług przepisu lekarza, t. zw. okraszka, t. j. mięszanina mięsa gotowanego z cebulą, kapustą, chrzanem.

(1) Zamiast krużki piszemy kwartę, lubo ta ostatnia ma się do krużki = 5 : 6.

Skrócenia: dr. = drachma, f. = funt, kw. = kwarta.

Druga porcja.

Na objad i wieczrę zupa: Kury $\frac{1}{2}$ sztuki, krup perłowych $\frac{1}{4}$ f., albo drobnych 19 dr., albo ryżowych $\frac{1}{5}$ f., albo ziemniaków 2 f., soli 5 dr., korzeni na przyprawę za 1 kop. sr., herbaty 1 szkl., chleba pszennego 1 f.

Trzecia porcja.

Ta sama, co i dla żołnierzy.

U w a g i. 2) Jeżeli kury nie można dostać, naznacza się cielęciny 1 f. na dzień. — 3) Cielęciny można też zastąpić baraniną, jeśli pierwszej nie można dostać. — 4) Dla zrobienia herbaty używa się na dzień herbaty $\frac{1}{8}$ f. i cukru $1\frac{1}{2}$ f. — 5) W szpitalach, gdzie jest mało oficerów chorych, można dla nich naznaczać porcje żołnierskie (1 szą. 2gą i 3cią), dodając po 1 szklance herbaty i po 1 porcyi pieczeni. — 6) W dnie postne dla oficerów chorych porcje się nie zmieniają.

II. PORCJE MIĘSNE DLA ŻOŁNIERZY.

Pierwsza porcja.

Na śniadanie kaszka: Krup owsianych albo gryczanych 12 dr., soli 2 dr., tłuszczu z rosółu 2 dr., chleba razowego $\frac{1}{2}$ t.

Na objad i wieczrę kapuśniak: Mięsa wołowego $\frac{1}{8}$ f., krup owsianych 12 dr., kapusty kwaszonej białej $\frac{1}{2}$ kw., soli $5\frac{1}{2}$ dr., liści bobkowych $\frac{1}{20}$ dr., pieprzu $\frac{1}{40}$ dr., kwasu 1 kw., chleba razowego (?) 2 f.

U w a g i. 1) Na śniadanie wydają się krupy owsiane i gryczane na przemiany. — 2) Zamiast kapuśniaku można dawać barszcz z buraków. — 3) Dla urozmaicenia, w środy i w piątki, oraz w inne dnie, można zamiast kapuśniaku dawać zupę kartoflaną, licząc po 3 f. ziemniaków na osobę, a zamiast pieprzu 6 dr. cebuli. — 4) W miesiącach letnich (od 15. lipca do 1. października) do kapuśniaku używa się kapusty białej kwaszonej ($\frac{1}{4}$ kw.) zmieszanej z zieleniną świeżą ($\frac{1}{2}$ kw.)

Na objad kasza gęsta: Krup gryczanych $\frac{1}{4}$ f., soli 1 dr., tłuszczu z rosółu 3 dr.

Do porcyi tej, jeśli jest przeznaczona dla chorujących na gnilec, dołączają okraszkę złożoną z mięsa gotowanego w kapuśniaku z dodatkiem cebuli 8 dr., kapusty kwaszonej białej $\frac{1}{8}$ kw. i chrzanu $\frac{1}{4}$ f.

Druga porcja.

Na śniadanie kaszka: Krup owsianych albo gryczanych 12 dr., soli 2 dr., tłustości z rosółu 2 dr., chleba pszennego $\frac{1}{4}$ f.

Na objad i wieczrę zupa: Mięsa wołowego $\frac{1}{8}$ f., krup perłowych $\frac{1}{4}$ f., albo ryżowych $\frac{1}{5}$ f., albo drobnych 19 dr., ziemniaków 2 f., soli 4 dr., korzeni do przyprawy za 1 kop. sr., chleba pszennego 1 f.

U w a g i. 5) Zamiast krup perłowych, ryżowych i drobnych, można używać gryczane, smoleńskie i pszenne, albo kaszę z nich. — 6) Chorym, dla których lekarze uważają nagłe przejście od 2iej porcyi do 1szej za niestosowne, można zamiast 1 f. chleba pszennego dać $1\frac{1}{2}$ f. chleba razowego (?) i 36 dr. mięsa z rosółu.

Trzecia porcja.

Na śniadanie: herbaty 1 szkl., chleba pszennego $\frac{1}{2}$ f.

Na objad i wieczerzę: a) *kłesek owsiany* (krup owsianych $\frac{1}{2}$ f., soli 4 dr., masła 3 dr., chleba pszennego $\frac{1}{2}$ f.); — albo b) *kaszka drobna* (krup drobnych 19 dr., masła 3 dr., chleba pszennego $\frac{1}{2}$ f.); — albo c) *kompot* (śliwek $\frac{1}{4}$ f., ulepu cukrowego $\frac{1}{4}$ f., chleba pszennego $\frac{1}{2}$ f.); — albo d) *mleko* (mleka krowiego gotowanego 1 kw., chleba pszennego $\frac{1}{2}$ f.); — albo e) *kisielek z żórawinami* (żórawin $\frac{1}{2}$ f., mąki kartoflanej $\frac{1}{4}$ f., cukru 12 dr., chleba pszennego $\frac{1}{2}$ f.); — albo f) *kisielek z mlekiem* (mleka krowiego 1 kw., mąki kartoflanej $\frac{1}{4}$ f., chleba pszennego $\frac{1}{2}$ f.); — albo g) *zupa kartoflana* (ziemniaków 2 f., soli 5 dr., cebuli 5 dr., chleba pszennego $\frac{1}{2}$ f.)

Uwagi. 7) Jako włoszczyzna używają się: selery, pietruszka, cebula, marchew i brukiew: wszystkie razem, jeżeli można dostać nie drogo; albo niektóre z nich, jakie taniej kosztują. — 8) Dla zrobienia herbaty na osobę jedną dawać herbaty $\frac{1}{8}$ dr., cukru 3 dr. — 9) Zamiast śliwek można dawać niektóre jagody kwaśne i inne owoce. — 10) Żórawiny można zastąpić innymi rodzajami jagód.

III. PORCJE POSTNE.

Pierwsza porcja.

Na śniadanie kaszka: Krup owsianych albo gryczanych 12 dr., soli 2 dr., oleju konopnego 2 dr., chleba razowego $\frac{1}{2}$ f.

Na objad i wieczerzę kapuśniak: Krup owsianych 12 dr., kapusty kwaszonej białej $\frac{1}{2}$ kw., soli $5\frac{1}{2}$ dr., pieprzu $\frac{1}{10}$ dr., liści bobkowych $\frac{1}{20}$ dr., mięsa ryb drobnych 12 dr., albo grzybów suszonych 6 dr., albo oleju konopnego 4 dr., mąki pszennej 6 dr., chleba razowego (?) 2 f.

Na objad kasza gęsta: Krup gryczanych $\frac{1}{4}$ f., soli 1 dr., oleju konopnego 3 dr.

Uwagi. 1) Porcja postna naznacza się wówczas, gdy naczelny lekarz, przychylając się do życzenia chorego, uzna ją za nieszkodliwą. — 2) Gdzie ryb drobnych (snitki) nie można dostać, tam je zastępuje się rybami zwyczajnymi świeżymi, albo solonemi w ilości $\frac{1}{2}$ f. na osobę. — 3) Uwagi zaznaczone przy porcjach mięsnych co do krup i kapusty mogą być zastosowane i do porcji postnych. — 4) Jeżeli porcja ta daje się dla chorych mających gnilec, wtedy dołącza się do niej okraszkę z dodaniem: cebuli 8 dr., kapusty kwaszonej białej $\frac{1}{8}$ f., chrzanu $\frac{1}{4}$ f.

Druga porcja.

Na śniadanie kaszka: Krup owsianych albo gryczanych 12 dr., soli 2 dr., oleju konopnego 2 dr., chleba pszennego $\frac{1}{4}$ f.

Na objad i na wieczerzę zupa: Krup owsianych, albo jęczmiennych, albo gryczanych, albo pszennych $\frac{1}{4}$ f., albo ziemniaków 2 f., ryb drobnych 12 dr., albo grzybów suszonych 6 dr., oleju konopnego 4 dr., cebuli 6 dr., soli 4 dr., chleba pszennego 1 f.

Trzecia porcja.

Pozostaje ta sama bez zmiany, co przeznaczona w oddziale porcji mięsnych.

P O G L Ą D
 NA PRZYCZYNY, HISTORIĄ I ROZWIJANIE SIĘ
 CHORÓB ZARAŻLIWYCH U ŻWIERZĄT
 W STOSUNKU DO CZŁOWIEKA.

Przez Dra Mieczysława MALCZA.

(Dalszy ciąg. — Zob. t. LII., str. 509).

Komuż nie jest znaną choroba zwana powszechnie, chociaż niewłaściwie (**wodowstrętem albo wścieklizną**, *hydrophobia, rabies canina, lyssa v. lytta*, jak ją nazywają obecnie, idąc za przykładem starożytnych pisarzy).

Wścieklina psów znaną była w starożytności. Hipokrates wprawdzie nic o niej nie wzmiankuje (1), lecz współczesny mu Demokrytes najpierwszy o niej wspomina. W dziełach Arystotelesa znajdujemy mało zrozumiałe miejsce, gdzie jest powiedziane, jakoby człowiek nie miał zdolności do tej zarazy (2). Więcej szczegółowe badania nad wodowstrętem u człowieka dokonane zostały później przez lekarzy szkoły Aleksandryjskiej, chociaż zdania o treści choroby nadzwyczajnie były sprzeczne. Nieświadomość taka starożytnych pod tym względem nie powinna nas dziwić, jeżeli zważymy tę okoliczność, że np. zaraźliwość nosaczyny w naszym wieku dopiero stała się wiadomą. Sądząc więc z tych skąpych wiadomości o chorobie, zdaje się, że wścieklizna u ludzi wydarzała się w starożytności nadzwyczaj rzadko, nazywano ją wtedy *lykanthropia v. kynanthropia*.

Niektórzy autorzy, opierając się na braku jakoby głównego przypadku u zwierząt, to jest wstrętu do wody, który zawsze ma miejsce u człowieka, uważają tę chorobę u człowieka za cierpienie innej zupełnie natury, a Bosquillon w rozu-

(1) Hecker. Ueber das früheste Vorkommen der Hydrophobie beim Menschen. (in Gräfe und Walter Journal f. Chirurgie und Augenheilk. 1821. Bd. II. S. 325). Porówn. Hecker: Geschichte der Heilkunde. Berl. 1822-29. Bd. I. S. 311. 410. II. S. 38. 97.

(2) Hist. animal. Lib. VIII. 22.

mowaniach swoich zaszedł tak daleko, że uważał ją za czystą grę wyobraźni ukąszonego człowieka. Inni znów nie widzieli we wściekliwości nic swoistego (specyficznego), utrzymując, że wodostreć u człowieka może się rozwinąć również jako objaw innych chorób i t. d.

Może nie ma w patologii drugiej choroby, o którejby tyle rozprawiano i pisano, co o cierpieniu w mowie będącém; pomimo tego, wiadomości nasze o jej naturze tak są skąpe „Przyczyna tego, mówi Virchow (1), nietylko leży w ciemności samego przedmiotu, ale i w nieprawidłowości czynionych doświadczeń i badań. Na każdym kroku, mówi on, spotykamy się z najzastarzalszemi przesądami; nie bacząc na obfitość dzieł w tej gałęzi, nadzwyczajnie rzadko możemy napotkać, szczególnie w pracach dawniejszych autorów, zadawalniający opis choroby, któryby przytém nie był sfałszowany mnóstwem nieprawdziwych pojęć i niesumiennych badań. I tak, w większej części opisów wścieklicziny z dawniej epoki do liczby koniecznych zjawisk odnosi się wstręt do picia wody, do światła i w ogóle przedmiotów błyszczących, jak również piana z ust i t. d.; czego dzisiaj, jak wiadomo, w większości przypadków nie spostrzegamy. Takie pojęcia, nie mające podstawy, którym dawniej prawdziwie na słowo wierzone, rozpowszechniły się nietylko w masach ludu, ale i pomiędzy lekarzami, którzy, dając się uwieść podobnym błędom, często w takowe wpadali przy rozpoznaniu choroby.“

Wodowstręt u człowieka, oprócz gdy pochodzi w skutek wścieklicziny (*hydrophobia lyssodes*), może się wydarzać w następujących postaciach:

1. W. w skutek gry wyobraźni (*h. imaginaria*), gdzie nie spostrzegamy silnych zjawisk odruchowych (*Reflex-Erscheinungen*) i choroba w krótkce ustępuje leczeniu.

2. W. macienniczy (*h. hysterica*), zależący od kurczu w połyku i nagłośni, któremu towarzyszą zawsze objawy

(1) Handbuch der speciellen Path. und Therapie. Zweiter Band. Erste Abtheilung. Erlangen 1855.

maciennicze (hysteryczne), innych zaś cech wścieklizny nie bywa, a trwanie jego w ogóle jest krótkie.

3. W. tężcowy (*h. tetanica*), mający najwięcej podobieństwa do wodowstrętu we wściekliznie, tak, że niektórzy patologowie, jak Textor, Pirard, Bruckmüller, uważali wściekliznę za tężec. Dodamy jednak, że tężec (w 112 na 208 przypadków) pojawia się pomiędzy 3. i 10. dniem, kiedy wścieklizna nieprzędź, jak w 5. — 7. tygodniu (1); kurcze we wściekliznie są drgawkowe (kloniczne), przeciwnie zaś w tężcu (tetaniczne), a szczękostisk (*trismus*) i wyprostowania tężcowe tułowia i kończyn spotykamy we wściekliznie dopiero u szczytu choroby. Podobieństwo więc obydwóch stanów chorobnych do siebie leży raczej w właściwej obydwom chorobom nadczułości (*hyperaesthesia*), a nie w sposobie ich powstawania.

4. W. przypadkowy, wydarzający się w rozmaitych cierpieniach szyi, polyku i krtani, w cierpieniach mózgu, w zapaleniu opon mózgowych, w durzycy (*typhus*) i t. d.

5. W. samorodny (*h. spontanea*), o ważności którego nic stanowczego dotychczas nie wyrzeczono, i ten obecnie pozostaje pod ścisłym badaniem.

Porównyując z sobą wściekliznę ludzką i psią, przekonujemy się, że w obu razach choroba objawia się jednakowymi cechami: różnica, leży tylko w stopniu rozwinięcia i objawienia się choroby. W obu przypadkach punktem wyjścia jest jad swoisty (*sui generis*), dający się przenosić z psa na człowieka i odwrotnie. Jad ten działa na podobieństwo stałego fermentu, powodując pewnego rodzaju zatrucie narkotyczne (*eine Narcose*), które tak u psa, jak i człowieka, prowadzi za sobą szereg zbroczeń, silniej objawiających się u człowieka. Jad ten, tak jak wszelkie inne, ma sobie właściwe przymioty: działa głównie na układ nerwowy, w czem zbliżać się zdaje do działania wysokoku i strychniny, z tą różnicą, że wyskok działa głównie na mózg, strychnina na rdzeń kręgowy, jad zaś

(1) Romberg: Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen. Berlin 1851.

wścieklizny przedewszystkiem na rdzeń przedłużony (*medulla oblongata*). Działanie to wyraża się trojakim stanem rozdrażnienia tego organu, a mianowicie: stanem nadczulnym (*hyperästhetisch*), kurczowym (spazmodycznym) i psychicznym. (R o m b e r g).

Pierwszy ześrodkowuje się w dziedzinie nerwu błędnego (*n. vagi*), przenosząc się ztąd na inne narządy. Drugi, to jest nieporządki w ruchach (*hyperkinesis*) okazują się również w narządzie oddychania i połykania, w samym nawet żołądku, a następnie w całym układzie ruchowym. Dla tego też jednem z najpierwszych i główniejszych zбочeń nerwowych będzie uczucie ściskania i bólu w dołku podsercowym (*dolor in scrobiculo cordis, Präcordialangst*).

Wszystkie zatém zjawiska we wścieklicznie podzielić można na dwa działy: na zjawiska bezpośrednio odruchowe, pochodzące wprost z nadczułości (*hyperaesthesia*) rdzenia przedłużonego, i na zwrotne (*Reflexe*), zależące od uczucia bólu i tęsknoty w dołku podsercowym. Różnica wścieklizny u człowieka i u zwierząt spoczywa w rozmaitym stopniu natężenia ostatnich zjawisk. Jeżeli więc u człowieka w powyższej chorobie spostrzegamy wodowstręt, a przeciwnie u psa, to nie trzeba sądzić, że w obydwóch razach choroba jest inna: pochodzi to jużto ztąd, że drgawki odruchowe (*Reflexkrämpfe*) u człowieka we wścieklicznie są bez porównania silniejsze, już z tego, że mechanizm połykania u zwierząt jest bez porównania prostszy i układ mięśniowy silniejszy, aniżeli u człowieka (1).

Wspominaliśmy już, że jad wściekłych zwierząt należy do przyrzutów stałych (*contagium fixum*), a więc przez powietrze udzielać się nie może. Głównym przenośnikiem (*vehiculum*) jest ślina, ale jad zawiera się i w innych częściach ciała, a mianowicie we krwi. Doświadczenia Hertwiga

(1). Tourtual: Untersuchungen über den Bau des menschlichen Schlund- und Kehlkopfs, mit vergleichend-anatomischen Bemerkungen. Leipzig 1846. Str. 84 i nast.

okazały, że nie tylko ślina wypływająca z paszczy jest jadowitą, ale że i czysta wzięta ze ślinianek (*gll. parotides*), części ich składowe, jak również krew żylna z prawej komórki serca i żył szyjowych pochodząca, mogą w sobie jad zawierać. Nie każde ukąszenie lub udzielenie jadu wywiera sobie właściwe działanie. Hertwig przytacza zdarzenie, w którym z 25 psów ukąszonych zachorowało tylko 10. Renault zaszczepił jad 99 koniom i psom: z pomiędzy nich 67 podległo zarazie, a z 224 psów podejrzanych o wściekliznę rzeczywiście zachorowało tylko 74. Zdarzały się znów przypadki, że wszystkie zwierzęta ukąszone przez jednego chorego psa wściekały się. Wiadomo już dzisiaj z pewnością, że jad wściekłych zwierząt zatrzymuje w sobie siłę przez kilka i kilkanaście pokoleń (*générations*); również, że przeniesienie jadu ze zwierzęcia jednego gatunku na drugi bynajmniej nie zmniejsza jego siły. Magendie i Breschet przenosili jad człowieka na zwierzę, a doświadczenia Hertwiga w tym rodzaju czynione zawsze wydawały zadawałniające wypadki.

Do przyczyn okolicznościowych powodujących wściekliznę zaliczamy: 1) silne wzruszenia uczuciowe, szczególnież gniew, gdyż psy złośliwe w ogóle więcej są usposobione do nabycia tej choroby; 2) niezaspokojenie popędu płciowego przy spółkowaniu, gdy zwierzę jest mocno wzruszone, co w części i tém się stwierdza, że chue (zdolność powiększona do spółkowania) jest znacznie powiększona we wściekliznie nie tylko u psów, ale i u innych zwierząt; 3) choroby psów, jak padaczka, choroby czerwione, i t. d. Falkę przypisuje wyłącznie obecności wewnątrzaków w drogach pokarmowych powstawanie wścieklizny u psów; twierdzenie to jednak zbija się faktem, iż Schroeder w 150 zwłokach psów wściekłych znalazł tylko u pięciu wewnątrzaka, to jest tasiemca spłaszczonego (*taenia serrata*); nareszcie 4) zewnętrzne warunki, jak zbyt zimno lub gorąco, złe utrzymanie, brak świeżych pokarmów, lub wody w czasie upałów. Zdanie, jakoby psy zapadały na wściekliznę w skutek tego, że nigdy nie potnieją, nie ma żadnej podstawy: psy bowiem mają pot, nawet w dosyć znacznej

ilości, cechujący się wonią, jaką roznoszą w stanie płciowego rozdrażnienia.

Zdania o naturze wścieklizny nadzwyczaj są sprzeczne. Jedni, jak Hertwig, biorą ją za rodzaj tyfusu, inni za chorobę natury karbunkułowej (Prinz) (1), inni znów za cierpienie czysto nerwowe. Bruckmüller (2) nie widzi we wścieklicznie właściwej swoistości (specyficzności) wyrażającej się ściśle określoną sprawą chorobną. Według niego cechy wścieklizny mogą być i w innych chorobach i dlatego stawia takowe na drugiem miejscu. Müller (w Wiedniu) powiada, że stan zapalny nerwów w miejscu porażenia jest pierwotnem zjawiskiem, zmiany zaś we krwi drugorzędnem. Bardziej zasługującym na uwagę jest zdanie Virchowa, który, krytycznie rozebrawszy wszystkie przyczyny wścieklizny urazowej (*lyssae traumaticae*), zawnioskował, że jad wściekłych zwierząt działa jako ferment. Utrzymuje on, że z miejsca wejścia jadu stopniowo wstępuje coraz większa ilość składowych cząsteczek takowego do krwi, dopóki cząstki te, nagromadziwszy się w pewnej ilości we krwi, nie zaczną działać przez krew' na układ nerwowy. Działanie to jadu na nerwy porównywa Virchow z przewlekłym otruciem wyskokowem, w początkach którego widzimy również znaczną przestrzeń czasu (*st. incubationis morbi*), podczas której, przy ciągle wzrastającym działaniu jadu, powstaje szereg zmian w układzie nerwowym tak, jak we wścieklicznie, czyto w dziedzinie czucia, czy też w dziedzinie ruchu, które, przy nagłym działaniu przyczyn okolicznościowych, nagle występują z nadzwyczajną gwałtownością i niebezpieczeństwem dla życia. Virchow widzi nawet we wścieklicznie rażące podobieństwo do przebiegu chorób umysłowych, ponieważ i te ostatnie mają w przebiegu swoim pewien porządek w okresach i odstępy w powstawaniu (3). Według

(1) Prinz: Die Wuth der Hunde als Seuche. Leipzig 1832.

(2) Bruckmüller: Beiträge zur Lehre von der Hundswuth. (Prag. Vierteljahrschr. 1852. Jahrg. IX. Bd. 2.

(3) Leubuscher: Grundzüge der psychischen Krankheiten. Archiv f. path. Anatomie. Bd. II. S. 133.

tego autora, w dziedzinie nerwów głównie porażony jest rdzeń przedłużony i sąsiednie główne ośrodki nerwowe, których zajęcie widocznie objawia się ich przekrwieniem i stanem odurzenia (*narcosis*) zależnym od działania fermentu, a następnie wyraża się szeregiem zbroczeń w układzie ruchowym i w dziedzinie umysłowej.

Pytanie co do samorodnego zaduchowego czyli miazmatycznego, lub urazowego (traumatycznego) pochodzenia wścieklizny rozdzieliło zdania autorów, zajmujących się rozwiązaniem téj tak ważnej kwestyi, na dwa oddzielne obozy kontagionistów i antykontagionistów.

Virchow powątpiewa o samorodności wścieklizny, opierając swoje rozumowania na świadectwach znakomitych powag. *Meynell*, jeden z najznakomitszych sportsmenów w Anglii, któremu zawdzięczamy pierwsze dokładniejsze badania nad wścieklizną psów, tak był przekonany o udzielaniu się choroby téj tylko przez zarazę, że nie inaczej przyjmował nowego psa do swojej psiarni, dopóki ten nie odbył prawidłowej kwarantanny i tylko przez taką ostrożność psy swoje od wścieklizny ochraniał. *Blaine*, znakomity weterynarz angielski, ostatecznie przemawia za udzielaniem się wścieklizny tylko przez ukąszenie (1); tegoż samego zdania jest *Youatt* (2) i *Ribbe* w Niemczech. Przeciwnicy kontagionistów nie opierają swoich rozumowań na żadnych faktycznych świadectwach. Któż bowiem zaręczy, czy pies, który się wściekł, nie był ukąszony? Widziemy, jak wielką częstokroć przestrzeń drogi przebiega taki pies w przystępie wścieklizny, lub jak nagle może ukąsić i uciec bezpowrotnie. Zdaniem *Blaine'a*, zbierane starannie szczegóły co do powstania choroby czynią zwykle więcej niż wątpliwém tak zwane samorodne rozwijanie się wścieklizny (*epigenesis*). I tak, wbrew ogólnie przyjętemu zdaniu, jakoby nadzwyczajne zimno lub gorąco

(1) *Blaine*: Canine pathology, fifth edition, rev. and corr. by Th. Walton Mayer. London 1851.

(2) *Youatt*: Der Hund. Aus d. Engl. v. Weiss. Stuttgart 1852.

usposabiały psów do wścieklizny, widzimy przeciwnie, że w podobnie zimnych lub gorących krajach choroba ta okazuje się najrzadziej, jakoto z jednej strony w Kamczatce, Grenlandyi, częścią w Szwecyi, Danii i na północy Europy; z drugiej znów na południowych brzegach morza Śródziemnego, w Afryce, południowej Azji i Ameryce. Fakta te zdają się przemawiać za tém, jakoby umiarkowana strefa Europy była ojczyzną wścieklizny. Z resztą nie podobna jest ściśle rozgraniczyć téj choroby co do jój rozszerzenia z powodu braku dokładnych badań w tym przedmiocie. Niektórzy autorowie poczytują południowe wyspy i brzegi morza Śródziemnego, jako zupełnie uwolnione od téj niemocy, gdy tymczasem już Caelius Aurelianus mówi (1), że takowa często się zdarzała w Azji mniejszej i na wyspie Creta. Prosper Alpinus, Larrey uważają znów Egipt jako miejscowość, gdzie wścieklizna nie pojawia się; przeciwnie zaś Pruner (*Die Krankheiten des Orientes*. Erlang. 1847.) mówi, że choroba ta doskonale znana jest Koptom. Guyon widział ją w Algierze, a Johnson w zachodnich Indyach, dalej Rush w Ameryce, a wielu innych badaczy w Indyach wschodnich, Ameryce południowej i Meksyku. Jednakowoż choroba ta w niektórych okolicach i krajach wydarza się częściej i na daleko większej przestrzeni, w innych znów rzadziej i pojedynczo (sporadycznie), i ta ostatnia okoliczność przemawia więcej za przyczyną urazową (traumatyczną). Rzeczywiście badania świadczą, że niektóre kraje, ochraniane przez naturę lub sztukę, wolne bywają od wścieklizny, jak naprzykład wyspy. Hunter powiada, że na wyspie Jamajce w przeciągu 40 lat nie zdarzył się ani jeden przypadek wścieklizny, pomimo, że mnóstwo psów tam utrzymują. Podobnież Mosely, wbrew zdaniu Hillary, świadczy, że choroba ta przed 1783. rokiem nie była widziana prawie na żadnej z wysp wschodnio-indyjskich w przeciągu 59 lat. Desportes, zajmujący się praktyką lekarską na wyspie Hispanioli (S. Domingo) od r. 1732. do 1748., ani jedne-

(1) Caelius Aurelianus: De morbis acutis et chronicis. Lib. VIII.

go przypadku wścieklizny nie spostrzegał, nawet w miesiącach, w których upał do najwyższego stopnia dochodził. Zdanie *M e a s e'a*, jakoby przypadki takowe wydarzały się samorośnie (*spont. modo*) w Marylandzie i Filadelfii, jest wątpliwe (*R o u g e m o n t*). Na wyspie Isle de France do 1821. roku wścieklizna nie była znana: przyniósł ją tam okręt, który z Bengalu zawinął do portu, w skutek czego bezzwłocznie objawiła się na całej wyspie (1). W czasie gwałtownej epizoocy wścieklizny, jaka w 1852. roku panowała w Hamburgu, gdzie wściekło się 267 psów, ani jednego przypadku jednocześnie nie zauważano na wyspach leżących na Elbie (*S c h r a d e r*) (2).

Co do czasu, w jakim pojawia się wścieklizna, przytoczymy zdanie *Pliniusza*, jakoby ta w starożytności przypadała jednocześnie z tak zwaną kanikulą (od 11. czerwca do 11. sierpnia), w czasie owych strasznych upałów, kiedy nad horyzontem ukazuje się Syriusz, albo inaczéj gwiazda zwana *Psem* (z konstelacyi Wielkiego *Psa*). Utrzymywano, że starożytni Egipcyanie oddawali cześć téj gwiazdzie, jako obrońcy od wścieklizny. Zdanie to jednak nie ma naukowej doniosłości; *Y o u a t t* bowiem dowiódł, i słusznie, że Syriusz był symbolem pieczołowitości i pierwiastkiem wylewów Nilu dla Egipcyan. *T r o l l i e t* utrzymuje znów przeciwnie, mianowicie, że największa ilość przypadków wścieklizny ma miejsce w lutym, maju, czerwcu i październiku, a dane swoje wykazami statystycznymi popiera. Z 779 przypadków wścieklizny u psów, spostrzeganych od 1811. do 1842. roku w szkole weterynaryi w Lyonie, największa ilość przypadała w czerwcu (87), potém w kwietniu (79), w sierpniu (71) i maju (67); najmniej zaś w styczniu, październiku i grudniu.

Z wszystkich tutaj przytoczonych faktów, wnioskujemy, że wścieklizna może się wydarzać w każdéj porze roku, chociaż bezwątpienia częściej bywa na wiosnę i w lecie.

(1) *F r o r i e p s* Notizen 1822. Aug. Nr. 48.

(2) *H e r i n g s*: Jahresbericht. f. 1855. S. 50.

W najstarszych kronikach historycznych, jak w Biblii, nie znajdujemy wzmianki o wścieklicznie; w Iliadzie Homera (*Ilias* VIII. 299; IX. 237 — 39 etc.) wyraźnej wiadomości o patologicznej stronie choroby również nie napotykaemy; dopiero za czasów Arystotelesa i Dioskoridesa u Greków i Rzymian czytamy o niej, chociaż dokładniejsze wiadomości dopiero mamy w średniowiecznej epoce. W naszym wieku godną jest uwagi epizooocya roku 1815. i 1852. — 53. w północnych Niemczech; szczególny jakiś charakter meteorologiczny lat tych nie jest nam znany (1).

Widziemy więc, że wściekliczna nie wychodzi z ściśle ograniczonego miejsca, że nie ma pewnego i stale ograniczonego kierunku w rozprzestrzenianiu się swojém, według którychto warunków mogłaby być poczytaną za chorobę powstałą czyto w skutek zarazy, czy téż samorodnie. Jeśli zwierzę ukąszone nie może zachorować, nie mając w sobie zdolności nabytej do zarażenia się, to i choroba nie może powstać samorodnie, bez udziału zewnętrznych lub wewnętrznych warunków; a ponieważ takowe nie mają w sobie żadnej wyłącznej swoistości, przeto nie mamy powodów do zaprzeczenia, dla czegożby choroba nie mogła powstać na drodze czysto urazowej. Z tąd Virchow w następujący wyprowadza ogólny wniosek *quoad genesim lyssae*. „Powstawanie wściekliczny u psów widocznie w najściślej znajduje się związku z sposobem wychodowania zwierzęcia (z sztucznym chowem, wypieszczeniem, pokarmem i t. d.). Dowodem tego jest powszechnie znany fakt, że psy, żyjące na Wschodzie pod otwartém niebem, swobodnie, daleko rzadziej ulegają wścieczeniu się (2), aniżeli w Europie, gdzie takowe chowane są w pokojach; a chociaż psy pokojowe nie są narażone na tak częste pokąsanie przez wściekłe psy, to jednak z drugiej strony więcéj mają zdolności do przyjęcia zarazy, ani-

(1) Weis: Notizen zu der Wuthkrankheit unter den Hunden von 1852 — 53. Porówn. Herings Repertorium der Thierheilkunde, 1854. Jahrg. XV. S. 18. Herings. Jahresbericht f. 1852.

(2) Starzy Żydzi i Muzułmanie uważają psów, jako zwierzęta nieczyste.

żeli psy zahartowane, polowe, żyjące na wolności.“ Według zdania niektórych dzisiejszych autorów, brak pokarmu i wody nie jest sam przez się w stanie spowodować rozwinięcie się wściekliczny; prędkiej można przypuszczać, że takowe raczej przyspiesza się w skutek poprzednio wymienionych przyczyn (niektórych chorób lub wzruszeń czuciowych). Z resztą i w tym razie nie można przytoczyć ani jednego przypadku, w którymby wściekliczna bezpośrednio rozwinęła się w skutek tych tylko warunków.

Zdania antykontagionistów podzielić można na pięć działów, i tak: 1) Według jednych wściekliczna jest zjawiskiem czysto symptomatycznym. R y c h n e r poczytuje cichą wściekliczną za cechę cierpienia kiszek, wydarzającego się często w tej postaci. P r i n z, jakeśmy już wspominali, widzi w niej postać wąglika, a H e u s i n g e r opisał nawet jedną z postaci karbunkułu, dając jej nazwę wściekliczny karbunkułowój; szczepienie jednak wściekliczny nie wywołało zjawisk cechujących karbunkuł. Nareszcie są autorowie, którzy, odejmując wścieklicznie wszelką cechę swoistości, porównywiają ją z tyfusem (H e r t w i g). 2) Inni autorzy, odrzucając zaraźliwość wściekliczny, poczytują ją za oddzielną postać tężca (*tetanus*), o czym wspominaliśmy wyżej, (mówiąc o rozmaitych postaciach wodowstrętu); dodamy tylko, że tężec u psów jest chorobą nadzwyczaj rzadką. B l a i n e w przeciągu wieloletniej swojej praktyki spostrzegał tylko trzy takowego przypadki, które najmniejszego nie miały podobieństwa do wściekliczny (H e r t w i g). 3) Następnie, przypisywano w ogóle ślinie zdolność rodzenia wściekliczny. Już starożytni wiele rozprawiali o jadowitej naturze śliny. C e l s u s powiada: „*omnis fere morsus habet quoddam virus.*“ Przytaczano również przykłady wścieczenia się zwierząt i człowieka w skutek ukąszenia nawet przez zwierzę nie wściekłe, ale tylko rozjuszone. Opowiadania te po większej części należą do dziedziny fantazyi. Doświadczenia jednak W r i g h t a mają przemawiać na korzyść przytaczanych tutaj faktów. Badacz ten wstrzykiwał znaczną ilość śliny ludzkiej (do 9 drachm, a naraz po 2 — 3 drachm) w pewnych odstępach czasu w naczynia krwionośne psów,

a mianowicie do tętnicy szyjowej (*carotis*), poczem spostrzegaliśmy najpierw zjawiska podrażnienia, następnie przytępienia (*depressio*) i bezwładu (*paralysis*). W jednym z podobnych doświadczeń, które wykonał dr. J a k u b o w i c z, obecnie prof. fizyologii w Akad. lek. Petersb. (1), po 8 — 15 dniach wystąpiły zjawiska mające wielkie podobieństwo do wścieklizny. Na niekorzyść tych doświadczeń powiemy, że zawsze używaną była do nich znaczna ilość śliny, daleko większa od téj, która się dostaje do rany w czasie ukąszenia przez zwierzę; pomimo to doświadczenia te są wielkiej wagi i życzyłoby należało, aby zostały powtórzone. Według zdania W r i g h t a, ślina zwierząt wściekłych chemicznie w niczem nie różni się od zwyczajnej prawidłowej, wyjąwszy tylko, że pierwsza zawiera w sobie w większej ilości pierwiastki działające (*wirksame Stoffe*), zupełnie tak samo, jak ślina głodnego człowieka w większej ilości pierwiastki te w sobie zawiera, aniżeli ślina, wydzielająca się po obiedzie lub przy niestrawności (*dyspepsia*); a jakkolwiek zdaje się być rzeczą pewną, że właściwa ślina, z gruczołów pochodząca, nie posiada wyłącznie fermentacyjnego działania na ciała krochmalowe (*amylacea*) (2), jest jednak możebnym, jak powiada V i r c h o w, że pewnego rodzaju ferment (dawniej uważany jako konieczny dla rozwinięcia się wścieklizny) tworzy się w ślinie w nadzwyczajnej ilości i że wtedy mała nawet ilość takowej może wywierać na organizm podobne działanie, jak i znaczna.

Jeżeli przypuszczenie to kiedyś się stwierdzi, wtedy pytanie co do urazowego pochodzenia wścieklizny wyświetli się samo przez się; inaczej mówiąc, dowiedzionem zostanie, że wścieklizna zawsze powstaje w skutek ukąszenia, a wtedy jej swoistość (specyficzność) nie podlegnie najmniejszej wątpliwości.

Wścieklizna właściwą jest wszystkim zwierzętom z krwią

(1) De Saliva. Dissert. inauguralis. Dorpati 1848.

(2) Bernard, Bidder und Schmidt (in Virchow's Path. und Ther. Art. Wuthkrankheit der Thiere).

ciepłą bez wyjątku; pierwiastkowo rozwija się wyłącznie tylko u drapieżnych, jakoto u kretów, wilków, lisów. U kretów najczęściej choroba udziela się przez ukąszenie (Fro riep). Virchow jest tego zdania, że wścieklizna pierwiastkowo musiała się rozwinąć w zwierzętach dzikich, na wolności żyjących, a następnie dopiero od takowych udzieliła się psom.

Jad wściekłych zwierząt udziela się człowiekowi przez ukąszenie lub przeniesienie na miejsce pozbawione naskórka. Chociaż jad z człowieka szczepiono wielokrotnie skutecznie psu, (jak to uczynili Magendie i Breschet), a również królikom (Earle); jednak nie ma ani jednego wiarogodnego zdarzenia co do przeniesienia wścieklizny z człowieka na człowieka.

Okoliczność, że choroba ta jest rzadkością pomiędzy dziećmi zwierzętami, na wolności żyjącymi, nasuwa nam na początku wypowiedzianą myśl, że sztuczne wychowanie, rozpieszczanie niejako natury zwierzęcia, jest główną przyczyną tak częstego pojawiania się tej choroby między domowymi zwierzętami. Do dzisiejszej chwili środków zapobiegających pewnych nie posiadamy; z tém wszystkiém zadawalniający skutek osiągnąć można pod względem policyjno-lekarskim przez rozprzestrzenianie między publicznością dokładnych wiadomości i zdrowych pojęć o cechach choroby, szczególnież początkowych, o konieczności nakładania psom kagańców (Bouley), wreszcie przez wpajania w nią przekonania, że tylko tą drogą liczba nieszczęśliwych przypadków zmniejszyć się może.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

K R Y T Y K A.

Choroby umysłowe.

Notatki z podróży odbytej w 1858.r. przez Józefa **HOLLE** (w Kamieńcu).

Część I. Petersburg 1863. (str. 83). Część II. Petersburg 1864.
(str. 254). w 8-ce. Drukiem Jozafata Ohryzki.

SPRAWOZDANIE

Dra R. PŁASKOWSKIEGO.

(Czytane na posiedzeniu Tow. lek. Warsz).

Praca ta na polu psychiatrii zebrana, którą autor nadesłał Towarzystwu lekarskiemu Warszawskiemu, oddaną mi została do ocenienia pod względem jój wartości naukowej. Obowiązkiem jest przeto zgłębić sumiennie i uważnie całą treść tego dzieła, ocenić wszelkie jego zalety i błędy, a nadewszystko porównać jego zawartość w odniesieniu do stanowiska, na jakim się obecnie znajduje sama nauka psychiatrii.

O ile trudne jest to zadanie, każdy pojmie z łatwością, zwłaszcza gdy się zastanowi, że dwa te posyty nie stanowią jeszcze zupełnej całości, ale tylko są przedwstępem do części trzeciej, która, jak mi to prywatnie jest wiadomo, ma się ukazać w przyszłym autora wydawnictwie, pod nazwą Patologii i terapii szczególnej chorób umysłowych. Dla tego też i krytyka tych dwóch części nie może być całkowita, ale ograniczona i względna, stosownie do celu, jaki sobie autor zakreślił w obecnej publikacji. Sam nawet tytuł obydwóch tych części pokazuje widocznie, że one nie stanowią zupełnej całości, ale tylko są zbiorem notat zebranych w podróży dla wiadomości

ogółu. Jednakże ze względu, że literatura psychiatryczna ostatnich lat kilku pomnożyła się wielą znakomitemi dziełami, a szczególnie też, że cała dążność lekarskiego ukształcenia polega na wcieleniu nauki o chorobach umysłowych do ogólnego zbioru wiadomości lekarskich ściśle obowiązujących, przeto i pogląd nasz na ten przyczynek do patologii i terapii psychiatrycznej, zawarty w dwóch poszytach przez dra R. nadesłanych, uzupełnić powinniśmy wykazaniem nie tylko różnic szczegółowych w układzie pracy tej specjalnej, ale nadto i treści, którą nam autor przedstawia.

Ogólnie tu najprzód powiedzieć można, że piśmiennictwo polskie, a szczególnie też część jego lekarska, jakkolwiek od pewnego czasu stopniowo wzbogaca się utworami ściśle naukowymi, przecież na polu badań zespolonej psychologii i sztuki lekarskiej nie może się jeszcze poszczycić żadnym treściwem dziełem, któreby stanowiło punkt stałego oparcia w nauce psychiatrii. Czują to aż nadto wszyscy przyjaciele prawdziwej oświaty, a tém więcej lekarze, których wiadomości ograniczają się pod tym względem nie na własnem spostrzeganiu, ale na przyswojonych z obcej literatury wiadomościach. Pragnąc zaradzić temu niedostatkowi, należałoby koniecznie zgłębić i opracować ten przedmiot należycie, aby raz już przecie postawić stałe, przynajmniej do obecnego stanu pojęcia nauki zastosowane zasady i ułatwić tym sposobem zrozumienie naturalnych objawów chorobliwych, tak często się ponawiających, a pomimo to pokrytych dotychczas grubą zasłoną nieświadomości. Wszędzie po za granicami kraju naszego pracują uczeni lekarze samodzielnie nad rozjaśnieniem kwestyj psychiatrycznych, gdy tymczasem u nas, niestety! w miejsce pożądanych utworów, zamiast systematycznej całości, ogarniającej ten nowy przedmiot wiedzy ludzkiej, zjawiają się niekiedy tylko i to dorywczo w tym przedmiocie skompilowane podręczniki, sprawozdania, lub też wreszcie podrzędnej tylko wartości artykuły, do pism czasowych lekarskich podawane. Gdzież więc szukaćby należało przyczyny tego niedostatku, jeśli nie w tém powszechném u nas ubóstwie materiału, jaki tylko w zakładach wyłącznych (specjalnych) dobrze urządzonych

znaleźćby można było. Wszystkie zaś pojedyncze starania i usiłowania, jakkolwiek najszlachetniejszym popędem kierowane, nie wystarczą dla dopięcia celu i dziwić się nie można, że nauka psychiatrii, dotychczas odłogiem leżąca, nie może się tak prędko podźwignąć i dorównać w swym wzroście innym gałęziom nauki i sztuki lekarskiej. Dla tego też z największą radością powitać powinniśmy ten świeży utwór psychiatryczny dra R., gdyż autor pojął i przeczuł potrzebę społeczną, a pragnąc postępu nauki, po raz pierwszy występuje na widownię w tym jedynie celu, aby zachęcić kolegów do wspólnej pracy. Uczuwał zapewne i sam autor tę trudność, jaka go w tak mozolnym przedsięwzięciu spotkać może, gdyż na pierwszym swym planie, w artykule niejako wstępnym, obznajmia nas już w części z przeciwnościami, które sam przewyciężyć usiłował, kierując się na tej drodze samodzielnie, wśród wątpliwości różnorodnych i zdań rozlicznych co do rzeczywistych odkryć naukowych. Pełen skromności w rozwijaniu pojęć nabytych, skreśla oględnie swój program, mający się ograniczyć na niektórych tylko przedwstępnych wiadomościach, odnoszących się do ogólnego poznania stanowiska, na jakim stoi wyzwalająca się z tajemniczości nauka psychiatrii. Tém więcęć przeto jeszcze praca autora zasługuje na naszą uwagę, że on sam, nie będąc z powołania lekarzem specjalnym, poświęcił się jednakże zebraniu w jedną całość wielu szczegółów, zaczerpanych w swęj wycieczce naukowej po za granicami kraju naszego, aby tym sposobem, porównywając obecny stan frenopatyi w krajach ościennych i oceniając jęj rozwój teoretyczno-praktyczny w stosunku do oświaty ziemi rodzinnej, przyłożyć choć jedną więcęć cegiełkę do budowy mającej u nas powstać w przyszłości nauki i wiedzy psychiatrycznej. A jakkolwiek pióro dra R. zdradza wielką jego łatwość w pisaniu, to jednakże skrętnie zebranie tylu szczegółów statystycznych, już z archiwów miejscowych, już z dzieł naukowych, albo też pism peryodycznych, i następne zestawienie ich w jeden wielki obraz, jak niemniej gorliwa praca i poświęcenie się w wydawnictwie onychże, stanowią tak wyraźne cechy zamiłowania do nauki i podniesienia oświaty krajowej,

iż śmiało rzec można, że zasługa autora podejmującego trudy dobrowolnie dla korzyści ogółu przemawia do przekonania wszystkich i jako taka powinna być zawdzięczoną i godnie ocenioną.

Biorąc zaś pod rozbiór krytyczny cały ogół téj pracy naukowej, przyznać należy, że jój forma i układ treści, a w szczególności część statystyczna, nie odpowiadają jeszcze zupełnie zamierzonemu celowi i nie mogą wydać tych korzyści, jakie sobie autor zakreślił.

Wprawdzie już sam autor w przedstępnyém przemówieniu w części pierwszój wspomina na stron. 1éj, że to, co się w dziełku tém mieści, jest tylko kompilacją; jednakże to go zupełnie nie usprawiedliwia, gdyż często widzimy, że prace, w podobnym rodzaju z talentem dokonane i z wielu względów pożądane, odznaczają się przecież pewnym stałym porządkiem i harmonią części pojedynczych, zgodnie z celem wytkniętym, do którego zdąża myśl autora. Należałoby więc również i drowi Rolle w ułożeniu całej téj pracy psychiatrycznej przyjąć jakikolwiek system stanowczy, utworzyć podział rzeczy odpowiedni, dać dokładne pojęcia o każdój postaci chorobliwój, a wprowadzając nowe wyrazownictwo czyli terminologią polską, która nie jest ustalona, porównać ją z odpowiednią synonimiką tak łacińską, jako téż francuzką i niemiecką. Tym sposobem uniknęlibyśmy wielu wątpliwości, do których prowadzi brak jasnego pojęcia o każdój szczegółowo chorobie umysłowój, a zwłaszcza jeszcze porównywając tablice i obrachowania statystyczne z rozlicznych źródeł czerpane i na sprzecznych często zasadach oparte.

Przedmiot ten należytego opracowania w swych szczegółach tak słownictwa, jako i statystyki psychiatrycznej ze względu swój wartości naukowej jest obecnie zadaniem najwięcej zajmującym umysły uczonych; przeto i my jeszcze, rozbieając krytycznie w dalszym ciągu treść téj pracy dra R., starać się będziemy wyjaśnić wszelkie pod tym względem wątpliwości; a teraz wróćmy do układu samego dzieła.

Część I, obejmująca 83 stron druku, poświęcona jest historii psychiatry i jój statystyce. Tu autor, przedstawiając

kolejno dzieje przeszłości i stopniowy rozwój nauki o chorobach umysłowych, za nadto ujemnie skreślił wieki starożytne, mówiąc np. „Przeszłość psychiatrii da się zamknąć w jeden okres; począwszy od uorganizowania się społeczeństwa ludzkiego do rewolucyi francuzkiéj, nigdzie o niéj prawie wzmianki nie spotykamy.“ Dla czegoż nie mamy oddać sprawiedliwości, że i w oddalónéj bardzo epoce, a mianowicie w czasach rozwijania się szkoły greckiej, począwszy od Hippokratesa, zajmowano się już dosyć racjonalném leczeniem obłąkanych. Wszakże już same nazwy: *melancholia*, *mania* lub *phrenitis*, albo téż późniejsze łacińskie, jak *insania*, *vesania*, *vecordia*, *moria*, *dementia*, spotykamy w dziełach częścią Hippokratesa, częścią jego następców jak Celsa, Areteusza z Kapadocyi, Celiusza Aureliana i Galena. A nadto jeszcze przyznać musimy, że, rozpatrując się w literaturze starożytnej, w wiekach pogaństwa i ciemnoty (?) naukowej, znajdujemy daleko rzeczywistsze pojęcie o chorobach umysłowych, niż w wiekach średnich, odznaczających się chrześcijańską oświatą i ogładą cywilizacyi. Hippokrates np. i Areteusz, równie jak Celiusz Aurelianus, wykazywali dostatecznie źródła i przyczyny chorób umysłowych, naznaczając ich siedlisko w mózgu, w wyrobie żółciowym wątroby, a nawet w kiszkiach i innych trzewach ludzkiego organizmu; gdy tymczasem filozofowie i lekarze średnich wieków wyprowadzali najczęściej obłąkanie z przyczyn nadprzyrodzonych i budowali swe teorie mistyczne w przypuszczeniu działania duchów na istotę człowieka. Dlatego téż i wskazania do leczenia szkoły hippokratycznej daleko są praktyczniejsze od wynalezionych później przez teologów i doktrynerów exorcyzmów i srogiego obchodzenia się z choremi przez ich więzienie, chłostanie, pławienie, albo téż palenie na stosie, lub zatapiańie. Na dowód również, że w średnich wiekach zajmowano się podniesieniem nauki psychiatrii na wyższe stanowisko, posłużyć mogą owe liczne pouczające przykłady, w wielu dziełach uczonych zamieszczone, które przekonywają, jak bolesną wówczas cywilizacya ponosiła stratę przez zaniedbanie tych przestróg moralnych i należycie uzasadnionych. Uczeni ci wspominają, że

w XV. i XVI. wieku podnosiły się liczne głosy, tak lekarzy jak i prawników, że należy zmienić system postępowania z obłąkanymi i zwrócić się na drogę pobłażania, a nawet skutecznego leczenia. Dr. Calmeil w swém dziele „*De la folie*“ (I. 191), w rozbiorze tego pytania przytacza, że żyjący w XV. wieku N i d e r pierwszy wystąpił publicznie w obronie obłąkanych, lecz, jak się pokazuje, bez skutku; gdyż przeważający wpływ wielu współczesnych koryfeuszów nauki, a szczególnież téż F e r n e l 'a (1497 — 1558) i Ambrożego P a r é, którzy, jak wspomina M a l g a i g n e, hołdowali zasadom duchowej potęgi, przyczynił się do stagnacyi ówczesnych pojęć, nie rozświecając bynajmniej zadań psychiatrycznych. Przeglądając dzieła pp. Archambault, Brachet, Moreau de Sarthes, Trélat i innych, dowiadujemy się również, że znakomici filozofowie, jak B a k o n, K a r t e z y u s z, P a s k a l, L e i b n i t z i N e w t o n, posuwając umysł ludzki w nowym zupełnie kierunku, przyczynili się wielce do usunięcia przesądów sprzeciwiających się rozwojowi psychiatryi, w skutku czego sławni lekarze XVIgo i XVIIgo wieku, jak B a i l l o u, F e l i x P l a t e r, M i k o ł a j L e p o i s, F r a n c i s z e k S y l v i u s, S e n n e r t, S y d e n h a m, a w końcu téż T e o f i l B o n n e t, V i e u s s e n s i B o e r h a a v e, podali nam wiele światłych spostrzeżeń pod względem poznawania i rozdziału chorób umysłowych. Z pomiędzy zaś prawników i innych uczonych największą przysługę wyświadczyli opinii publicznej A l c i a t, L e l o y e r, M o n t a i g n e, W i e r, co spowodowało ostatecznie i samego P i n e l 'a do stanowczego wystąpienia w kwestyi psychiatrycznej.

Łatwo więc z tego krótkiego poglądu przekonać się możemy, że nauka chorób umysłowych, jakkolwiek nie miała wyraźnie sformułowanej postaci, przecież zawsze stanowiła punkt sporu pomiędzy uczonemi; dla tego téż i dr. R., dając nam krótki obraz rozwoju psychiatryi, nie powinien był zaniedbać wspomnienia, wśród jakichto okoliczności i pod jakim szczególnież wpływem przez tak długi czas pozostawała ta nauka w kolebce swego istnienia aż do nowoczesnego wskrzeszenia jój przez P i n e l 'a. A nadto jeszcze i to ważne zachodzi pytanie, że, gdyby P i n e l, ów twórca nowych pojęć i systema-

tów, nie znajdował w wiekach średnich tyle już pod tym względem nagromadzonych materiałów, zapewniemy sam nawet, pomimo swój genialnej twórczości, nie był w stanie postawić psychiatrii na tej stopie rozwinięcia, na jakiej społeczeństwa ją dziś znajdują.

Sprostowawszy tym sposobem poniekąd wyobrażenie o dążnościach i usiłowaniach przedwstępnej epoki rozwoju psychiatrii, przejdźmy do opisu podanego przez dra R. teraźniejszego stulecia.

Historią postępu XIXgo wieku skreślił autor w całej pełni, rozdzielając zupełnie charakterystycznie szkoły nowożytne: na materjalną, czyli somatyczną, i duchową, tak zwaną moralną, albo też spirytualną, czyli wreszcie ideologiczną. Znajdujemy tu tylko, w opisie tak szczegółowym, brak jeszcze owego odcienia pośredniego, czyli szkoły wzajemnego połączenia poprzednio wzmiankowanych systematów, która obecnie istnieje tak w szkole francuskiej, jak i niemieckiej, a której głównym przedstawicielem jest Falret i wielu jego zwolenników. Oprócz tego należało także wspomnieć i o dążności eklektycznej, która w ostatnich czasach najwięcej się upowszechniła, a przy niedostatku wielu jeszcze danych pewników stanowi w wielu razach punkt dowolny oparcia nauki psychiatrii. Wychodząc bowiem ze stanowiska ścisłego spostrzegania, przyznać wypada, że takie pojęcie wartości eklektyzmu, czyli wzajemnego połączeniu teorii i spostrzeżeń, jest najwłaściwsze i najpraktyczniejsze. Nie ma w naturze zбочeń umysłu, któreby się nie objawiały albo pierwotnie, albo następnie w zmianie czynności organicznych, czysto materjalnych. Gdyż, jakkolwiek często się zdarza widzieć nagłą przemianę w ruchu myśli spowodowaną wypadkami czysto duchowego pochodzenia: to jednakże, odnosząc się do źródła pierwotnego, czyli usposobienia osobistego, znajdujemy prawie zawsze pewną, a często-kroć nawet widoczną różnicę w organizacyi indywidualnej tych osób, które pod wpływem silnych wrażeń moralnych ulegają bardzo łatwo chorobom umysłowym. Wreszcie do tej też kategorii usposobień czysto organicznych policzyć będziemy mogli owe zбочenia w sferze umysłowej, czyli rodzaje obłą-

kania, które pospolicie nazywamy sympatycznymi, a które zależą po największej części od przyczyn materialnych oddalonych, jak np. przemiany czynności umysłowych w skutku długotrwałych zastoin w układzie krwionośnym, lub w przyrządach trawienia, które spostrzegamy w hypochondryi i spleinie, albo też maciennictwie i wyniszczeniu płciowém. Wszelkie więc wywody jednostronne powstawania chorób umysłowych jedynie ze źródeł czysto materialnych, albo też i moralnych, odznaczają się zawsze niedokładnością; gdyż w naturze zespolenie tylko obydwóch tych wpływów i następnych czynności do stanu chorobliwego w postaci obłądu stałego doprowadzić może; inaczéj zaś, rzecz tę uważając w odosobnieniu, będziemy mieli niedostateczne tylko i wątpliwe o chorobach umysłowych wyobrażenie. Za nadto może w tym względzie odstąpiłem od zwykłych granic sprawozdania, przedstawiając na punkcie rozwoju historycznego i wytwarzania się szkół rozmaitych odrębne od autora pojęcie, jednakże na moje usprawiedliwienie przytoczyć powinienem, że tym sposobem dopełniam tylko to, co autor mimowolnie zapewne w przelotnym swym poglądzie i opisie pominął zupełnie, pragnąc w jak najkrótszym obrazie przedstawić całość panujących obecnie pojęć o psychiatrii. A teraz powrócmy do dalszego rozpatrywania dzieła dra R, idąc w ślad za jego układem.

Tu autor, chcąc dać poznać czytelnikom źródła literatury psychiatrycznej, wylicza głównejsze pisma zagraniczne, poświęcone nauce chorób umysłowych, a dzieląc je według narodowości, pominął niektóre ważniejsze. I tak we Francyi istnieje od lat kilku pismo peryodyczne, wydawane przez redakcją roczników psychiatrycznych, pod napisem: *Archives cliniques des maladies mentales*, które, jako będące zbiorem monografij chorób umysłowych, jest bardzo użytecznym i pouczającym w praktyce lekarskiej. Następnie wspomnieć też należało o wydawnictwie pisma miesięcznego, pod główną redakcją dra D e l a s i a u v e, pod napisem: *Journal de médecine mentale*.

W dalszym zaś ciągu części pierwszej autor, chcąc zapoznać czytelnika ze stanem obecnym statystyki psychiatrycznej

w całej rozciągłości, przechodzi kolejno wszystkie państwa Europy i innych części świata, poczynając od Francji, jako ogniska oświaty. Dalej zastanawia się nad zakładami obłąkanych w Anglii, Holandji i Belgii. Więcej szczegółową jeszcze statystykę psychiatryczną znajdujemy w opisie Włoch i Związku niemieckiego, w którym Austria i Prusy stoją na czele, a za nimi Bawaria, Wirtemberg, Saksonia, W. Ks. Badeńskie, Meklemburg-Szweryn i Ks. Nassau. Pokróćce wspomina autor zakłady Szwajcaryi, Szwecyi, Danii, Hiszpanii, Portugalii i Turcyi. W końcu opisuje stan obłąkanych w Egipcie i ostatecznie, przeszedłszy do zakładów Ameryki, wylicza główne w Stanach zjednoczonych i w Brazylii. W następnym ustępie, czyli końcowym części pierwszej, znajdujemy krótki, lecz rzetelny opis położenia chorych obłąkanych w kraju naszym, a zarazem wzmiankę o potrzebie powiększenia liczby zakładów poświęconych leczeniu chorób umysłowych i uwagi o najdogodniejszym pomieszczeniu osób dotkniętych obłąkaniem.

Część 2a dzieła dra Rolle poświęcona jest patologii ogólnej chorób umysłowych, a treść rzeczy objęta jest w 7 paragrafach. Żałujemy tylko bardzo, że praca autora, z tak wielkiem poświęceniem czasu podjęta, w której tyle jest nagromadzonych pożytecznych materyałów, nie została dosyć starannie wydana i w pewien systematyczny spis rozdziałów opatrzoną. Powszechnie bowiem przyjętym jest zwyczajem w wydawnictwie naukowym albo na początku, albo przy końcu dzieła umieszczać przegląd rzeczy w książce zawartych, aby jednym rzutem oka poznać treść pracy, a w razach szczególnych poszukiwań można było tylko częściowo zastanawiać się nad pojedynczemi przedmiotami. Tu jednakże, pomimo wielkiej staranności w opracowaniu pojedynczych rozdziałów, nie znajduje czytelnik tej dogodności, aby wiedział, gdzie się co znajduje, i za każdą razą, gdy mu wypadnie rzecz jaką odczytać, lub z inną porównać, szukać jej musi po całej książce i błąkać się wśród nazw, tytułów, podziałów, a nawet i liter i liczb je oznaczających, nie odszukawszy w końcu tego, co mu było potrzebnem. Wreszcie nawet i znalazłszy już ustęp od-

powiedni do rzeczy, która go zajmuje, nie jest wcale pewny, czy na tej wiadomości ostatecznie poprzestać ma należy; czy też jeszcze, gdyby dalsze robił poszukiwania, nie znalazłby potrzebnych mu materyałów. Strata więc czasu i niepewność wpływają zawsze z tego źródła nieporządku lub zaniedbania w wydawnictwie i na tym też punkcie grzeszy nieco wydawnictwo dzieła dra Rolle w obu swych częściach, a które jednakże, jako części składowe tego samego przedmiotu, mogłyby wspierać się wzajemnie, przez co też treść jednej części stanowiłaby materyał do rozwinięcia, lub objaśnienia rzeczy w części drugiej zawartych. Z tych przeto powodów, chcąc dać poznać zawartość rzeczy w każdym z pojedynczych rozdziałów, oraz miejsce ich opisu, uznałem za stosowne i konieczne, oznaczyć liczbą stronicę w książce, na której się wspomniony paragraf znajduje.

Układ więc rzeczy w części drugiej jest następujący:

§ 1. obejmuje podział i wyrazownictwo; § 2. przyczyny obłąkania (*aetiologia*) na str. 11. Na str. 62. znajdujemy § 3. czyli symptomatologią. Na str. 119. § 4. bieg, trwanie i rozwiązanie zboczeń umysłowych. Dalej zaś na str. 134. w § 5. rokowanie, a na str. 135. § 6., w którym się mieści anatomia patologiczna. Ostatni § 7. na str. 141. obejmuje leczenie w ogóle i jego podziały, a mianowicie: A) leczenie moralne, które się rozkłada na I. odosobnienie str. 143, II. pracę str. 154, III. rozrywki str. 159. Drugim poddziałem B) na str. 161. jest leczenie w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, gdzie się mieści: I. higiena psychiatryczna, II. dietetyka psychiatryczna na str. 164 i III. leczenie farmaceutyczne na str. 166.

W końcu części drugiej znajdujemy, jakoby dla dopełnienia wyłożonego przedmiotu patologii ogólnej, osobny oddział na str. 188. o omamach, do których autor zalicza omamy zmysłowe (*hallucinationes*). Następnie przechodzi kolejno na str. 202. I. omamy zewnętrzne (*hal. sensorielles*), II. na str. 220. omamy wewnętrzne, albo zwojowe (*hal. ganglionnaires*), III. str. 222. omamy duchowo-we-

wewnętrzne (*hal. intuitives*), IV. str. 223. omamy będące wynikiem podniecenia czuciowości (*hal. sthéniques*). W dalszym ciągu rozbioru tego pytania przechodzi autor do przyczyn omamów, str. 225, które rozdziela na A. przyczyny fizyczne (str. 226), B. przyczyny chemiczne (str. 228), C. przyczyny mechaniczne (str. 230), D. przyczyny fizyologiczne (str. 231), E. przyczyny patologiczne (str. 233). W końcu daje nam autor wyobrażenie podziału przez p. Michéa przyjętego, co do przyczyn psychologicznych, które się dzielą, na *a*) przyczyny umysłowe (str. 233), *b*) przyczyny uczuciowe (str. 235) i *c*) przyczyny socyalne (str. 236). Ostatnich kilka stron poświęca dr. Rolle na skreślenia symptomatologii, którą tylko pokrótce opisuje w ustępie pod tytułem: *rozpoznanie*, dalej następuje *rokowanie*, a *anatomia patologiczna i leczenie*.

Skreśliwszy tak przynajmniej pokrótce zawartość obu części całego dziełka dra R., aby dać poznać czytelnikom jego układ wewnętrzny, przystąpić teraz powinienem do szczegółowego rozbioru jego części pojedynczych. Najprzód jednakże zastanówmy się jeszcze nad częścią statystyczną, zwłaszcza, że sam autor do jój wprowadzenia w naszym kraju wielkie przywiązuje znaczenie. Na jakich zaś zasadach takowa statystyka chorych obłąkanych wspierać się powinna, daje nam za przykład metodę dra Ruer w Westfalii, czyli w prowincyach Prus nadreńskich, która polega na dostarczeniu przez władze administracyjne stosownych odpowiedzi na pytania dane. Wiadomą to jest oddawna rzeczą, że układ takięj statystyki z wielu względów jest niemożliwy, a nawet i do błędnych wniosków prowadzi. Tak samo téż i obecna praca dra Rolle, pomimo, że autor jój z bardzo wielkim mozołem zgromadził mnóstwo materyałów w celu ułożenia statystyki psychiatrycznej, nie może doprowadzić do zamierzonego celu. A najprzód z tego powodu, że nazwy chorób, czyli terminologia polska tak samo, jak i wszelka inna czyto łacińska, czy téż francuzka, albo niemiecka, nie jest jeszcze ustalona. Rozdział chorób wymaga stałych zasad, abyśmy jednych chorób nie brali za drugie; dla tego téż, określając stosunki wyleczenia i śmiertelności, a na-

wet i samych objawów chorobliwych, znajdujemy cyfry nie raz do prawdy niepodobne. Gdyż co jeden z lekarzy nazywa manią, drugi to nazwie melancholią, w miarę, jak np. melancholia, doszedłszy najwyższego punktu rozdrażnienia, okazywać się będzie z gwałtownością, w postaci szaleństwa (*Tobsucht*).—Nadto jeszcze, w wielu razach początek choroby umysłowej, czyto manii, czy melancholii, dawno już przeminął i chory przeszedł w okres zniedołężnienia, a jednakże w rubryce statystycznej choroby tego rodzaju zaliczeni są jeszcze w kategorii uprzedniej. Przerabiając zatem co rok wykazy statystyczne i przenosząc nazwiska chorych na rok następny, zwrócić uwagę należy na to, czy stan chorych w ciągu roku ubiegłego w niczym się nie zmienił. Wiadomo bowiem, że nie tylko w demencyą przechodzi mania i melancholia, ale nawet często bardzo jedna postać chorobowa przechodzi w drugą, a następnie dopiero po pewnym przeciągu czasu kończy się zniedołężnieniem. Co się tyczy wykazów statystycznych, to te właściwiej układaćby należało z protokółów kwalifikacyjnych, należycie zredagowanych przy odsyłaniu chorych do zakładów obłąkanych. Tu także najłatwiej przekonać się można będzie o szkodliwości wpływów rozmaitych na rozwinięcie się choroby; ztąd też i rozdział chorych w mieście i na wsi mieszkających, jako i ich zatrudnienia i inne okoliczności przypadkowe najlepiej ocenić będzie można.—Nadto jeszcze wielka trudność zachodzi w dokładnym obliczeniu i z tego powodu, że chorzy obłąkani, opuszczając zakład po swém wyzdrowieniu, odwożeni bywają do innych w kraju lub za granicą zakładów, skutkiem czego albo ginie ich rachuba, albo też, po kilka razy do jednego i tego samego powracając szpitalu, pokilkakrotnie są zaliczani, przez co suma ogólna chorych obłąkanych fałszywie się oblicza.—Nadto spisy chorych umysłowo cierpiących i z tego względu są niedostateczne, iż wielu z nich doznaje napadów peryodycznych, co kilka lat zaledwie się przytrafiających. Trudno przeto jest ustanowić granice, do jakiej kategorii liczyć tych ludzi, którzy tylko bardzo rzadko w swém życiu ulegają napadom melancholii, manii lub epilepsji. Wszak zresztą i lekkie otępienie umysłu, które się najczęściej

u dzieci już spostrzega, nie stanowi obłąkania, a przecież w następnym rozwoju, przy innych jeszcze okolicznościach przypadkowych, przyjmuje z łatwością wszelkie możliwe postaci chorób umysłowych.— Wreszcie i stopień niedołęztwa jest jeszcze nieokreślony, a skala jego przechodzi od tępego objęcia aż do prawdziwie charakterystycznego zniechęcenia. Należałoby więc i w tym względzie ustanowić pewne granice i podziały statystyczne.—Zgoła powiedzieć można, że wszystkie prawie narody ubolewają szczerze nad tą niepewnością, jaka cechuje ich prace statystyczne. Widziemy w ostatnich nawet czasach owe zabiegi, jakich używają Anglicy, saby dokładnie obliczyć ludność swego kraju w jednym dniu na to przeznaczonym; cóż więc dziwnego, że i prace frenopatów przez długi czas jeszcze bez skutku pozostaną.

W dziełku dra Rolle jeszcze i tę zauważyliśmy niedokładność, że wiadomości statystyczne z rozmaitych dat, często już przedawnionych, są czerpane; gdy inne, o wiele późniejsze, są już w świecie naukowym wiadome. Tak np. co do statystyki Francji posiadamy źródła wiarogodne w pomnikowym dziele ministerstwa rolnictwa, handlu i robot publicznych (1), które zawiera statystykę obłąkanych od r. 1841. do 1853. Zresztą wiele jeszcze innych pod tym względem prac naukowych znajdujemy w czasopiśmie niemieckim: „*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*“ w tomie dodatkowym (*Supplement-Band XIX*) wydanym w r. 1862, p. n. „*Zusammenstellung der Irrenanstalten Deutschlands im Jahre 1861*“; jak również w piśmie peryodycznym „*Archiv der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie von D. Erlenmeyer*“ z r. 1863, gdzie się mieści dokładny opis wszystkich Europy zakładów dla obłąkanych, p. n. „*Die Irrenanstalten Europas*.“ Podobnej treści dzieło ukazało się już poprzednio, wydane przez dra L ä h r.

(1) Czytaj: R. P ł a s k o w s k i e g o: Zdanie sprawy lekarza delegowanego do zwiedzenia znakomitszych zakładów zagranicznych dla leczenia obłąkanych i t. d. Warszawa 1860. w 4-ce, str. 25.

Pomimo to jednakże, kto tylko się zastanowić pragnie, jak mozolny ogrom pracy spotyka każdy badacz w ułożeniu tablic i wykazów statystycznych, ostatecznie przyznać będzie zmuszony, że na tém stanowisku dr. Rolle wielce się przysłużył nauce psychiatrii i postawił ją na wyższym szczeblu dążności socyalnej. A skoro jeszcze ten przykład bezinteresownego działania pobudzi lekarzy specjalnych do dalszego i wytrwałego badania, może być, że z czasem wyrobi się i u nas to przekonanie i uznanie potrzeby gruntowniejszego śledzenia przyczyn i następstw obłąkania, a tém samém zwróci się uwagę publiczności i rządów opiekuńczych na konieczność zakładania odpowiednich instytucyj i udoskonalenia praw obowiązujących, dla zapobiegania groźnym następstwom w skutku zbyt częstego rozwijania się chorób umysłowych.

W rozdziale 2im części pierwszej na str. 73. autor, kreśląc stan frenopatyj w kraju naszym i zastanawiając się nad potrzebą urządzania w nim zakładów, aby jak najdogodniej umieścić chorego, bardzo ogólnie tylko téj kwestyi dotyka. Należało tu koniecznie zwrócić uwagę na owę wielką liczbę chorych niedołączonych i nieuleczonych, którzy ciągłej opieki potrzebują, a przytém i na onych nieszczęśliwych pod sądem zostających, czyli tak zwanych kryminalistów, którzy przez czas bardzo długi pod ścisłym dozorem w zakładach pozostają, a często także i po uzdrowieniu nie mogą być wcale z pod nadzoru wypuszczeni, z powodów jedynie bezpieczeństwa publicznego. W ogóle więc dla takich obłąkanych urządzenie zakładów w taki sposób powinno być dokonane, aby chorzy w nich umieszczeni nie tylko mogli być należycie leczeni, ale nadto usposobić się jeszcze mogli na ludzi użytecznych społeczeństwu. W razie zaś ponawiającego się często obłądzenia, gdy w zakładach na czas dłuższy, albo téż na całe życie pozostać mają, aby w nich dla siebie z przyjemnością, a dla zakładu i kraju z korzyścią czas ten do śmierci przepędzić mogli. W tym więc celu oprócz zwyczajnych zakładów, na leczenie chorych przeznaczonych, należałoby jeszcze udoskonalic systemat kolonij rolniczych, w blizkiem sąsiedztwie głównego szpitalu położonych, aby w razie gwałtowniejszych wybuchów obłą-

kania przewóz chorego do zakładu mógł być ułatwiony. Ze względu zaś, że osoby wyższego ukształcenia, podlegając chwilowym obłędom, potrzebują ściślejszego dozoru i zarazem leczenia, wypadaloby także pomyśleć o zakładaniu prywatnych pensyonatów, pod skromną nazwą: „domów zdrowia“ w rodzaju zagranicznych „*maisons de santé*“, aby pokryć, z całą delikatnością uczucia, wywięzującą się chorobę, i pod osłoną tajemniczości wyleczyć i powrócić następnie chorego do społeczeństwa i do jego zwykłych zatrudnień. Dwa te rodzaje ulepszeń przy reorganizacji zakładów krajowych konieczne uwzględnić należy, gdyż inaczej będziemy zawsze zmuszeni wysyłać chorych zamożniejszych za granicę; a ludzi obłąkanych podsądnych i dla społeczeństwa nibezpiecznych, uwalniając po przebytej kuracyi z zakładu, narażamy na nowe wypadki i przestępstwa, a co więcej jeszcze, przyczyniamy się tym sposobem pomimowolnie do rozkrzewiania się dalszego chorób umysłowych, nerwowych i dziedzicznych, o których wytepienie ze społeczeństwa tak usilnie wszyscy filantropi słusznie się domagają.

Na tém kończymy swe uwagi co do treści w części pierwszej zawartej; dodamy tylko sprostowanie znajdujących się w niej kilku błędnych wiadomości, jak np., że zakład obłąkanych w *Bethleem* jest oddalony o pół godziny drogi od Londynu (str. 28), gdy tymczasem takowy w środku miasta się znajduje. Podobnie błędną jest wiadomość, że szpital *Maria-Hilf* w Akwisgranie dla umysłowo cierpiących jest zbudowany (str. 53), gdy tylko chorzy z wewnętrznymi zwykłymi i chirurgicznymi cierpieniami do niego są przyjmowani, jak to po zwiedzeniu go w r. 1859. opisałem w swém sprawozdaniu (1). Niemniej wątpliwe pojęcie daje autor o zakładzie obłąkanych w Wiedniu, pisząc np. (na str. 50), że w Austrii jednym z najlepszych zakładów jest *Narrenthurm (Tour des fous)*; dla czegoż więc autor nie napisał raczej, że zakład wzorowy, nowo wybudowany, dla odróżnienia go od owego

(1) R. Płaskowskiego: Zdanie sprawy i t. d. (str. 73).

dawniejszego, nosi nazwę *Irren-Heil-Anstalt*, czyli zakład przeznaczony wyłącznie do leczenia, a starożytna wieża służy do pomieszczenia chorych nieuleczonych, pod nowem nazwiskiem *Pflege-Anstalt*. W mojem przynajmniej sprawozdaniu, które autor czytał i kilkakrotnie w swém dziele zacytował, na str. 123. i 128. opis zakładów wiedeńskich zupełnie inaczej jest przedstawiony.

O błędach zaś piśmienniczych, jakoteż we względzie omyłek, tak drukarskich, jak i autorskich, które nie uległy poprawie, lub sprawdzeniu, mówić właściwie nie powinienem, gdyż te powstają najczęściej przez winę niedbałych zecerów; jednakże życzyłoby należało, aby w końcu dzieła sprostowanie tych pomyłek na osobnej karcie zamieszczone było, aby czytający wiedzieć mogli, w jaki sposób fałszywie drukowane wyrazy poprawićby można. Do takich to np. błędów zaliczyć trzeba:

- str. 11. Guislin *zam.* Guislain.
- str. 15. Durand Ferdel *zam.* Durand Fardel.
- str. 19. Selpetrière *zam.* Salpêtrière.
- str. 34. Schraeder *zam.* Schroeder.
- str. 50. Golditz *zam.* Colditz.
- str. 58. d'Arset *zam.* d'Arcet.

Sprostowanie tych i tym podobnych błędów, które się prawie na każdej karcie spotykają, na teraz pomijam, jako rzecz tylko podrzędną i do wydawnictwa należącą, zwłaszcza, że i w sprawozdaniu z części drugiej zwrócimy jeszcze uwagę czytelnika na niektóre z takowych.

Przystępując do rozbioru części II-giej chorób umysłowych, zawierającej *patologią ogólną*, zastanówmy się po szczególe nad treścią pojedynczych paragrafów. I tak: §. 1. obejmuje *podział i wyrazownictwo*. Tu autor skreślił tylko pokrótce niektóre odcienie klasyfikacji pierwotnej Pinela i Esquirola, a następnie oświadcza się za przyjęciem podziału Scypiona Pinela, uznając go za najwłaściwszy. Następnie przytacza zasady terminologii wprowadzonej przez Guislaina i, nie obznajmiając czytelnika z innemi jeszcze nowszemi pojęciami szkoły francuzkiej, a mianowicie podanemi przez pp. Baillarger, Calmeil, Morel, Marcé i

innych, przechodzi systemata klasyfikacji frenopatów niemieckich, a szczególnie Griesingera, nie wspominając najświeższych, jak np. pp. Neumana, Leidesdorfa, Spielmana, Schroedera van der Kolk, Schlagera i Wille, które z powodu wszechstronnego, tak materyalnego, jak i psychologicznego pojęcia o istocie zbroczeń umysłowych i ich rozwoju zasługują w czasie obecnym na wspomnienie. Skoro bowiem przez napisanie *patologii ogólnej* zamiarem autora było wtajemniczenie rodaków w zakres ścisłej i zaniedbanej u nas nauki psychiatrii, należało więc przedmiot ten rozwinąć odpowiednio do stanowiska, na jakim się obecnie ta nauka znajduje.

Podział zaś Scypiona Pinela, jak to już sam autor przytacza, z r. 1844, czyli przed 20 laty utworzony, nie jest w stanie wytrzymać ścisłej krytyki, zwłaszcza, że i w opisie tegoż przez autora podanym nie można znaleźć odpowiedniego miejsca dla świeżo poznanych form złożonych, jak np. *manie à double forme*, lub też *manie circulaire*, dosyć często u chorych obłąkanych spostrzeganej.

Co się zaś dotyczy wyrazownictwa, trudno zaiste cóśkolwiek w tym względzie zarzucać, gdyż autor wprowadza tylko nazwy w języku polskim od dawna już przyjęte i upowszechnione; w niektórych jednakże razach mniej szczęśliwe napotykałyśmy tłumaczenie wyrazów cudzoziemskich, jak np. na str. 10. *stupidité* przepolszczył autor wyrazem *ostupienie*, co mi się zdaje niewłaściwem, i możnaby trafniej stan ten chorobliwy nazwać *otępieniem* lub *głupowatością*, a zaś wyrazy *automatyzm* lub *znieruchomienie*, więcjby się odnieść dały do stanu *zachwytu* lub *katalepsy*, to jest form chorobliwych zbliżonych do *melancholii*. Wreszcie, gdyby autor był każde z tych nazwisk określił według zasad nauki, mogliśmy więcj nabrać przekonania, czy te wyrazy, zastosowane w tłumaczeniu do pojęć cudzoziemskich, malują dobrze i charakterystycznie przymioty chorobliwe form wskazanych.

W §. 2. znajdujemy bardzo obszernie skreślone *przyczyny obłąkania (aetiologia)*, rozdzielone głównie: I. na przyczyny fizyczne i II. na moralne. Do pierwszych zalicza

autor: *a. usposabiające*, jak np. 1) dziedziczność, 2) lata, 3) płeć i stan, 4) rodzaj życia, zajęcie, powołanie, 5) pory roku, 6) miejscowość i zamieszkanie. *b. Przyczyny fizyczne przypadkowe*: 1) mechaniczne, 2) wywołane zmianami patologicznymi w ustroju, 3) chemiczne. Do zmian *patologicznych* odnoszą się pellagra, durzyca, konwulsje i padaczka, zmiany w sferze macicznej, a w końcu jeszcze przymiot i przetwory rzęciowe. Do II. działu czyli przyczyn moralnych policzył autor religią, miłość, uczucia rodzinne, radość, stan majątkowy, opinią, przestach i inne uczucia.

Przebiegając cały ten obszar wiadomości zebranych w celu wykazania źródeł, z których powstają choroby umysłowe, przyznać winniśmy, że cały przedmiot pod tym względem zyskał materyał znakomity i, jeżeli gdziekolwiek, to w tém miejscu wprowadzenie tablic i wykazów statystycznych do poszukiwań psychiatrycznych największe mogłoby przynieść korzyści. Oprócz tego znajdujemy w tym rozdziale piękne i nauczające myśli i obrazy życia chorobliwego, gdzie ginie praktyczność życia, gdzie się chwieją zasady religii i filozofii, a niemożność utrzymania równowagi pod względem uczuć i inteligencji popycha wolę do działania przeciwnego prawom ustalonym i moralności. Tu jeszcze i to powiedzieć można, że, jeśli nawet pierwszy paragraf, obejmujący podział chorób, grzeszy niedostatkiem; to za to następny (drugi) z całą sumiennością i znajomością rzeczy został opracowany tak, jak gdyby autor przyjął za zasadę w piśmiennictwie, więcej być popularnym i dostępnym dla ogółu czytelników, a unikał ścisłej nauki i wywodów systematycznych w przeprowadzeniu zadania psychiatrycznego. Wprawdzie kilkakrotnie wspomina autor w swém dziele, że nie ma pretensyi nauczania swych kolegów, jednakże sam tytuł części II, noszącej nazwę *patologii chorób umysłowych*, wskazuje widocznie dążność wyższą naukową. W takim więc razie nie możemy się ograniczać tylko na zestawieniu odrębnych danych, ze spostrzeżeń czerpanych, ale szukamy w dziele prawdy czysto pojętej, przynajmniej nowego poglądu naukowego, któryby w obec ludzi szczegółowo ukształconych

i obeznanym z psychiatrią zyskał uznanie, lub stał się przedmiotem sporu uczonych.

Teraz przejdźmy do §. 3., czyli *symptomatologii*. Pierwszych kart kilka poświęcił autor ogólnemu opisowi obłąkanych w okresie przedwstępnym, czyli wylęgania (inkubacji); następnie zastanawia się nad różnorodnym pojęciem niektórych frenopatów dawniejszych i późniejszych, jak pp. Saure, Moreau i Baillarger; a nakoniec przechodzi kolejno rozmaite objawy zbroceń umysłowych, do których zalicza postawę chorego i ruchy, wyraz twarzy, oczu i mowę, ponurowatość i automatyzm. Dalj zwraca autor uwagę na kształt czaszki, włosy, konchy, czyli czaszki uszu i skóre; następnie opisuje stan przewodu pokarmowego, odczyn gorączkowy, stan krwi u obłąkanych, tętno, mocz, jego skład chemiczny, i samogwałt czyli onanizm. Dalj znowu skreśla nerwobóle, drgawki i w ogóle zmiany w dziedzinie ruchów umiejscowione, podniesioną albo przytłumioną czuciowość, nieprawidłowość w sferze inteligencji i rozmaite zbroczenia, w których główną gra rolę instynkt zachowawczy. Tu autor opisuje jadłowstręt (*abstinentia*), obżarstwo (*polyphagia*), kałożerstwo (*coprophagia*). W ostatnich ustępach rozbiera zbroczenie uczuć w stosunku do Boga, społeczeństwa, rodziny, blizkich przyjaciół; zastanawia się nad spostrzeżeniami, które poczynił p. Auzony co do połączeń uczuć ze zbroczeniami inteligencji; skreśla obszernie brak woli, kleptomanię i inne stany życia duchowego, jak np. rojenia sennie, sny patologiczne, zkad także rozwija pojęcie o zmorze i somnambulizmie.

O ile autor na polu tak obszernym symptomatologii usiłował zespolic różnorodne pojęcia, lub téz wyświecić przypadki stanu chorobliwego organizmu człowieka, o tyle téz wzrasta jego zasługa, jako miłośnika prawdy, zgromadzającego materiał do dalszej uprawy naukowej. Jednakże, skoro w całym tym układzie nie dostrzegamy jeszcze charakterystycznych znamion odnoszących się ściśle do form obłąkania w psychiatrii uznanych: przeto téz cały ten paragraf uważać jeszcze można za niezupełny, niedostateczny i niewiele pouczający spragnionego wiedzy badacza. Ponieważ zaś głównym zadaniem

autora, o ile zdawać się może, jest upowszechnić naukę psychiatrii w gronie współkolegów, a nawet podać w skróceniu zarys téj nauki dla młodzieży lekarskiej początkującej w swym zawodzie: dla tego téż, uważając pilnie na rozwój przedmiotu, przekonaliśmy się, że należało koniecznie, aby autor więcej treściwe i stanowczo rzecz samę malujące podał określenia chorób umysłowych pierwotnych i nie rozpraszał uwagi czytelnika przez podawanie mu ogólników. Przykłady bowiem przytaczane, jakkolwiek często bardzo są potrzebne i służą do objaśnienia zбочeń chorobliwych, tu jednakże stają się w wielu razach, bez wywodowego ich tłumaczenia, zagadkowym tylko o istocie rzeczy wyobrażeniem. Inny znowu zarzut autorowi z tego względu zrobić można, że złudzenia i przywidzenia, czyli omamy (*illusiones* et *hallucinationes*), które do symptomatologii ogólnej policzyć wypada, dr Rolle w tym paragrafie zupełnie pominął i przy końcu części IIéj w osobnym rozdziale pomieścił, jak gdyby ony osobne i odrębne formy chorobliwe stanowiły; gdy tymczasem wszyscy inni znakomici frenopaci zaliczają je głównie do zбочeń przedwstępnych, symptomatycznych, będących przyczyną, wynikiem a często jedyną podstawą innych form głównych obłąkania, tak w dziedzinie czucia i myśli, jako i woli od nich zależnej. W końcu jeszcze dla podwyższenia wartości rzeczywistój tego dzieła życzyłoby należało, aby autor, opisując pojedyncze postaci chorobliwe, poświęcił był choć kilka uwag na uzupełnienie diagnozy przez porównanie z sobą wielu podobnych do siebie objawów stanów chorobliwych, czyli, inaczej się wyraziwszy, starał się wykazać ich różnicę względną, przez co położyłby pewne zasady do ustalenia tak zwanego rozpoznania różnicowego (*diagnosis differentialis*).

§. 4., w którym autor skreśla *bieg, trwanie i zejście zбочeń umysłowych*, odznacza się ogólném zestawieniem wypadków chorobliwych, bez właściwój różnicy przebiegu każdéj postaci pojedynczój. Sąto więc wyniki statystycznie zebrane, którym brakuje odpowiednich cech nozograficznych i podstawy diagnostycznój.

Paragraf następny, czyli 5. z kolei, mający za przedmiot *rokowanie*, w krótkości tylko przedstawia zasady przez Esqui-

rola przyjęte, ale nie daje nam możliwości wyrokowania i zastosowania tych zasad w nowo utworzonym przez późniejszych frenopatów poglądzie na choroby umysłowe, szczególnież téż ze względu na stan somatyczny, czyli wynikający z przemian anatomicznych w ciągu rozwijającego się cierpienia poznanych.

§. 6. obejmuje *anatomią patologiczną*. Tu autor przytacza najprzód ogólnie przyjęte zasady dochodzeń pp. Calmeila i Esquirola, następnie przechodzi kolejno zmiany patologiczne znajduwane w pojedynczych organach, poczynając od czaszki i opon mózgowych, a kończąc na samym mózgu i trzewach brzusznych. Nie będziemy tu wchodzić w szczegóły, gdyż przedmiot ten poprowadziłby nas do powtórzenia wszystkich tych szczegółów, jakie znajdujemy w ogłaszanych tylokrotnie spostrzeżeniach pp. Baillargera, Parchappa, Zellera, Schroedera van der Kolka i wielu innych znamienitych frenopatów; ograniczymy się przeto na téj tylko uwadze, że tak ogólnie skreślone wyniki dochodzeń psychiatrycznych nie prowadzą do żadnych wniosków ani pod względem ajiologii chorób, ani symptomatologii, ani też wreszcie nie posłużą nikomu za punkt wyjścia do postawienia właściwych wskazań w celu leczenia chorób umysłowych, albo téż utworzenia pożądanéj klasyfikacyi, do jakiej niezaprzeczenie słuszne ma prawo nauka psychiatryi w zakresie jéj czysto anatomo-patologicznym.

§. 7. poświęcił autor na wykazanie rozmaitych używanych metod leczenia, a przyznawszy najwłaściwsze miejsce metodzie mieszanéj, która się opiera na połączeniu dwóch metod głównie za zasadę przyjętych, to jest ideologicznój, czyli psychicznój, i somatycznój, rozwija kolejno wszelkie możliwe sposoby leczenia. Najprzód przechodzi w ustępie 1ym odosobnienie, którego błogie skutki opisuje dokładnie i wyczerpująco, rozkładając to działanie na rozmaite czynniki, jak np. pokój odosobniony, kaftan i mankiety, równie jak i krzesło zamknięte. Nie rozumiem jednakże, dla czego autor w tym samym rozdziale, pod nazwą *odosobnienie*, umieścił kąpiele natryskowe i wanny siedzeniowe, gdyż te należą raczéj do innéj kategorii środków leczniczych, używanych jużto w celu moralnego działania przez postrach (*intimidation*), albo téż z po-

wodów higieniczno-fizjologicznych, w celu uporządkowania obiegu krwi, a o którémto działaniu i zastosowaniu kąpeli ciepłych lub zimnych w następnym opisie żadnej już prawie nie znajdujemy wzmianki. Następnie na str. 154. wykazuje autor korzyści lecznicze z *pracy*, a na str. 159. wylicza *rozrywki*, które się przyczynić mogą do uzdrowienia chorych obłąkanych. Część druga leczenia opisana jest w kilku następnym poddziałach, a mianowicie: I. higiena psychiatryczna, II. dietetyka psychiatryczna i III. leczenie farmaceutyczne. W pierwszych dwóch poddziałach mieści się głównie opis wpływów klimatu, pomieszkania i żywienia chorych obłąkanych, z zupełnym zaniedbaniem rozwinięcia właściwych zasad przez używanie kąpeli, tak zimnych, jak i gorących, a nawet przedłużonych, które szczególnie we Francji w bardzo powszechnym są użyciu. W części trzeciej autor pomimo przedstawienia licznie zebranych formuł farmaceutycznych z rozmaitych źródeł czerpanych, nie określa należycie właściwego działania przeznaczonych leków i pewnego ich zastosowania do okresów choroby i jej rozwoju. Sposób więc taki wykładu leczenia, bez postawienia odpowiednich wskazań, nie może przynieść żadnej korzyści dla czytających, gdyż na każdym kroku spotykamy niepewność w zastosowaniu tych środków. Stósowniej byłoby w tej ogólnej części skreślić tylko używane z korzyścią przetwory lekarskie i pewne warunki ich dozowania, aby sprawiły skutek pożądany; gdyż u chorych obłąkanych często się zdarza, że wziętki zwyczajne nie wystarczają z powodu przytłumienia nerwowego i uciekać się musimy do wygórowanej dawki, czyli znacznej ilości środków farmaceutycznych. Pod tym względem różni się bardzo postępowanie w leczeniu chorób umysłowych od zwykłej normy, przyjętej w farmakologii i terapii ogólnej: dla tego też i oznaczyłby należało, do jakich obecnie granic doprowadzone zostały zasady w dozowaniu.

Ostatni rozdział swjej pracy poświęcił autor naukowemu wykładowi o złudzeniach i przywidzeniach, czyli o *omamach*. Cały ten oddział właściwiej było pomieścić w symptomatologii chorób umysłowych, o czém już poprzednio mówiłem i wskazałem powody usprawiedliwiające to pojęcie. Skreślił go autor

bardzo pracowicie, porównywając rozliczne teorie nowszych i dawniejszych frenopatów, a przechodząc od ogólnego opisu omamów zmysłów, które nazwał hallucynacyami, dochodzi do podziału p. Macario, który uznaje za zasadniczy. Ten bowiem odróżnia omamy zewnętrzne, *sensorialne*, od omamów wewnętrznych, albo zwojowych (*ganglionnaires*), i do nich dodaje jeszcze dwa inne rodzaje, to jest omamy duchowo-wewnętrzne (*hal. intuitives*) i omamy będące wynikiem podniecenia czuciowości (*hal. sthéniques*). Taki jednakże podział omamów, przez autora przyjęty, nie jest właściwie uzasadniony, ani też dostatecznie danymi przykładami objaśniony, gdyż niektóre z nich możnaby zaliczyć nie do jednej, ale do kilku jeszcze innych kategorii. System p. Macario nie posiada tych zalet, aby go za wzór wyrozumowanego podziału z wyłączeniem innych w nauce psychiatrii uważać można było. — W dalszym ciągu znajdujemy jeszcze obszernie skreślone przyczyny omamów, tak fizyczne i chemiczne, jako też mechaniczne, fizyologiczne i patologiczne. Wreszcie przyczyny psychologiczne rozdziela autor, na umysłowe, uczuciowe i socyalne, którego to podziału nie pojmujemy; gdyż, jakkolwiek stosunki socyalne są w stanie wywołać omamy, to zawsze takowe odnieśćby należało daleko właściwiej i stosowniej do kategorii poprzednio wskazanych, zależących od władz inteligencji, lub podniesionego uczucia. — Ostatnich kilka kart części drugiej, gdzie się mieści *rokowanie, anatomia patologiczna i leczenie omamów* stanowią jakoby dopełnienie tego ogólnego poglądu na patologią i terapię chorób umysłowych. Jednakże i w tych rozdziałach pobieżnie są tylko skreślone niektóre wiadomości, bez żadnego ich zastosowanie do teorii i krytyki. Środki zaś farmaceutyczne przy leczeniu używane i w ogóle cała metoda leczenia jest jakby tylko zestawieniem i kompilacją praktyczną, a raczej empiryczną, bez stosownego uwzględnienia potrzeb i ocenienia przyczyn i wpływów omamy wywołujących, szczególnież też gdy porównamy je do wielu nowszych odkryć i naukowych poglądów, ze stanowiska przyczyn somatycznych w oftalmologii i otiatryce dostatecznie poznanych.

Przechodząc do krytyki samego wydawnictwa téj części, czyli drugiej z porządku, to samo jeszcze powtórzyé nam wypada, co już nas mocno zadziwiło w układzie części pierwszej, to jest brak należytego podziału i spisu przedmiotów. Sąto wprawdzie małe rzeczy pod względem systematycznego układu pracy naukowej, ale w czytaniu i ocenianiu przedmiotów w niej zawartych wskazują ich granice, ich obszar i ułatwiają wszelkie poszukiwania co do pytań szczegółowych. Błędy zaś autorskie, które dostrzegłem, odnoszą się do rzeczy pomniejszych, jak np. na str. 170. autor, wyliczając leki przeciwpłastyczne, mówi: „chlerek rtęci prawie zupełnie zarzucony,“ na co się żaden lekarz w zakładzie praktykujący nie zgodzi, gdyż te same często wskazania, które wywołują potrzebę jego użycia według ogólnych zasad terapii, przedstawiają się podobnież i przy leczeniu chorób umysłowych, mianowicie téż w stanach gastrycznych i cierpieniach przez *syphilis* spowodowanych. Podobnież błędne jest podanie autora, na str. 186, gdy mówi „że p. Erlenmayer *jest wielkim nieprzyjacielem makowca.*“ Sam bowiem autor pozostaje z sobą w sprzeczności, pisząc na str. 54. w części I. „w Bendorf p. Erlenmayer *zadumę leczy dużemi dawkami opium.*“ I tak jest rzeczywiście, bo, znając go osobiście, miałem sposobność przekonać się, że w melancholii *opium* u niego jest w bardzo częstym użyciu.

Co zaś do błędów drukarskich, te są liczne; jak np. na str. 139. zakażenie krwi duszycowe, *zam.* durzycowe.

- 138. Półkola mózgowe, *zam.* półkule.
- 139. Jama piersowa, *zam.* piersiowa.
- 140. Pericordial-angst, *zam.* Praecordial-Angst.
- 141. wszaskliwych, *zam.* wrzaskliwych.
- 168. Esterlena, *zam.* Oesterlena.
- 170. Schraeder-von-der-Kolh, *zam.* Schroeder van der Kolk.
- 172. extr. Tarafax, *zam.* extr. taraxaci.
- 173. Zpeka, *zam.* Ipeka.
- 174. Pharmac. Borasic., *zam.* Borussica.
- 176. Tr. opii snep., *zam.* Tr. opii simpl.
- 176. Autos morphii, *zam.* Acetas morphii.

Niedokładność korekty łatwo mogłaby być przez autora usprawiedliwioną znacznym oddaleniem od miejsca wydawni-

ctwa; jednakże mała kartka dodatkowa z wymienieniem omyłek powinna była być przy końcu dziełka zamieszczoną.

Rozebrawszy tak po szczególe wszystkie działy obydwóch części pracy naukowcj dra Rolle, przyznać musimy, że, jakkolwiek pojedyncze rzeczy w niej zawarte nie są jeszcze tak treściwie ułożone, jakby to na obecne czasy życzyć należało i nie zgadzają się w wielu razach z dzisiejszym postępem nauki; to jednakże nie można odmówić autorowi znakomitej zasługi, jaką położył na niwie lekarskiej, obdarzając świat literacki tym nowym utworem, tém bardziej że, jak to sam wyznaje, nie ma zamiaru w swém dziele być twórcą całości, ale tylko, zebrawszy w swjéj podróży materiał naukowy, pragnie go przedstawić swym kolegom dla wspólnej dalszej pracy i postępu psychiatrii.

Oprócz tego i to jeszcze nadmienić muszę, co mi przez samego autora listownie udzieloném zostało, a o czém już nawet wyżéj w rozbiórze téj pracy wspomniałem, że z postępem czasu, gdy się jeszcze w tece naukowej autora zgromadzi odpowiedni i dostateczny zasób wiadomości, postara się dr Rolle o wydanie części IIIéj, w której mieścić się będą pojedyncze formy chorobliwe, czyli patologia i terapia szczegółowa chorób umysłowych. Tym więc sposobem krytyka pracy obecnej w pewnych tylko granicach się mieści i nie może przechodzić zakresu wymagań, jakby to w ówczas miało miejsce, gdyby autor chciał pracę nam podaną uważać za całość systematycznie ułożoną i do wykładu naukowego psychiatrii posłużyć mogącą.

1. Zakładowe Pitwy, czyli popisowani rozebraného tiela lidskeho a jednotlivých czastek jého. Práci a nakładem **Dra Waclawa STAŃKA**. W Praze 1840. (Zasady anatomii, czyli opis rozczłonkowanego ciała ludzkiego i pojedynczych jego części. Pracą i nakładem Dra Waclawa Stańka.) 274 stron w 8-ce.

2. Dra Waclawa STAŃKA Pitewni Atlas do desatera tabul sestaweny a k snadniejszemu poruzumeni pitwy z pripojenym wysvietlowanim obrazów wydany. Kresleni a prace na kamenie Frantiszkiem Bielopotockym, Slowakem z Liptowa. (Atlas anatomiczny. X tablic litograf. kolor. i IV tablice textu w formacie arkusza podłużn.)

SPRAWOZDANIE

J. F. NOWAKOWSKIEGO.

Czytane na posiedzeniu Tow. lek. Warszawskiego.

Wywięzując się z włożonego na mnie chlubnego obowiązku sporządzenia sprawozdania z dzieł dopiero co wymienionych, sądzę, iż może nie będzie rzeczą obojętną przytoczenie wpieryw krótkiego rysu historycznego rozwoju anatomii w Czechach. Trudno bowiem zaprzeczyć, aby dla nas, najbliższych sąsiadów Czech, dzieła naukowe lekarskie w pobratymczym języku teraz i dawniej pisane nie miały pewnego zajęcia.

Otóż w Czechach od założenia uniwersytetu, czyli od r. 1348. do roku 1600. ciała ludzkie nie były rozbierane, anatomią wykładano teorytycznie, a otwierano tylko ciała zwierząt. Cesarz Karol IV. (od r. 1346.—† 1378.) powołał do wykładu wszystkich nauk lekarskich Mikołaja Jewiczkę, Morawianina, któremu był dodany w pomoc r. 1380. Baltazar Domażlicky. Od téj chwili do r. 1600. żadnego nie uczyniono postępu, chociaż Mateusz Wolkenberger z Wolkenberga (Daczicky) w 1573. r. napisał czeską anatomią, w rękopiśmie się znajdującą. Dopiero w r. 1600. znakomity Jessensky, urodzony we Wrocławiu z rodziny szlacheckiej węgierskiej, *pierwszy* rozbierał ciało wisielca w przytomności wielu mężów uczonych, uczniów i ukształconych mieszczan w kollegium Reyczkowskiem (*u malého Sztiepana*), a zrobiony kościec darował uniwersytetowi. Potem wydał swą anatomią w Witembergu,

pod tytułem: *Anatomia pragensis*, r. 1601. (U nas pierwszy raz rozbierali ciała ludzkie: r. 1736. Loelhoeffel w Warszawie, 1770. Bisio w Wilnie, a 1779. Czerwiakowski w Krakowie. Zatem w Pradze Czeskiej o 136 lat wcześniej niż w Polsce rozczłonkowywano ciało ludzkie). Później w r. 1605. dzień 24. lutego, Śgo Macieja, akademicy uroczystie obchodzili z powodu, że Jessensky pierwszy otwierał ciało kobiece na cześć prażskiej akademii. Jessensky pełnił obowiązki profesora anatomii przez lat 19, a na znak należnej mu wdzięczności był mianowany kanclerzem uniwersytetu i rektorem, oraz na jego cześć bito medale. Jestto jeden ze znakomitszych mężów czeskich; skończył żywot smutnie, bo kiedy po przegranej bitwie na Białej górze r. 1620. mordercza pożoga załała czeską krainę, kiedy w skutek dekretu Cesarza Ferdynanda IIgo d. 21. czerwca 1621. 27 głów spadło na ratuszowym placu, doktorowi Janowi Jessenskiemu wycięto najprzód język, potem odeznięto głowę, a ciało pod szubienicą rozświetowano i na palach po ulicach zatknięto.—Później do nauki anatomii przeznaczano ciała skazanych, i tak 9. stycznia i 24. lutego 1631. r. sąd ziemski polecił bormistrzowi nowomiejskiemu, aby którego z osądzonych na śmierć oddał po exekucyi do użytku anatomicznego.—W połowie XVII. wieku w uniwersytecie prażskim było pięciu zwyczajnych profesorów do nauk lekarskich; jeden z nich uczył anatomii, studia lekarskie odbywały się przez lat pięć, a w każdym roku anatomia się powtarzała.—R. 1649. profesorem anatomii był Seb. Zeidler; on to swoim kosztem urządził oddzielną anatomiarnią (*prosectorium*) (1), którą potem lekarskiemu wydziałowi darował. Napisał nadto anatomią, lecz gorszą od anatomii Jesenskiego. Daleko także lepszą jest anatomia, o której Saliczetti w swem dziele lekarskiem wspomina. Ta ważna księga, po czesku w XV. wieku napisana, znajduje się w rękopiśmie.—Po Zeidlerze w ciągu 55 lat uczyli anatomii następni mężowie: Dobrzeński, Löw, Cassinis, Frischmann, Voigt, Krausenber, Mei-

(1) Mówi się: drukarnia, olejarnia, piekarnia, dystylarnia, cukiernia; Czesi mówią na anatomią *pitwa*, na *prosectorium pitewna*,

sner, J. Rings, Mayer, Biener, A. Rings; jednakże rozczłonkowaniem mało się zajmowali, skoro przez 22 lat tylko trzy trupy rozbierane były.—F. du Toy r. 1747. został profesorem anatomii i botaniki i dopiero za niego po Jesseńskim zaczęła się anatomia rozkrzewiać w Pradze. Onto zakupił w Holandyi wyroby (preparaty) anatomiczne, darował je anatomiczni i sam wykładał, otwierając trupy.—Po nim nastąpił prażanin J. T. Klinkosz 1762. r., lecz i z jego wyrobów nic się do obecnych czasów nie przechowało. Klinkosz wymógł, że trupy od Miłosiernych braciszków można było przenosić do anatomiczni, a także i ze szpitali; dalej, że nagrody za wyuczenie się anatomii ze skarbu publicznego płacono, wreszcie on także zaprowadził praktyczne ćwiczenia w anatomii.—Roku 1778. Jerzy Prochazka, Morawianin z Bliżkowic, zajął katedrę anatomii. Ten bardzo zdolny i gorliwy mąż zebrał i przygotował piękne wyroby anatomiczne i *złożył dzisiejszy zbiór anatomiczny*. Za jegoto czasów rozszerzono anatomicznią i ustanowiono oddzielnego posługacza dla anatomów od rządu płaconego. W r. 1786. Prochazka został rzeczywistym profesorem uczył anatomii i fizyologii, oraz przydano mu asystenta (prosektora), który anatomią wykładał—Następcami Prochazki byli T. Rotenberger i J. Oechy, obaj wiele dobrego zrobili dla anatomii w Pradze. W 1808. r. został prosektorem Jerzy Ilg, a po upływie roku profesorem; dodano mu oddzielnego prosektora płatnego, którego urząd przez dwa, lub najwyżej 4 lata mógł trwać, a później na innego miał przechodzić. Czechowie Ilgowi zawdzięczają najpiękniejsze wyroby gabinetu anatomicznego; onto wymógł, że wybudowano obszerną i oddzielną słuchalnię z oddzielnym, widnym *prosectorium*, oraz pracownią dla asystenta.—Po Ilgu został profesorem anatomii żyjący jeszcze, dawny prosektor, znany w nauce dr V. Bohdalek. Jegoto staraniem i gorącą wolą, oraz uprzejmym współdziałaniem profesora Hyrtla, zbiór anatomiczny stale się wzbogaca. Od r. 1840. anatomia wykłada się w języku niemieckim, co miało tę korzyść, że nauka stała się przystępniejszą ludziom nieznanym języka łacińskiego.

W czeszczyźnie oprócz dwóch ksiąg wyżej wspomnianych Daczickiego (1573.) i Saliczetego (1500.) nic o anatomii nie pisano; dopiero prof. Antoni Jungman napisał antropologią. Także prof. Presl podał przegląd anatomii, a dr Amerling w szkołach niedzielnych popularnie i zajmująco anatomią wykładał. W roku zaś 1840. dr med. i chirurgii Wacław Staniek wydał po czesku krótką anatomią, w której obok nomenklatury łacińskiej zamieścił polską i rosyjską. Do téj anatomii należy atlas w formie arkusza podłużnego złożony z IVch tablic tekstu i X tablic chromo-litografowanych przez Franciszka Biełopotockiego, Słowaka z Liptowa.

Dr Staniek w swojej anatomii odstąpił nieco od przyjętego porządku w wykładzie i zamiast zwykłego podziału na osteologią, myologią i t. d. podzielił anatomią na ośm części czyli systemów. W pierwszej części opisał kości i więzy (*kosti a swazy*), w drugiej mięśnie (*swaly*), w trzeciej mózg i nerwy, w czwartej wyłożył naukę o zmysłach (*czidlo-słowi*), któreto cztery części stanowią narządy życia zwierzęcego; następne zaś cztery części tworzą narządy życia roślinnego, a mianowicie część piąta zawiera opis jamy brzusznej z przyrządem trawienia i przyrządami dodatkowemi, jak wątrobą (*jatra*), śledzioną i trzuszczką (*sliniwka*); część szósta anatomii obejmuje układ naczyniowy (*saustawa cěwni*), gdzie opisano serce, naczynia limfatyczne czyli chłonicę (*miznice* (1) *czili strzebawki* (2)), żyły i tętnice (*tepna*); część siódma opisuje przyrząd oddechowy (*saustawa wzdusznici*), a mianowicie: krtań (*chrtań czili ohryzek*), gruczoł tarczowy (*brzlik, glandula thyreoidea*), tchawicę (*prudusznice, trachea*), opłucną (*pohrudnice*), płuca (*plice*), grasicę (*brzel czili przihruđen, glandula thymus*) i osercną czyli oserce (*osrdec, pericardium*); nareszcie część ośma obejmuje przyrząd moczopłciowy (*saustowa moczoplemnidelni*), gdzie są opisane narzędzia moczowe: nerki (*ledwiny*), moczowody (*moczowody czili mocznice*) i pęcherz (*miechyrz moczowy*); na-

(1) *Miza* = miazga.

(2) *Strzebati* = połykać, chłonać.

Pam. T. I. W. Tom LIII.

rzędzia płodzenia (*organa sexualia s. genitalia*): A) *Plodidla* (*genitalia virilia*), gdzie należą: 1) moszna (*szaurek, scrotum*), 2) jądra (*warlata czili maudi*), 3) powrózek nasienny (*prowazek chamowy*), 4) pęcherzyki nasienne (*miszky chamowe*), 5) gruczoł przynasienny albo podpęcherzowy (*żlaza przedstojna, przedstojnice, prostata*), 6) prącie (*pyje, penis*). B) *Rodidla* (*genitalia feminea*); te dzielą się na wewnętrzne i zewnętrzne. Do pierwszych należą: 1) jajniki (*wajeczniki*), 2) macica (*dieloha, matecznik, dietinec*), 3) pochwa (*poszwa czili wateń*). Do narzędzi płciowych zewnętrznych kobiety należą: łono (*luno ženske, vulva*), na którym różni się *dwa welike a dwa male pysky* (*labia pudendi majora et minora*), łechtaczkę (*posztiwaczek*), cewkę moczową (*cibel žensky*), wejście pochwy (*otwor watenni*) z błoną dziewiczą (*blanici panenskau*); dalej piersi czyli sutki (*prsy*). Kończy się dzieło opisem macicy ciężarnej, opisem jaja, jego zmian i opisem rozwoju płodu.

Wykład ten anatomii szczegółowej dr Staniek poprzedził rysem anatomii topograficznej, przechodząc pobieżnie wszystkie okolice ciała; dalej opisał wszystkie tkanki organizm ludzki składające, jak tkankę rogową, tkankę łączną, włóknistą, chrząstkową, kostną, mięsną, naczyniową, i, wymieniwszy różne gatunki gruczołów, zakończył ten wstęp opisem przemiany jednych tkanek w drugie.

Nadto dr Staniek przed wstępem dał zarys rozwoju anatomii w Czechach poprzednio przezemnie przywiedziony i piękną przedmowę, w której zręcznie i krótko określa znaczenie nauk przyrodzonych; dalej tłumaczy się z przyjętego przez siebie porządku wykładu, mieniając go lepszym, i nareszcie przytacza powody, które go skłoniły do napisania anatomii w macierzystym języku. Między innymi mówi: „Obowiązkiem każdego człowieka jest nauczyć się znać Boga i siebie samego. Do tego poznania najprawdziwszą drogę wskazuje nam nauka o przyrodzie.” W innym miejscu odzywa się: „Dla czeskiego lekarza jest rzeczą konieczną, aby się w narodowym języku mógł wyśłowić i rozmówić, pamiętając, że czeska mowa jest mową narodu, którego zdrowie i życie powierzone lekarzowi. Dla ła-

twiejszego zrozumienia postarałem się o ile można o najdokładniejsze obrazy przedmiotów anatomicznych z potrzebnymi objaśnieniami, które pod nazwą: *Atlas pitewni* (anatomiczny) wydałem. Przekonany jestem, że każdy rad będzie obeznać się z budową swego ciała, a przeto ochroni się od wielu występków przeciw swemu zdrowiu, które wypływają z niewiedomości lub z mylnych poglądów.”

Co do Atlasu dra Stańka, to należy powiedzieć, że on się składa z 10ciu tablic w formie wielkiego podłużnego arkusza, z których trzy są czarne a siedm chromo-litografowanych, i że ony zawierają cały wielki atlas Webera, który tu w mniejszym formacie został przekopiowany. Do tego atlasu przydane są 4 tablice tekstu, zawierającego objaśnienia po czesku z terminologią łacińską i niemiecką.

Atlas ten jako kopia Weberowskiego pozostawia wiele do życzenia, zwłaszcza że tablice 4. i 5ta są miernie wylitografowane; wszelako, jeżeli zważymy, że dr Staniek wydał go przed 24 laty, przeto musimy dlań być pobłażliwymi, tém więcéj, że u nas nawet po dziś dzień i taki nie wyszedł, a przecież wiemy, że „lepszy rydz, niż nic.“

Sama zaś Anatomia Dra Stańka nie przedstawia wprawdzie nic szczególnego, jak tylko to, że jest pisana po czesku, że wyszła przed wielą laty, bo w r. 1840., t. j. w chwili, kiedy wszystkie wykłady w uniwersytecie prażskim odbywały się w języku niemieckim i kiedy miłość do rzeczy ojczystych coraz wyraźniejsze objawy życia dawała. Wszyscy uczeni brali udział w pracach naukowych: P r e s l napisał botanikę, M a r e k filozofią, i wielu innych, przekonywając Niemców, że język czeski da się nagiąć do wszystkich potrzeb umysłowych. Dr Staniek, wydając wtedy własnym nakładem swoją czeską anatomią z atlasem, nie pozostał w tyle za innemi. Byłoby więc niesprawiedliwością nie widzieć w tem szlachetnej dążności autora i nie uznać jego zasługi! Dla tych więc powodów mam zaszczyt dra Stańka przedstawić na członka naszego Towarzystwa.

W poparciu swego wniosku, uważam za stosowne przytoczyć kilka rysów biograficznych dra Stańka, jakie zaczer-

pnąłem ze słownika do historii literatury czeskiej Józefa Jungmana.

Dr Wacław Staniek jest synem rolnika; urodził się dn. 4 września 1804. r. w Jarpenicach blisko miasta Slanego, w którym ukończył nauki gimnazjalne. W r. 1824. zaczął uczęszczać na wydział filozoficzny, a następnie lekarski w Pradze. Na początku r. 1832., uzyskawszy stopień doktora medycyny, został asystentem w instytucie położniczym przy Antonim Jungmanie, z kąd jeszcze w tymże roku przez rząd powołany został na lekarza okręgu Nymburskiego, a potem Turnowskiego, do niesienia pomocy dotkniętym cholera, która pierwszy raz wtedy ukazała się w Europie. R. 1833. osiedlił się w Pradze, poświęciwszy się praktyce lekarskiej, którą aż do obecnej chwili się zajmuje. R. 1835. odbył *rigorosum* z chirurgii. R. 1845. powołany został na lekarza nadwornego księcia Aleksandra Kara-Dziordie i odbył podróż do Białogrodu serbskiego, lecz z widoków rodzinnych miejsca tego nie mógł przyjąć. W r 1848. wybrany został na posła do sejmu czeskiego z okręgu Budyńskiego, a później z okręgu Złonickiego.

Drukiem ogłosił, oprócz anatomii, historią naturalną i kilka prac lekarskich w czasopismach czeskich pomieszczonych.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

POSIEDZENIA ODDZIAŁOWE.

ODDZIAŁ POŁOŻNICTWA, CHORÓB KOBIECYCH I DZIECI.

Posiedzenie 15ste, dn. 12. kwietnia 1864. r.

Przewodniczący Oddziału p. Tyrchowski.

I. Wodna puchlina głowy (*hydrocephalus chron.*) II. Torbiel jajnika wypróżnienie przez pochwę.

Protokół z posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

I. P. Konitz przedstawia Oddziałowi dziecię pięcio-miesięczne, dotknięte wodną puchliną głowy (*hydrocephalus chronicus*). Rozmiary główki wynoszą, mierząc od jednego wyrost-

ka sutkowego (*processus mastoideus*) do drugiego przez wierzchołek głowy, 41 centimetrów, obwód główki zaś wynosi 64 cent. Uderzającą rzeczą w tym przypadku jest, że dziecinnie sprawy wszystkie odbywa prawidłowo, ssie i sypia dobrze, objawów mózgowych dotychczas nie było. P. Konitz rzuca pytanie, jakie w tym przypadku postępowanie lekarskie najlepiej zastosowaćby się dało, a mianowicie czy nie należałoby za pomocą nakłócia wydobyć ciecz i sposobem p. Trousseau po wypuszczeniu użyć opasek ściskających.— Zdania tego nie podziela p. Korzeniowski, przytaczając, że wykazy statystyczne dotychczas nie podają ani jednego przypadku szczęśliwie zakończonego tym sposobem. Radzi natomiast kilkakrotnie powtarzane nakłówanie główki igiełką, w skutek których ciecz wydobyta w tkankę podskórną stopniowo zostaje wessaną. Inni koledzy na zdanie to zgadzają się.

Sprawozdawca Oddziału (J. Braun) odczytał historią choroby kobiety dotkniętej torbielem jajnika.

Jedenastego marca r. b. zgłosiła się do mnie pani N. N., osoba wieku lat 48 mająca, wzrostu małego, szczupłej budowy ciała, wejrzenia chorowitego. Cierpieniem, które ją zagnęło do szukania pomocy lekarskiej, był guz w dolnej części brzucha, wzrastający ciągle i będący powodem rozmaitych dolegliwości. Śledzenie chorój wykazało, co następuje. Pani NN., wdowa, rodziła przed laty 20 szczęśliwie; odpływy krwi miesięczne, póki je miewała, bywały w zwykłych odstępach i prawidłowe, przed trzema laty ustały bezpowrotnie. Od owój chwili cieszyła się ciągle dobrém zdrowiem; dopiero przed półrokiem poczuła rozwijanie się w dolnej części brzucha guza, który od owój chwili stopniowo się powiększał i, nie powodując z początku żadnej dolegliwości, w miarę wzrastania wywoływał bóle w krzyżu, ciężenie w dolnej części brzucha i potrzebę częstego oddawania moczu. Ten objaw w ostatnich czasach wzmógł się do tego stopnia, że chora oniemal co $\frac{1}{2}$ godziny zniewoloną była mocz oddawać, co tak dalece stało się dokuczliwém, że ją zagnęło wreszcie do szukania pomocy lekarskiej. Badanie miejscowe wykazało: dolną część brzucha wydętą, w dotykaniu rozmaity opór przedstawiającą, a mianowicie w linii środkowej

twardą, po bokach prawidłową. Twardość ta ograniczona, ku górze i po bokach zaokrąglona, przedstawiała guz położony w linii środkowej, rozciągający się zarówno po obu jej stronach i zajmujący przestrzeń od spojenia kości łonowych aż na cał poniżej pępka. Guz ten rozwinął się w jamie brzusznej i ze ścianami zrosnięty nie był. Poruszałnym był cokolwiek od strony prawej ku lewej. Przedstawił w całym obszarze swoim twardość jednostajną, był niepodatny i chełbotania w nim żadnego wykryć nie można było. Śledząc przez pochwę, znajdowałem twardość okrągłą, niepodatną, niechełbotającą w sklepieniu jęj; część zaś pochwową macicy zupełnie zanikła, a natomiast na równi z powierzchnią sklepienia pochwowego maleńki otworek, w który zaledwie koniec śledzącego palca można było wprowadzić. Śledząc zaś przez kışkę odchodową, wszędzie na jednostajną twardość natrafiałem. Jakięjże więc natury był guz rzeczony i z którego miejsca wyrastał? Pytania te jedynie zgłębnik maciczny (*sonde utérine*) mógł rozstrzygnąć, lecz w tym przypadku i ten środek rozpoznawczy zawiódł moje oczekiwanie. Zgłębnik bowiem pomimo wszelkich starań i nadawania mu rozmaitego kierunku nie dał się więcej, niż niespełna na cał, w pomieniony otwór sklepienia pochwowego wprowadzić; dalej we wszystkich kierunkach natrafiał na opór, którego nie można było przewyciężyć. Należało więc przypuścić, że albo nastąpił zupełny zanik macicy, albotęj że nastąpiło zrosnięcie przewodu szyjki; to ostatnie jednak trudném było do przyjęcia, gdyż wywód choroby (*anamnesis*) nie wykazywał nic takiego, z czegoby można wnioskować o sprawie chorobnej pociągającej za sobą zrosnięcie przewodu. Rozpoznanie pozostało wszelako wątpliwe; poprosiłem przeto kolegę Konitza, aby wespół z nim jeszcze raz wysłedzić chorą. Przy powtórném tém badaniu chora nam podała, że w początkach guz ten nie przedstawiał jednostajnej gładkiej powierzchni, lecz że można było rozróżnić kilka rozmaitych wyniosłości, które stopniowo dopiero przy dalszém rozwijaniu się nikły i nareszcie przeszły w jednostajną gładką powierzchnią. Wprowadzenie zgłębnika i tą razą się nie udało i nie można było zrobić pewnego rozpoznania. Wszelako, sądząc z powierzchowności guza, z miej-

sca, w którym się znajdował, wreszcie ze sposobu, w jaki się rozwijał, nasuwała się myśl, że mamy tu do czynienia z torbielem jajnika. Sprzeciwiał się temu brak chełbotania, lecz brak ten mógł być spowodowany grubością ścian torbiela i ich niepodatnością. Należało się więc przekonać o treści guza, co też uczyniliśmy, wprowadzając przez sklepienie pochwy za pomocą wzziernika w miejscu, gdzie twardość była najwydatniejszą, trójgranicznie śledczy. Przez pozostawioną rurkę wyciekła mała ilość cieczy gęstej żółtawej, która nas utwierdziła w powziętej myśli, że guz rzeczony był torbielem. Przekonawszy się więc w ten sposób, że w guzie pomienionym znajduje się ciecz i że dolegliwości, na które chora się uskarżała, mianowicie zaś ciągła potrzeba oddawania moczu pochodziła z ciśnienia na pęcherz moczowy, postanowiliśmy ciecz w torbielu zawartą wypuścić za pomocą nakłócia. Następnego dnia (12. marca), zmierzyszy przez ściany brzuszne guz, którego rozmiar wynosił od spojenia kości łonowych do wierzchołka i od jednego boku do drugiego po 21 centymetrów, zapuściliśmy przez sklepienie pochwy trójgranicznie. Ciecz zawarta wyciekła w ilości blisko kwarty i była gęsta, koloru żółtawego, podobnego do miodu lipcowego. Guz w jamie brzusznej znikł zupełnie po wypłynięciu cieczy, po prawej stronie pozostała tylko maleńka twardość wielkości orzecha włoskiego. Śledząc przez pochwę, nie znaleźliśmy żadnej zmiany w szyjce macicznej; zgłębnika, jak przedtém, wprowadzić nie można było. Chora wypuszczenie cieczy bardzo dobrze zniosła i uczuła natychmiastową ulgę. Zaleciliśmy chorą spokojne ułożenie w łóżku, przestrzykiwanie pochwy letnią wodą i mięszankę chłodzącą. — Przedsięwzięty przez prof. Natanson'a rozbiór chemiczny wyciekłej cieczy wykazał, oprócz wody i rozpuszczonych w niej soli, wielką ilość tłuszczu i liczne kryształki z cholestearyny. — Wieczorem odwiedziłem chorą. Znalazłem ją bez gorączki, guza po nad kośćmi łonowymi śladu nie było, bólów żadnych. — Wszelako nazajutrz rano inny nam się obraz przedstawił. Od północy począwszy, chora zaczęła być niespokojną; bóle, jakkolwiek nie silne, zaczęły się pojawiać, chora gorączkowała. Śledząc ściany brzuszne, ku wielkiemu naszemu zadziwieniu guz, który dnia poprzedniego znikł po

wypuszczeniu płynu, na nowo prawie w tój samėj objętości napotkaliśmy. Chora zdała nam sprawę, że czuła, jak od północy ciecz w torbielu nabierała. Wymierzywszy ten nowo nabrany guz, znaleźliśmy, że w rozmiarze podłużnym miał 16 centymetrów, w poprzecznym zaś 15 centymetrów. Brzuch, mianowicie w dolnej części, przy dotykaniu bolesny, cokolwiek wzdęty. Dieta, spokojne położenie w łóżku, kataplazm ciepły na brzuch, zostały zalecone chorój. W przeciągu więc, można powiedzieć, kilku godzin torbiel na nowo wzrósł prawie do dawniej swojej objętości, co po pierwszym mianowicie nakłóciu do najrzadszych należało zjawisk.— Wieczorem tego dnia i nazajutrz stan chorój się znacznie pogorszył: bole brzucha silne, wzmagające się przy dotknięciu, tętno przyśpieszone, wymioty częste, były objawami dowodzącemi nam, że mieliśmy do czynienia z zapaleniem otrzewnej. Pijawki, kataplazmy i kalomel objawy te na chwilę złagodziły i chora dnia 15. marca czuła się cokolwiek lepiej. Najdokuczliwszym wszelako objawem dla chorój dnia tego był silny ból krzyża w dolnej jego części.— Chwilowa poprawa nie trwała długo. Nad wieczorem nastaly bole na nowo silne, a wymioty częste i bezsenność całonocna zmusiły mnie następnego dnia do powtórnego przystawienia pijawek w znacznej ilości na dolnej części brzucha.— Objawy zapalne cokolwiek złagodniały dnia 17.; jednakże bolesność brzucha była wielka, mianowicie zaś ból krzyża nadzwyczaj silny. Guz widocznie się powiększał. Wymioty od czasu do czasu się pojawiały, chora ciągle gorączkowała. Kataplazmy i kalomel małą ulgę przynosiły. Noce były bezsenne.— Taki stan rzeczy trwał przez kilka dni, a przedsięwzięte mierzenie guza dnia 20. marca pokazało w wymiarze podłużnym 20 cm., w wymiarze poprzecznym 23. Torbiel więc w przeciągu 8miu dni nie tylko na nowo został napełniony, ale nawet w szerokości przeszedł objętość, jaką miał przed operacją. Dalsze leczenie przeciwzapalne nie było możliwém; zaleciłem pędzlowanie brzucha guttaperczą rozpuszczoną w chloroformie i zażycie roztworu dwuwęglanu sody, wieczorem dla sprowadzenia snu dawkę makowca. W przypadku tym jednakże pędzlowanie guttaperczą zostało bez skutku, bole w dolnej części brzucha nie ustawały, guz z każdym

dniem się powiększał, a ból krzyża wzmagający się codziennie był dla choréj najdokuczliwszym objawem. Torbiel we wzroście swoim nie zatrzymywała się i w przeciągu następnych kilku dni przybrał rozmiary takie, jakich nigdy przed operacją nie miał. Wierzchołek bowiem jego, który przed operacją dawał się czuć poniżej pępka, teraz znajdował się powyżej; wymiar podłużny w dniu 25. wynosił 26 cm, porzeczny 28, i lubo nie zupełnie wyraźnie można było czuć chełbotanie, to jednakże guz teraz był podatniejszy, aniżeli przed operacją. Wymioty trwające ciągle można już było przypisać ciśnieniu guza na żołądek, brzuch bowiem w górnej połowie zmiękł i był niebolesny, dolnej jednakże części nie można się było dotknąć, nie wywołując natychmiastowych objawów silnego bólu. Stan więc dzisiejszy był gorszy, aniżeli przed operacją. Ustąpił wprawdzie jeden objaw dokuczliwy, t. j. częsta potrzeba oddawania moczu, co jednak można było przypisać ciągłemu leżeniu choréj na krzyżu i zmniejszonemu przez to naciskowi na pęcherz; natomiast jednakże pojawiły się silne bole krzyża, które choréj na chwilę nie opuszczały. Puls w ciągu całego tego czasu był przyśpieszony. Na domiar złego przyłączyła się biegunka; brak apetytu był zupełny, chora nic nie przyjmowała, a wszystko, do czegokolwiek się zmuszała, natychmiast z siebie wyrzucała. Niemożliwość przyjmowania jakiegokolwiek pożywienia, brak snu, którego nawet wielkie dawki makowca sprowadzić nie zdołały, gorączka ciągła — podkopały najzupełniej siły choréj, która wychudła, wynędzniała, cera twarzy nabrała barwy żółtawej, oddech w skutek powiększonego do rozmiarów wyżej wspomnianych guza był utrudniony. W takim położeniu rzeczy okowanie było niekorzystne, a sposób postępowania lekarskiego trudnym do oznaczenia. W stanie, w jakim się chora znajdowała, przy upadku sił zupełnym, zapalnym rozdrażnieniu torbiela, nowe przedsięwzięć nakłóć nie zdawało się wskazaném; groziło bowiem po wypuszczeniu płynu nowe jego nabranie jak to już raz miało miejsce, czegoby jednak wycięczenie choréj przenieść nie pozwoliło. Nie pozostawało więc nic innego, jak czekać dalszego przebiegu, łagodząc, o ile można, środkami symptomatycznymi najdokuczliwsze objawy.

Niepomyślne rokowanie powiększyły dreszcze, które się pojawiły 28. marca wieczorem i następnych dni się powtarzały, nie ustępując zadawaną chininie. Dnia 30. marca wieczorem odwiadzwszy chorą, znalazłem ją w stanie bardzo zatrważającym. Skóra sucha, tętno przyspieszone, małe, wymioty nader częste, bezsenność zupełna od kilku dni—to wszystko nakazywało obawę o przyszły los chorój. Chcąc jej w jakibądź sposób ulżyć i snem pokrzepić zwątlone siły, zadałem $\frac{1}{2}$ grana octanu morfiny. Nazajutrz rano udałem się do chorój, nie spodziewając się poprawy i rozmyślając nad tém, czy jednak i w tym stanie, przy tak szybkiem nabieraniu torbiela nie wypadnie powtórzyć nakłócia. Jakież więc było zdziwienie moje, gdy, wszedłszy do chorój, zupełnie inny obraz, niż wieczora poprzedniego, ujrzałem. Chora bowiem czuła się bardzo dobrze, bole krzyża i dolnej części brzucha zupełnie ustały, gorączka znikła, tętno było spokojne, wymioty nie objawiały się. Opowiedziała mi, że, zasnąwszy około północy po zażyciu morfiny w największych bólach, obudziła się wkrótce, lecz bez uczucia bólu; naprężenie w dolnej części brzucha ustało, natomiast czuła prześcieradło pod sobą zmoczone, co przypisywała mimo jej wiedzy odeszłym stolcom, tak bowiem silnie cuchnąca była ta wydzielina. Dodała, że i w tej chwili, jakkolwiek żadnego parcia nie wywiera, stolce te bez jej wiedzy ciągle odchodzą. Śledząc ściany brzuszne, znalazłem torbiel w przeciągu 12 godzin znacznie zmniejszony, wierzchołek bowiem jego, który dnia poprzedniego sięgał powyżej pępka, dziś już poniżej tegoż odgraniczać się dawał. Brzuch za dotykaniem był niebolesny, bole krzyża zupełnie ustały. Domyśliłem się, że to, co chora uważała za bezwiednie odchodzące stolce był wyciek z pochwy, do której torbiel się otworzył. Rzeczywiście tak było. Przy śledzeniu bowiem pokazał się obfity, mocno cuchnący, ropiasty wyciek z pochwy; otworu jednak w sklepieniu pochwy wysledzić nie zdołałem, prawdopodobnie musiało to być to miejsce, przez które poprzednio nakłócie zrobiono. Rozmiary guza wynosiły: w wymiarze podłużnym 18 cm., w wymiarze poprzecznym 23, kiedy dnia 25. marca wymiar podłużny wynosił 26, a poprzeczny 28 cm. Przy tak szczęśliwym zwrocie choroby, zostawiłem chorą bez lekar-

stwa, zaleciłem jój tylko przykładanie kataplazmów na brzuch i przestrzykiwanie pochwy letnim odwarem lnianego siemienia. Odpływ ropiasty trwał dni 8 i za każdą bytnością moją znajdowałem mniejsze rozmiary torbiela. Zalecałem chorój pożywne pokarmy, kieliszek wina starego, aby pokrzepić zwątlone siły. Apetyt się wroczył i chora już nie womitowała. Bole krzyża, dreszcze, gorączka znikły i nie pojawiły się na nowo. Dnia 8. kwietnia odpływ z pochwy ustał zupełnie i chora stopniowo wracała do zdrowia. Przedsięwzięte śledzenie pokazało, że torbiel zmniejszył się do $\frac{1}{4}$ swojej pierwotnej objętości, miał w wymiarze podłużnym 6 cm., w poprzecznym 8. W szyjce macicznej żadna nie nastąpiła zmiana, zgłębnik i teraz wprowadzić się nie dał. Przyrostów żadnych nie ma, guz jest poruszalny, daje się przesuwac z jednej strony na drugą. Dolegliwości wszystkie, na które się dawniej chora uskarżała, ustąpiły.

P. Korzeniowski przypuszcza, że w przypadku tym guz, który następnego dnia na nowo się objawił, był skutkiem nowego napełnienia się torbiela cieczą. Następnego jednak jego powiększania się nie należy przypisywać dalszemu napełnianiu się tegoż, lecz zapaleniu i nasiękwowi tkanki łącznej okolicznej, w skutek czego torbiel wzniesiony został powyżej pępka. Dłuższe trwanie zapalenia tkanki łącznej spowodowało zropienie jój i wreszcie wyciek ropy na zewnątrz w miejscu, w którym nakłócie było zrobione. Że zaś ropa, która wyciekła, pochodziła z ropnia utworzonego w tkance łącznej, to ztąd można wnioskować, iż, gdyby takowa w torbielu była utworzoną, w takim przypadku po utworzeniu się drogi na zewnątrz w zupełności byłaby wyciekła i torbiel byłby zupełnie zniknął, co jednak tu miejsca nie miało: tak, że przyjąć należy, iż ropa pochodziła z ropnia utworzonego w tkance łącznej okolicznej i że torbiel, po nakłóciu na nowo zapełniwszy się, w dalszej sprawie zapalnej udziału nie brał.

Sprawozdawca Oddziału (J. Braun) jakkolwiek nie chce w zupełności odrzucać przypuszczenia kol. Korzeniowskiego, jednakże twierdzi, że sprawa zapalna głównie miała miejsce w samym torbielu. Nie zaprzecza temu, że tkanka okoliczna nie tylko mogła mieć, lecz prawdopodobnie miała udział w za-

paleniu torbiela, sądzi jednak, iż ropa, która na zewnątrz wyciekła, pochodziła z jamy torbiela. Twierdzenie zaś swoje opiera na tém, że nazajutrz po nakłóciu, gdy objawy zapalne bardzo jeszcze były małe, znaleziono torbiel napełniony prawie w tym samym stopniu, co i przed nakłóciem, miał bowiem w rozmiarze podłużnym 16 cm, w poprzecznym 18 cm., po odpłynięciu zaś ropy wymiary tegoż guza wynosiły tylko 6 i 8 cm. Jeżeli więc przyjąć trzeba, że guz nazajutrz po nakłóciu utworzony pochodził z nowego napełnienia torbiela, co jest niewątpliwe, gdyż objawy zapalne nazajutrz po operacyi tak były małe, że o nasięku tak ogromnym mowy być nie może: w takim razie nie ulega wątpliwości, że skoro ten sam guz po odpłynięciu ropy o $\frac{3}{4}$ się zmniejszył; ropa przeto, która na zewnątrz wyciekła, pochodziła z torbiela. Co zaś do tego, iż wyciek ustał przed zupełnem wypróżnieniem torbiela, to, podobnie jak to w innych ropniach się zdarza, iż otwor przed zupełnem, wypłynięciem zawartości się zakluja, i te to samo mogło nastąpić, szczerzej gólniej że zaklejeniu temu nie można było zapobiedz w podobny sposób, jak się to robi przy innych ropniach

Posiedzenie 16e, dnia 10. maja 1864. r.

Przewodniczący Oddziału p. Tyrcowski.

I. *Hydrocephalus chron.* II. Drgawki porodowe rozwiązanie przymusowe. II. Torbiel jajnika. IV. Przypadki ginekologiczne. V. Polip macicy. VI. Przetoki pęcherzo-pochwowe; śmierć z zapalenia nerek.

Obecny jako gość P Sikorski.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z posiedzenia poprzedniego —

I. P. Konitz zdał sprawę ze skutku, jaki nastąpił po zaleconém przez kolegów nakłóćciu wielokrotnie powtarzaném główki u dziecka dotkniętego ogromną wodną puchliną głowy, a przedstawionego Oddziałowi Towarzystwa na poprzedzającym posiedzeniu. P. Konitz za pomocą igielki wykonał 12 razy nakłóćcie w odstępach kilkodniowych. Sposób ten postępowania jednakże nie odniósł pożądanego skutku; rozmiary bowiem główki przez ciąg tego czasu powiększyły się: obwód,

który wynosił 64 cm., doszedł do 68, przytém zaczęły występować objawy podrażnienia mózgu.

II. Potém p. Konitz odczytał historią choroby kobiety dotkniętj w czasie porodu drgawkami (*eclampsia*). — W pierwszej połowie zeszłego miesiąca wezwany byłem około południa do pierwiastki niezamężnój, z prowincyi przybyłej, która o godzinie 8ej z rana doznała pierwszego napadu eklamptycznego. Brunetka, silnój budowy ciała, ciężę miała prawidłową, w ostatnim tylko miesiącu częściej narzekała na ból głowy, przytém kończyny dolne miała napuchnięte. Zastałem kolegę Kuleszę, który, będąc świadkiem kilku napadów, zalecił był upust krwi, gorczyczniki na kończyny dolne i okładanie głowy lodem. Środki wymienione w niczém nie przyczyniły się do zmniejszenia naprężeń tetanicznych. Między napadami, które przedstawiały zwyczajne cechujące oznaki w rzadkim stopniu natężenia, ciągła była bezprzytomność, śpiączka (*sopor*) z rżeniem. Twarz czerwona, oczy krwią nabiegłe, tętno 160, oddech bardzo przyśpieszony. Podczas przestanków tętno uderzało 150 razy na minutę, a oddech téż nie bardzo zwalniał, śpiączka trwała przy zupełnój bezprzytomności. Zewnętrzne badanie wykazało położenie płodu podłużne, bicie serca płodu po lewój stronie wyraźne; skrzywieniem ust objawia chora uczucie bolesne kurczeniami macicy wywołane, które pod ręką uczyć się dały. Pomimo zabezpieczenia języka, tenże mocno był skaleczony, obrzękły. Przy śledzeniu wewnętrznem części rodne miały podwyższoną ciepłotę. Ujście maciczne ku tyłowi zwrócone, o tyle otwarte, że palec dał się wprowadzić, który na główkę natrafił. Wody płodowe odeszły o godzinie 9ej. Radziłem przystawienie pijawek za uszami, enemy wypróżniające, dalsze okładanie głowy lodem. Wewnętrzne zastosowanie leków było niepodobném, a na wdychanie chloroformu, zmniejszającego bezwątpienia gwałtowność pojedynczych napadów, kolega Kulesza zgodzić się nie chciał z obawy powiększenia napływu krwi do głowy — Około godziny 4ej zeszliśmy się powtórnie u rodzącej. Silne napady ciągle się powtarzały, i to bez najmniejszego wpływu na poród. Taki stan rzeczy, trwający blisko 8 godzin, mało nam pozostawiał nadziei ocalenia życia rodzącej,

jeśli dalej pozostaniemy tylko nieczynnymi widzami ciągle powtarzających się napadów. Wiemy, że eklampsyi występującej w ostatnim okresie towarzyszą w największej liczbie przypadków prędko po sobie następujące kurczenia się macicy i dla tego widzimy, że często przyspieszony bywa poród. Jeżeli zaś eklampsya w przygotowawczym występuje okresie przed rozszerzeniem się ujścia macicznego, to poród bywa powolny, i to nie tyle skutkiem kurczowego zaciśnienia ujścia, jak raczniej z powodu za słabych bólów. Wiadomo też, iż samo powolne roztwieranie się ujścia może spowodować drgawki, a to z powodu, iż dolny odcinek macicy z jednej strony nadzwyczaj jest naciśnięty przez parcie główki, a z drugiej strony brzegi ujścia są naprężone przez ściągające się włókna mięśni podłużnych. W obecnym przypadku przyczynił się jeszcze do podtrzymywania napadów wczesny odpływ wód płodowych, wskutek czego płód wywierał za silny nacisk na powierzchnię macicy. Trwanie zatem tak długie nadzwyczajnie silnych napadów, a zarazem tak mały wpływ wywierających na postęp porodu, iż była obawa, że prędzej śmierć matki nastąpić może, nim ujście okaże się tak dalece otwartem, aby kleszcze założyć się dały, zniewoliły mnie do zastosowania rozwiązania przymusowego, na co kol. Kulesza się zgodził. Usiłowałem tedy przyspieszyć otwarcie ujścia przez tamponowanie kolpeurynterem, co zarazem służy do pobudzenia bólów. We dwie godziny ujście wewnętrzne rozwarło się do wielkości 2-złotówki: wówczas zrobiłem cztery nacięcia ujścia nożem, a niezadługo potem przystąpiłem do założenia kleszczy i kilkoma pociągnięciami wydobyłem dziecię płci męskiej, donoszone, ale nieżywe, które nie przedstawiało żadnej nieprawidłowości, nawet twarz nie była sinawa. Do chwili wydobycia dziecka naliczyłem przeszło 30 napadów. Drgawki trwające po porodzie z równą gwałtownością zmusiły mnie do wyjęcia łożyska z macicy, albowiem i łożysko może być powodem do dalszego trwania eklampsyi i, jak wiadomo, bardzo niebezpiecznych krwotoków. Głęboka śpiączka trwała jeszcze 36 godzin, przerywana napadami, których było jeszcze przeszło 20. Skóra chłodna i blada, tętno małe i niejednostajne zniewoliły nas do zadawania piżma. Powrot do przytomno-

ści nastąpił dopiero dnia 4. Chora nie wiedziała, że urodziła. Następnie brak snu, niespokojność majaczenie, były wskazania-
mi do kąpieli i zlewań zimną wodą, które bardzo chorą uspa-
kajały. Wewnątrz zadawano morfinę. Osłabienie władz umy-
słowych, brak pamięci trwały do końca 3. tygodnia. Obecnie
w pożądanem pozostaje zdrowiu.

III. *Sprawozdawca Oddziału* (J. Braun) opowiada dalszy
przebieg torbiela jajnika, którego obszerniejszy opis odczytał
na poprzedniem posiedzeniu. Wypływ ropy, po przebytém za-
paleniu, przez otwór, którym ciecz w torbielu zawartą wypu-
szczono, zmniejszył torbiel do $\frac{1}{4}$ jego pierwotnej objętości.
W tym czasie odpływ ropy ustał, lecz w krótkce potem ropa na
nowo wyciekać poczęła i pozostałość torbiela zupełnie znikła.

IV. P. Chwat opowiada kilka ciekawych przypadków
cierpień kobietom właściwych i dokonanych przez niego ope-
racyj, mianowicie zaś: 1) Przypadek podwójnej błony dzie-
wiczéj. Kol. Chwat wezwany był do kobiety zamężnéj, u któ-
réj spółkowanie nie mogło być dokonane z powodu grubości
i tęgości błony dziewiczéj. Przeciąwszy takową, natrafił palcem
śledzącym na błonę drugą, na pół cala po nad pierwszą; błonę
tę równie przeciął, dalsze części pochwy i macicy były praw-
idłowo zbudowane. Odpływy miesięczne w przypadku tym obja-
wiały się jak się należy. 2) Drugi przez kol. Chwata o po-
wiadany przypadek tyczył się kobiety, u której w przeciągu
1 $\frac{1}{2}$ roku polip maciczny po odjęciu 5 razy odrastał. Pierwszy
raz osoba ta była operowana przez dra Flamma, kol. Chwat
zaś takową w przeciągu 7 miesięcy trzy razy operował. 3)
Wreszcie kol. Chwat w ostatnich czasach dokonał odjęcia
gruczołu piersiowego z przyczyny jego przerostu (*hypertro-
phia*). Gruczoł po odjęciu ważył 15 $\frac{3}{4}$ funtów. Operacja szczę-
śliwie dokonana została i chora cieszy się zupełném zdrowiem.

V. Przypadek odjęcia polipa macicznego za pomocą
pręcika przewiązkowego (*Ligaturstübchen*) Græfego o po-
wiada *przewodniczący*.

VI. P. Sikorski odczytuje opisy chorób i przedstawia
okazy anatomiczne, wyjęte z dwóch kobiet dotkniętych prze-
tokami pochwo-macicznymi, a zmarłych w szpitalu Dzieciątka

Jezus, dokąd przybyły dla uleczenia się z rzezonego cierpienia. Ciekawém jest w tych przypadkach, że obie kobiety, zkąd innąd zdrowe, jednego dnia uległy jednemu i temu samemu cierpieniu, mianowicie ostremu zapaleniu nerek i prawie jednocześnie umarły. W przypadku 1. kobieta na dwa miesiące przed przybyciem do szpitalu przeżyła poród. Poród miał być dosyć trudny i dziecię przyszło na świat nie żywe. Od chwili porodu mocz zaczął się sączyć bezprzestannie z pochwy. Przy śledzeniu znaleziono zwężenie znaczne pochwy, z którego mocz się sączył. Zwężenie to było tak znaczne, że palca śledzącego nie zdołano przesunąć i z tego powodu część pochwy po za tém zwężeniem leżąca i część pochwowa macicy nie mogły być zbadane. Okaz pośmiertny przedstawia na tylnój ścianie pęcherza moczowego otwór mniejszy od wielkości grosza, o brzegach stwardniałych, gładkich, prowadzący do pochwy macicznej. Pochwa maciczna w odległości 2 cali od tego otworu przedstawia znaczne zwężenie, w które zaledwie koniec palca wprowadzić można. Między powyższym otworem a zwężeniem ściany jój okazują się ścięnczate. Szczególnie zaś cienką przedstawia się ściana tylna. Część pochwowa macicy skrócona, jama macicy nieco zwiększona, błona śluzowa wyściełająca wewnątrz jój i pochwy spulchniała, ciemno-szarój barwy. W przypadku 2im poród trwał przez dwa dni, ukończył się wszelako siłami natury. Po porodzie mocz zaczął się wydalac bezprzestanie z pochwy i stan ten trwał już od kilku miesięcy przed przybyciem do szpitalu. Przy śledzeniu wykryto na przedniej ścianie pochwy w górnej jój części przetokę pęcherzo-pochwową téj wielkości, że swobodnie można było w nią wprowadzić dwa palce. Okaz pośmiertny przedstawia pęcherz moczowy skurczony, na ścianie jego tylnój okazuje się otwór dość znaczny o brzegach gładkich, do pochwy prowadzący, której błona śluzowa, miejscami ścięnczała, ciemno zabarwiona, okazuje miejsce wysiękiem dławcowym (krupowym) pokryte. Błona śluzowa macicy pulchniejsza, także ciemno-zabarwiona.

Z okoliczności tych przypadków p. Chwat przytacza, że przypadki przetok pęcherzo-pochwowych należy leczyć jak najwcześniej, ma się bowiem wtedy największą pewność uleczenia

ich. Przytacza przypadek, w którym wezwany został do kobiety na trzeci dzień po położeniu. Znalazł przy śledzeniu przetokę pęcherzo-pochwową, natychmiast brzegi jej dotknął kamieniem piekielnym. W dwa dni potem otwór do tego stopnia się zmniejszył, że zaledwie można było przezeń przeprowadzić pióro. Powtórzywszy jeszcze kilka razy dotykaniem kamieniem, w 8 dni osiągnął zupełne zniknięcie otworu. W dwóch innych przypadkach skutek również był pomyślny.

Posiedzenie 17ste, dnia 14. czerwea 1864. r.

Przewodniczący Oddziału P. Tyrchowski.

I. Włókniaki macicy; wyluszczenie. II. Wodna puchlina w ciąży. III. Dławiec.

Protokół z posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

I. P. Konitz następnie opowiada przypadek, w którym wyluszczył kilka drobnych włókniaków i jeden większy. Było to u kobiety 37 lat mającej, która porodów nie odbywała. W 14. roku życia po raz pierwszy okazał się odpływ krwi miesięczny, który, jak wszystkie następne, w przerwach 4-tygodniowych pojawiające się, trwał tydzień i bez bólu. Przed 7mią laty, z powodu nie okazania się w swoim czasie odpływu miesięcznego napiwszy się szafranu, dostała silnego krwotoku, który pomimo użycia lekarstw trwał bez przerwy rok cały. Przez następne dwa lata krwawiła równie silnie z przerwami jednodziennymi, bez bólu. Ilość odchodzącej krwi wynosiła niekiedy do kwarty. Przez dwa dalsze lata przestanki w krwawieniu wynosiły od dwóch do trzech dni i wtedy w przerwach odchody były białawe, niekiedy bólu towarzyszyły krwawieniu. W ostatnich 2ch latach przestanki krwawienia bywały i dłuższe, od 5ciu do 6ciu dni. Ostatnim krwawieniem towarzyszył ból w okolicy podbrzusza i krzyża. Chora narzekała na brak tchu, bezsenność, zatwardzenie stolca, w ogóle na cały szereg cierpień z niedokrwistości pochodzących. Pomimo znacznej poprawy po zastoso-

waniu środków tonicznych i żelaznych w ostatnim czasie przez kol. Korzeniowskiego, p. Konitz zastał wspólnie z nim chorą bardzo osłabioną, macicę na 2 palce po nad kośćmi łonowymi wystającą, palec wprowadzony do pochwy napotykał macicę na przód przechyloną, przedni odcinek więcej wypełniony, część pochwową zanikłą, a przez ujście zaledwie dał się wprowadzić palec. Zrobiono przypuszczenie, że włókniak jest szypułkowaty. Z tego powodu p. Konitz zaprowadził zatykadło (tampon) a następnie gąbkę do samej macicy, a po obniżeniu jej przez nacisk na dno, p. Konitz był w stanie palcem wy badać całą wewnętrzną powierzchnię narzędzia, w którym wyszedł na tylną powierzchnię i u dna kilka włókniaków rozmaitej wielkości, nie połączonych z sobą, a na przedniej powierzchni taśmę gęsto i grubo zasianych brodawek. Oprócz kilku drobniejszych wyłuszczonych przez kol. Korzeniowskiego, wyłuszczył p. Konitz włókniak osadzony w tkance podśluzowej tylnej powierzchni macicy, o szerokiej podstawie, której średnica wynosiła do 3 centymetrów, wystający do jamy macicy w kształcie grzyba. Krwawienie podczas i po operacji nie było wielkie. Po takiej operacji należało się spodziewać odczynu. Jednakże rzeczy pomyślniejszy przybrały obrot. Odczynu zapalnego bowiem zupełnie nie było. Następnym dni p. Konitz zaprowadzał do macicy pręciki z garbniku (taniny), a o dalszym przebiegu nie omieszka zawiadomić kolegów.

II. Ciekawy przypadek wodnej puchliny i zniknięcia jej w ciągu ciąży opowiada *przewodniczący*. Osoba niedokrwiła w 7ym miesiącu ciąży uległa zapaleniu cewki moczowej, szyi pęcherza i pochwy. Po dwóch tygodniach przy stosownym leczeniu powróciła do zdrowia, i ciąża w dalszym rozwoju swoim przebiegała szczęśliwie. Jednakże stan ten pomyślny się zmienił. Chora bowiem zaczęła puchnąć. Kończyny dolne i górne i brzuch były mocno obrzmiałe. Przyłączyło się do tego zapalenie oskrzeli, którego powodem była wodnica płuc (*oedema pulmonum*). Części rodne były tak mocno nabrzęknięte, że śledzić chorą nie można było. Przyczyną puchliny mogło być cierpienie nerek, jednakże w moczu białka nie zdołano wykryć. Chora tymczasem puchła coraz więcej i nasuwało się

wskazanie przyśpieszenia porodu dla przyniesienia jój ulgi. Wybór środków w danym przypadku był trudny. O środkach mechanicznych myśleć nie można było, gdyż części rodne z powodu ogromnego obrzmienia były nie przystępne. Przewodniczący zalecił wewnętrzne użycie sporyszu. Środek ten jednakże nie przyniósł pożądanego skutku i rokowanie zdawało się niepomyślne. Jednakże, jak w wielu przypadkach, tak i w tym obawy nie ziściły się. Puchlina bowiem zaczęła powoli znikać i obrzmienie tak dalece się zmniejszyło, że dziś można się spodziewać szczęśliwego ukończenia ciąży.

III. W końcu posiedzenia p. Apte mówił o dławcu (*croup*) i zalecał w niektórych przypadkach, mianowicie u dzieci krwistych, upust krwi, który, poprzedzając operacją tracheotomii, rokowanie takowej czyni pomyślniejszém. Przeciwno temu zdaniu występował *sprawozdawca* (J. Braun) i inni koledzy.

Posiedzenie 18ste, dnia 9. sierpnia 1864. r.

Zastępujący przewodniczącego p. Konitz.

Rozrost części pochwowój macicy z zagięciem macicy ku tyłowi
odjęcie szyjki macicy.

Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Pan Konitz opowiada przypadek rozrostu i wypadnięcia całej części pochwowój macicy z zagięciem macicy ku tyłowi i dokonanego odjęcia (amputacji) szyjki macicy.

Kobieta, licząca lat 23, nie przypomina sobie żadnych ważniejszych chorób dziecięcych. Budowa ciała silna, mięśnie jędrne, barwa skóry biała, dziąsła czerwone, od 15. roku miewa odpływy krwi miesięczne prawidłowo; poroniła przed czterema laty w 3cim miesiącu ciąży, a przed 7mią kwartałami przebyła poród trwający 18 godzin, po którym we dwa tygodnie zajęła się robotą, jako służąca. W pierwszych miesiącach ciąży po upadnięciu na ziemię czuła, że jój coś wystaje z pochwy. Później,

jak to zwykle bywa, nastąpiło wzniesienie się macicy do góry. Krwawienie po porodzie było małe. Badając chorą, po spokojném zastowaniu się za pomocą palca napotyka się w odległości jednego centimetra od ujścia pochwy część pochwową macicy pulchną. Obydwie wargi maciczne wyrodzone, jednakowo wybują. Przednie sklepienie pochwove obniżone, na 3 centymetry od ujścia, tylne zaś odległe na 7 centymetrów. U choréj będącéj w ruchu wystaje część pochwowa na zewnątrz części rodnych, a długość téjże, mierząc od przyczępienia sklepienia pochwowego, prawie zdwojona. Odpowiednio temu zaprowadzony cewnik wązki wykazuje zmianę położenia pęcherza moczowego, przewód szyi nie jest zwężony. Dno macicy wypełnia wydrążenie kości krzyżowéj z kierunkiem mniej więcej ku bokowi lewemu. Śródkrocze znacznie uszkodzone. Odprowadzenie udaje się, ale dno macicy nie postępuje wyżej skutkiem zagięcia. Podług p. Hugier byłby to po prostu rozrost macicy; utrzymuje on bowiem, jak wiadomo, że cierpienie, które zwykle opadnięciem nazywamy, jest tylko zależném od całkowitego lub częściowego rozrostu tego narzędzia i dla tego zaleca jako środek stanowczy przeciwko opadnięciu odcięcie części pochwovéj macicy. Wszelako rozrost macicy nie jest zawsze jedyną przyczyną opadnięcia: albowiem w wielu przypadkach przerostu macica wcale się nie obniża; w innych znowu razach, gdzie macica czasem z dnem opada prawie do ujścia pochwy, nie widzimy wcale rozrostu. W tym przypadku uważam opadnięcie za pierwotne, a następne przedłużenie szyi macicy zawisło głównie od nowo utworzonéj tkanki łącznéj.

Celem doprowadzenia rozrośléj części pochwovéj macicy do prawidłowéj wielkości, sposobem próby pędzlowałem przez kilka tygodni jodem, bez żadnego jednakże skutku. Przystąpiłem tedy do operacyi, która się odbyła przed 4ma tygodniami, po uśpieniu choréj za pomocą chloroformu, przy współudziale kolegów Brauna i Langowskiego. Po poprzedniém wypróżnieniu kiszki odchodowéj i pęcherza moczowego ułożyłem chorą jakby do cięcia kamienia, a zaprowadziwszy kleszcze Roberta do pochwy, ująłem niemi

część pochwową macicy, usiłując ją umiarkowanym pociąganiem narzędzia na zewnątrz wyprowadzić, zatopiłem następnie w boki części pochwowój dwa ramiona haczykowatych kleszczy. Powyżej kleszczy przeprowadziłem jedną igłę długą, cokolwiek zakrzywioną z góry na dół, drugą zaś w poprzek części pochwowój tak, że się z sobą krzyżowały. Między igłami i kleszczami haczykowatemi założyłem ugniatacz (*écraseur*) Lüera i w przeciągu $\frac{1}{2}$ godziny oddzieliłem nim część szyjki na przeszło 2 centymetry długą. Krwawienie było mierne. Przez ostrożność zatamowałem takowe małym zatykadłem z waty, zmoczanem w roztworze półtora-chlorku żelaza. Po ułożeniu choréj do łóżka zastosowano na brzuch i łono zimne okłady. Spotrzebowano 2 uncye chloroformu. Po operacyi gorączka była nieznaczna. W 5 dni zjawił się odpływ miesięczny prawidłowy, który obecnie, t. j. w trzy tygodnie przeszło po operacyi powtórzył się. Rana pokryta dobrém brodawkowaniem zmniejsza się, usta maciczne są na 6 centymetrów od ujścia pochwy odległe i otwarte, z przedniej wargi tylko kilka linii pozostało, z tylnéj blisko 3 centymetry. Macica, jak przed operacyą, zagięta jest ku tyłowi.

Dr. Jan Braun.

POSIEDZENIA OGÓLNE.

Posiedzenie 22. d. 22. listopada 1864. r.

Prezes p. Natanson.

I. Dzieła nadesłane. II. Rozpraszacz (*pulvérisateur*). III. Czynności administracyjne. IV. Sprawozdanie i kandydatury na członków. V. Zmora (*incubus*).

Obecnych członków 18 i pp. Bruner, Chomętowski, Malcz, Nawrocki, J. F. Nowakowski, Sikorski i Smiechowski, jako goście.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia,

I. Złożono nadesłane do Biblioteki Towarzystwa następujące dzieła:

1. K r y s z k a: Receptura, czyli nauka pisania recept. Warszawa 1865. (Sprawozdawca wice-prezes, p. Majewski).

2, S e i f m a n: Włośnik i włośnica (odbitka z Pam. Tow. lek. W.) tudzież: Uwagi o możliwości udzielania się księgosuszu owcom. (odb. z Koresp. roln. i przemysł.) Warszawa 1864.

3. *Protokoły obszczestwa Kijewskich wraczej.* Kijew 1864. (Sprawozd. p. Wilczkowski).

4. B r u n e r (Mikołaj): O kwasie moczowym pod względem chemicznym, fizyologicznym, patologicznym, sądowo-lekarskim i terapeutycznym. Warszawa 1865. (66 stron w 8-ce). Sprawozd. p. Apte.

5. T a l k o: O zwichnieuiu soczewki (rozprawa w języku ross. na stopień doktora med.) Kijów 1864. (sprawozd. p. Narkiewicz-Jodko).

6. W. S t e p f: O przerodzeniu amiloidowém (rozprawa w języku ross. na stopień doktora med.) Kijów 1864. (sprawozd. p. Brodowski).

II. *Prezes* okazał kolegom przyrząd rozpraszający płyny (*pulvérisateur*) dra L e w i n a w Berlinie, tudzież sposób działania takowego objaśnił. Przytém przypomniał, że przed kilką laty kol. Kochler okazywał na posiedzeniu naszego Towarzystwa pierwszy przyrząd rozpraszający pomysłu p. Sales-Girons, tudzież że wkrótce potem kol. Dybek przedstawił Towarzystwu takiż przyrząd udoskonalony przez nie żyjącego już Antoniego Hana, dyrektora mennicy Warszawskiej, i że ten przyrząd był zupełnie podobny do podanego przez dra Lewina.

P. N e u g e b a u e r przy téj sposobności wspomniał o zalecaném obecnie przez niektórych lekarzy zastosowaniu wdychań pary gorącej w leczeniu koklusu, tudzież wdychań wody wapiennej w dławcu (krupie), któryto ostatni środek cudowne miał sprawiać skutki w przypadkach, gdzie już groziło uduszenie (*asphyxia*).

P. C h w a t był zdania, że skutków tych zbawiennych nie podobna przypisywać wodzie *wapiennej*, ale działaniu pary wodnej na drogi oddechowe: z tego powodu w dławcu nawet po wykonaniu tracheotomii stara się wystawiać swych chorych na działanie pary gorącej, przykładając płatki płócienne

maczane w wodzie gorącej na otwór w tchawicy, przykrywając nadto chorego prześcieradłem, i t. d.

P. Chomętowski nadmienił, że pierwszy p. Sales-Girons zastosował płyny rozproszone w leczeniu dławca i mówił o rozpraszaczu ulepszonym przez dra Schnitzlera w Wiedniu.

III. *Prezes*, doniosłszy, że następujące posiedzenie Towarzystwa będzie posiedzeniem administracyjnym, zaprosił kolegów: Grabowskiego, Markusfelda i Stummera do delegacji mającej przejrzeć rachunki i stan kasy Towarzystwa i kasy wsparcia lekarzy, tudzież przedstawić projekt budżetu Towarzystwa na rok 1865.

Tenże przedstawił złożony przez pięciu członków (pp. Chomętowskiego, Frydrycha, Krysińskiego, Lubelskiego i Płaskowskiego) projekt utworzenia w łonie Towarzystwa osobnego Oddziału psychiatrycznego, poświęconego chorobom umysłowym i psychiatry sądowej. Towarzystwo, z zadowoleniem myśl tę przyjąwszy, postanowiło rzeczony projekt obesłać okólnikiem dla zebrania podpisów członków chcących brać udział w czynnościach proponowanego Oddziału.

IV. P. Helbich odczytał sprawozdanie z dzieła pp. Neugebauera i J. F. Nowakowskiego p. n. „Nauka o wnętrznościach (*splanchnologia*). Warszawa 1865.“ i na zasadzie tegoż sprawozdania przedstawił wspólnie z kol. Szokalskim pana Janusza Ferdynanda Nowakowskiego na członka czynnego Towarzystwa.

Prócz tego przedstawieni zostali jeszcze na członków czynnych Towarzystwa:

2. P. Ludw. Mik. Bruner przez koll. Szokalskiego i Tyrchowskiego. (Sprawozdanie z rozprawy pana Brunera złoży kol. Aptę. Zob. wyżej I. 4).

3. P. Mieczysław Malcz przez *prezesa* i kol. Wilczkowskiego. (Sprawozdanie z pracy p. Malcza p. n. „Pogląd na przyczyny, historią i przebieg chorób zaraźliwych u zwierząt w stosunku do człowieka“ złoży p. Seifman).

4. P. Antoni Sikorski przez koll. Tyrchowskiego i Stan. Janikowskiego. (Sprawozdanie z rozprawy p. n. „O całkowitem wycięciu jajnika. Warszawa 1864.“ złoży kol. Konitz).

Następnie *prezes* wspólnie z kol. Andrzejem Janikowskim przedstawił na członka honorowego Towarzystwa dra Jozefa Brodowicza, profesora wysłużonego wszechnicy Krakowskiej, byłego komisarza rządowego przy Zakładach naukowych w Krakowie, b. Prezesa tamtejszego Towarzystwa naukowego, ze względu na zasługi położone dla rzeczy lekarskiej w uniwersytecie Krakowskim i na długoletnie prowadzenie téjże kliniki.

Wreszcie na członków korespondentów Towarzystwa przedstawieni zostali pp.

Dr. Antoni Munkiewicz (z Warszawy), obecnie zamieszkały w Rosławlu (gub. Smoleńskiej) przez pp. Brodowskiego i Stanisł. Janikowskiego. (Sprawozdanie z pracy tegoż p. n. „Rys choroby Brighta z dzisiejszego stanowiska nauki“ złoży kol. Brodowski).

2. Dr. Julian Kulski z Radomska przez pp. Helbicha i Janikowskiego (Stanisława), jako zdający sprawę od dwóch lat w Pamiętniku Tow. lek. W. z ruchu naukowego towarzystw lekarskich zagranicznych

3. Prof. Madurowicz, dr. Oettinger, prof. Gustaw Piotrowski i prof. Teichmann, wszyscy w Krakowie, przez *prezesa* i kol. Hoyera, w uznaniu prac naukowych ogłaszanych w Przeglądzie lekarskim Krakowskim i w Rocznikach Towarzystwa naukowego Krakowskiego.

V. P. Rosenfeld, jako gość, zwracał uwagę kolegów na cierpienie, zdaniem jego nadzwyczaj często, bo niemal u 20 osób na 100 pojawiające się (?), a mianowicie na zmorę (*incubus, Alpdrücken*) i opowiedział swoje tego rodzaju cierpienie, którego nader często od lat dzieciennych doświadcza.

P. Helbich oświadczył, że zmora jest objaw, który z wielu rozmaitych przyczyn pochodzi.

Prezes nadmienił, że zmora, którąby można nazwać idiopatyczną, pochodząca jak, się zdaje, z cierpienia n. błędnego, nader rzadko się wydarza i sądził, że to, czego doznaje kol. Rosenfeld, jest tylko sen niespokojny.

P. Szokalski był zdania, że p. Rozenfeld w chwili przejścia od snu do czuwania miewa złudzenia zmysłowe, połączone ze stanem kurczowym mięśniów oddechowych i serca.

WIADOMOŚCI ZAKBAJOWK.

KRONIKA LEKARSKA ZAGRANICZNA.

Przez Dra Juliana KULSKIEGO

w Radomsku.

Treść: 1. **Paryż.** *Akademia lekarska:* Pochwała Delpecha, rozdanie nagród. 2. Życie noworodków bez oddychania. 3. Obrzmienie skórne znakomite swemi rozmiarami. 4. Eteryzacya. 5. *Akad. umiejętności:* Zmiany w nerwach przy otruciach. 6. *Tow. chirurgiczne:* Wnioski rozpraw dotyczących budowy szpitali. 7. *Tow. lekarzy szpitali:* Bezskuteczność tracheotomii z powodu choroby nerwów krtaniowych i błędnych. 8. **Londyn.** *Tow. medyko-chirurgiczne:* Narodził się gębczasta na nagłośni (*epiglottis*), wyluszczenie. 9. Tętniak gałki ocznej powodujący jej wypchnięcie. 10. Przyczyny śmiertelności dzieci, zmniejszenie tężże. 11. *Tow. położnicze:* Kierowanie trzeciego okresu porodowego. 12. *Tow. patologiczne:* Tętniak tętnicy brzusznej. 13. Otrucie w skutku użycia nalewki jodu zewnętrznie. 14. Przypadki uduszenia, tracheotomia, wyjęcie kawałka żelaza z głośni. 15. Zator tętnicy mózgowej średniej, porażenie; następstwo kiły. 16. **Floreneya.** Glisty w mięszu wątroby; śmierć. 17. **Wiedeń.** *Tow. lekarskie:* *Molluscum simplex*. 18. Użycie nalewki jodo-galasowej zewnętrznie.

Dnia 10. stycznia 1865. r.

1. Miesiąc grudzień jest zawsze najświetniejszym dla Akademii, zawiera bowiem w sobie posiedzenie doroczne. Podobnie jak w roku zeszłym, sekretarz doroczny, p. Béclard wygłosił **pochwałę Delpecha**, sławnego chirurga szkoły w Motpellier. Mąż ten, wyrwany morderczą ręką nauce i ludzkości jeszcze w sile wieku, przyszedł do szczytu chwały własną pracą. Syn ubogiego ojca, winien był przypadkowi zwrot swój ku medycynie, a mianowicie kilkodniowej chorobie chirurga Larreya opatrującego jego ojca, gdzie, przypatrując się

opatrywaniu, w 12ym roku życia wykonał je sam tak, że L a r e y wprawną rękę widzieć tylko mógł. We dwa lata później wykładał już swym współkolegom anatomię. W 18ym roku życia wszedł jako chirurg do wojska, a opuściwszy służbę wojskową z powodu choroby, w Montpellier uzyskał stopień doktora. Pełen sławy, jako znakomity autor i chirurg, w 35. roku życia usiadł na ławce konkursowej i, jako zwycięzca zdolnych współzawodników, zajął katedrę chirurgii w Montpellier. W tej wszechnicy pracował zaszczytnie aż do dnia, w którym kula mordercy przeszła szlachetne i wzniosłe serce i wyrwała życie temu, który mógł długie lata nieść w ofierze cierpiącej ludzkości i zarabiać dłużej na uznanie u ludzi sławą naukową. Śmierć ta pokryta jest tajemnicą. Morderca samobójstwem przeciął nić wiadomości, a nadwerężenie tajemnicy lekarskiej ze strony D e l p e c h a, któremu to morderstwo przypisywano, odpycha p. B é c l a r d, robiąc słuszną uwagę, że charakter D e l p e c h a nie mógł być zdolnym do tego, gdy tymczasem morderca już poprzednio odsiadywał cztery lata więzienia za zamach na życie. Z przyjemnością zapisuję tę uwagę sekretarza Akademii; rozwiewa ona cień, jakiby padał na nieskazitelnym charakter męża, całe życie poświęcającego swą pracę i zdolności dobru bliźnich i zanadto wysoko ceniącego stanowisko lekarskie, iżby świętość powołania mógł nadwerężyć. P. B é c l a r d zakończył pochwałę słowami M a s s i l l o n a, „że charakterów prawdziwej wielkości nie trzeba szukać w szczeblach rodowych, w błysku tytułów, w rozległej władzy, lub godności; nie posągi i napisy robią ludzi nieśmiertelnymi, bo te niszczy wcześniej lub później smutny bieg czasu i nietrwałości rzeczy ludzkich; ale prawdziwa wielkość o tyle jest niezniszczoną, o ile człowiek był pożytecznym.“

Akademia w tym roku tylko trzy **nagrody** udzieliła w zupełności, a mianowicie nagrodę C a p u r o n a za rozprawę „o wymiotach nie dających się wstrzymać w ciąży“ p. P o r e a u; dalej G o d a r d a za najlepszą pracę o patologii wewnętrznej panu L e g r o s; w końcu wielką nagrodę O r f i l i wynoszącą 6,000 franków, o grzybach trujących, p. B a u d i e r. Trzy nagrody podzieliła między kilku autorów najlepszych,

a jednej nie udzieliła zupełnie. Nagrody lekarzom szczepiącym ospę były liczne w tym roku: oprócz trzech nagród w pieniądzu (po 1500 franków) rozdano 4 medale złote i sto srebrnych; lekarzom epidemij jeden medal złoty, dziewięć srebrnych, pięć spizowych i dosyć znaczną ilość listów pochwalnych; lekarzom zdrojowym sześć medalów srebrnych, trzy spizowe i kilka listów pochwalnych.

2. Temuż uczonemu ciału przedłożył p. Bardinet ciekawą pracę o **życiu bez oddychania u niektórych noworodków**. Opisawszy szczegółowo tu należące przypadki, wyprowadza autor następujące wnioski: 1. Że życie noworodków, może się utrzymywać do godzin piętnastu bez oddychania. 2. Że utrzymanie się takie życia jest własnością dzieci przedwcześnie urodzonych; przynajmniej w przypadkach napotkanych u takich noworodków miało to miejsce. 3. Że wysoka ciepłota zdaje się wpływać pomyślnie na utrzymanie życia bezoddechowego, gdyż wszystkie trzy jego przypadki miały miejsce w sierpniu. 4. Że życie zdaje się utrzymywać przez krążenie przy pomocy otwartego przewodu tętniczego i otworu Botala. 5. Że dzieci, u których życie istnieje, mogą przedstawiać podbiegnięcia krwi (*cechymosis*) i skrzepy w następstwie urazy zewnętrznej, podobnie jak dzieci, które oddychały. 6. Że możebność śmierci pozorniej przez akuszerów opisaniej zasługuje na pilną uwagę. 7. Że noworodek może być przez kilka godzin zakopany, nie tracąc życia. 8. W końcu, że utrzymywanie się życia, nie jest wynikiem pomniejszonej sprawy oddechowej, lecz zależy od właściwej sprawy prawidłowej, a mianowicie utrzymania się chwilowego otworu Botala i przewodu tętniczego.—Pracę tę autora oddano pod ocenienie wyznaczonej na ten cel komisji. Przypuściwszy sprawiedliwość uwag, byłoby to nadzwyczaj ważnym faktem pod względem medycyny sądowej, gdyż sprawa oddychania była dotychczas uważaną jako *critérium* osobnego życia płodu; zachodzi tu jednak naraz pytanie, jak poznać ten rodzaj życia w braku śladów zewnętrznego gwałtu, bo przy ich obecności, choćby płuca nie oddychały, w razie zasadności wniosków autora życie samoistne płodu nie ulegałoby wątpliwości.

Od lekarzy sądowych wymagaćby wypadało ścisłych spostrzeżeń, któreby kwestyą tę wyświecić mogły (1). (*L'union médicale*, Nr. 131. T. XXIV).

3. Do jakiego olbrzymiego stopnia narosłe przyjść mogą, pokazuje nam przypadek p. Titou. Chory, 28 lat liczący, przed 15 lub 16 laty miał małą **narośl tłuszczakową** (*lipoma*) na tylnej części szyi; przed ośmiu laty była ona za ledwie wielkości pięści, w roku 1858. to zdwojenie (*duplicitura*) skóry, przerosłej w swych składowych pierwiastkach, było już tak znaczne, że mogłoby być służyć za kaptur na głowę. Od kilku miesięcy wzrost był tak nagłym, że obecnie to skórne zdwojenie przykrywa łopatkę i dwie trzecie ramienia prawego, a z tyłu spada w postaci worka aż do łędźwi. W części swój najniższej przerosła tkanka łączna tłuszczowa tworzy masę tłuszczakową, która swym ciężarem wywiera na szypułkę ciągnienie, przyczyniające się tém bardziej do wzrostu obrzmienia. Bezczułość jest zupełna wszędzie tam, gdzie skóra utraciła swą prawidłową budowę, lubo czucie istnieje tu i owdzie na małych wyrosłach tłuszczakowych. Chory aż do rozwinięcia się tych ostatecznie wielkich rozmiarów był zupełnie zdrowy; od tego czasu jednak co miesiąc lub dwa dostaje gorączki, wymiotów żółciowych, rozwolnienia i obfitych potów, co trwa od 6 do 8 dni, poczem siły wraz z apetytem wracają. Mimo to jednak wychudnienie jest coraz większe, tak, jakby całe siły życia w to obrzmienie chorobowe przechodziły. Zasługuje na uwagę ta okoliczność, że u ojca chorego, 66 lat liczącego i dobrém cieszącego się zdrowiem znajduje się znaczna bardzo ilość małych obrzmiń tłuszczakowych po całym ciele, a u matki, 63 lat liczącój, znacznej objętości wole (*struma*), które po zameżciu się rozwinęło i z każdą ciążą się powiększało. (Tamże Nr. 142).

4. Smutne przypadki, jakie **chloroformowanie**, na szczęście rzadko, za sobą pociąga, zajęły uwagę lekarzy, a mia-

(1) Prace prof Maschki w Pradze i innych lekarzy sądowych już dawniej wykazywały możność życia noworodka bez oddychania. *Red.*

nowicie w Anglii, gdzie rzecz można, że przypadki śmierci tego rodzaju były najczęstsze, i skłoniły komisją Towarzystwa med. chir. w Londynie (1) do oznajmienia, że połączenie eteru z chloroformem jest najbezpieczniejszym. Obecnie p. Regnault przedłożył prace swe wspólnie z p. Adrian dokonane, a dotyczące eteru, jako środka usypiająco-zbuczulającego. Z doświadczeń tych wypada, że eter użyty w zupełnej czystości, uwolniony od najmniejszego śladu zanieczyszczenia wysokiem, sprowadza uśpienie daleko prędziej i pewniej, niż eter zwyczajny; że okresu rozdrażnienia nie ma przy jego użyciu, że zupełnie zbuczulenie następuje w pięć do ośmiu minut i tak, że zasługuje że wszech miar na równieństwo z chloroformem, nie posiadając przymiotów niebezpiecznych tego ostatniego. Jestto wielką zasługą, bo liczne przypadki z chloroformem, którego dawka nie da się ocenić dokładnie, zachwiały w ostatnich latach mocno użycie zbuczulania, mianowicie na prowincyi, gdzie trudno mieć czasem odpowiednią liczbę kolegów tak, aby jeden wyłącznie tylko chloroformowaniu się poświęcił. (Tamże Nr. 154).

5. Ciekawą jest praca p. Rudanowskiego, przedłożona **Akademii umiejętności, co do budowy układu nerwowego, jako też i sposobu badania tegoż.** Zamraża on bowiem tkankę nerwową przy 10 do 15° R., a listki z tego krajane barwi odwarem wodnym szkarłatu (*coccionella*) i oślania je balsamem kanadyjskim lub mięszaniną składającą się z 6 lub 7 części kleju rybiego z 8 częściami gliceryny. Opisał budowę drobnowidową prawidłową ośrodków nerwowych i nerwów, podaje następne szczegóły dotyczące zmian tychże przez działanie trucizn, a mianowicie: 1. Że po otruciu kotów, psów i królików strychniną, nikotyną, makowcem, chloroformem, budowa tkanki nerwowej przez też istoty się zmienia. 2. Że trucizny silniejsze, jak strychnina, nikotyna, sprowadzają zmiany w komórkach nerwowych i ich odnogach, gdy makowiec, chloroform, a nawet i wyskok pociąga zmiany

(1) Porówn. Pam. T. I. W., t. XLIX, str. 204.

w myelinie. 3. Że zmiany po nikotynie odznaczają się mocnym zabarwieniem i zniszczeniem komórek nerwowych z ich przedłużeniami jedynie tylko w rdzeniu przedłużonym w punkcie powstania nerwu podjęzykowego i błędnego. 4. Pod wpływem tych trucizn z nawałem (*congestio*) naczyń korzeni nerwów pacierzowych powiększają się tychże zbiorniki. 5. Kropla silnej trucizny, jak np. nikotyny, zabija większe zwierzę nie skutkiem zmian chemicznych w całym ustroju, lecz niszcząc małe narządy, jak komórki nerwowe, które są początkiem nerwów głównych narządów życia. 6. W końcu, że makowiec i chloroform działają na myelinę, która zamiast przybrać modłę ziarenek bezpostaciowych, przybiera kształt ciałek błyszczących przeświecających (1). (*Med. Times and Gazette* N. 757).

6. Od dwóch miesięcy *Towarzystwo chirurgiczne* zajmowało się rozprawami dotyczącymi **warunków higienicznych szpitalów**. Powodem do tychże był jeden z najdawniejszych, rzecz można, szpitalów europejskich, to jest *Hôtel Dieu* w Paryżu, który obecnie ma być na nowo wybudowanym. Nie przytaczałem treści tych rozpraw, bo przechodziły ony granicę szpalt mi dozwolonych; obecnie jednak nie mogę zaniechać przytoczenia zasad uznanych przez towarzystwo, które w każdym przypadku przy budowie szpitalów zasługują ze wszech miar na uwagę. Wnioski te są następujące: 1. Szpital powinien być budowanym w miejscu odkrytym, na pochyłości wzniesienia gruntu. *Minimum* miejsca na każdego chorego winno być 50 metrów kwadratowych i toż w miarę liczby chorych powinno się zwiększać. 2. Powietrze będzie tém czystsze, im bardziej szpital będzie oddalonym od nagromadzenia ludności, i dla tego w środku miast winny być szpitale tylko dla nagłych przypadków i nauki. 3. Dobre warunki dla chorych mogą być w miastach, jeżeli szpital nie obejmuje więcej niż 200 do 250 łóżek, po nad tą liczbą korzystne warunki

(1) Wprzyszłym poszycie *Pamiętnika* ogłosimy bardzlej szczegółowe sprawozdanie o poszukiwaniach dra Rudanowskiego, nadesłane nam przez kol. Dobieszewskiego z Paryża. *Red.*

hygieniczne nie dadzą się przeprowadzić. 4. Ponieważ pierwiastki powietrzne mieszają się głównie w linii poziomej, unikać trzeba zapomocą przewiewów skutków styczności i zbliżenia się, które stanowi przeludnienie (*encombremant*). 5. Przeciwko przyrzutom nietylko trzeba działać ilością pewnej znacznej ilości stóp powietrza dla każdego chorego, ale powiększając i powierzchnią, dla czego również unikać trzeba wielu pięter. 6. Że najważniejszym warunkiem jest przewietrzanie naturalne, czego ani sztuczne, ani znaczniejsza ilość stóp sześciennych dla każdego chorego przeznaczona zastąpić nie potrafi. 7. Budynki powinny być zupełnie odosobnione, znajdować się w jednej linii, lub w równoległych, ale w odstępach 80 do 100 metrów jeden od drugiego i wystawione bez żadnej przeszkody na działanie promieni słońca, wicherów i deszczu. 8. Sale nie powinny zawierać łóżek więcej, niż 15 do 20, a prócz tego mają być osobne pokoje dla chorych, których odosobnienie jest konieczne. 9. Porządki w salach i meble nie powinny przeszkadzać przewietrzaniu. 10. Sale powinny być oddzielone przez schody i mieszkania ogólnej służby, a pożądane są sale osobne, w którychby przez dzień mogli przebywać chorzy nie potrzebujący leżeć w łóżku, w skutek czego właściwe sale z łózkami chorych dałyby się przez dzień lepiej przewietrzać. 11. Koniecznym warunkiem powinno być peryodyczne opróżnianie sal w ciągu roku na parę miesięcy, mianowicie w czasie chorób epidemicznych. 12. Urządzenie mające na celu jak najszybsze wydalenie i zniszczenie odchodów, odpadków opatrunkowych, wody używanej do mycia i t. d. Z powyższych punktów widzimy, że podobne urządzenie należeć pewno będzie jeszcze długie lata do „*pia desideria*“ lekarzy z jednej, a cierpiącej ludzkości z drugiej strony. W każdym razie tak rozprawy w łonie Towarzystwa chirurgicznego, jak i dawniej w łonie Akademii lekarskiej położyły kamień węgielny do przepisów higieny szpitalnej. (*L'union méd.* N. 146).

7. Często bardzo zdarzają się w praktyce przypadki, gdzie jedynym ratunkiem dla chorego zdaje się być **przecięcie tchawicy**, tymczasem ulga po jej wykonaniu bywa za-

dną lub tylko krótko trwającą, gdyż zawada oddechowa nie w krtani, ale w jej nerwach bierze początek. Wprawdzie badanie wziernikiem krtaniowym powinno to rozstrzygnąć, ale przy grożącym niebezpieczeństwie często się o nim nie myśli, a czasem zastosowanie jest niemożliwym. Tego rodzaju przypadek przedstawił p. Sottas *Towarzystwu lekarskiemu szpitalnemu*, który w krótkości przytoczę. Dnia 10. października przyniesiono starca 62 lat liczącego, w stanie najsilniejszego napadu uduszenia (*asphyxia*), usiłującego robić wdechy krótkie i nagłe; ilość jednakże powietrza wciąganego do płuc nie przechodziła oskrzeli większych, gdyż przysłuch w płucach nie dawał dosłyszeć nawet najmniejszego szmeru oddechowego; jedynie tylko między łopatką a stosem kręgowym słyszeć można było daleki szmer, jako echo szmeru tchawicy; zupełny brak głosu, w sercu nic nie znaleziono, badanie połyku dało tylko wypadki ujemne, nagłośnia nie była obrzmiała. Mimo to przypadki wzmagaly się i to skłoniło do wykonania tracheotomii; ale pomimo otwarcia drogi powietrzu, stan nie polepszał się i dopiero po użyciu środków pobudzających wszelkiego rodzaju, jak gorzyczników, nacierai amoniakalnych, młotka Mayora, chory zaczął dawać oznaki czucia i wrócił do przytomności. Nagromadzony śluz w oskrzelach przeszkadzał sprawie oddychania; drażnienie tchawicy i wyciążnienie pewnej części śluzu przez ssanie zgłębnikiem oczyściło oskrzele i chory po półtorogodzinnych staraniach wrócił do siebie, oddech stał się prawidłowym, ciepłota kończyn się podniosła. Chory pić nie mógł, gdyż płyny wydalały się przez rurkę, co nadzwyczaj silne napady kaszlu wywoływało i co zagniło do odżywiania chorego zapomocą wstrzykiwai rosołu i mléka do żołądka; po dwóch dniach jednak chory już sam mógł pić. Dnia czwartego oddech był trudniejszy, tętno przyśpieszone; dnia piątego tętno nadzwyczaj szybkie, chory osłabiony, oddech coraz trudniejszy; po południu tegoż dnia kończyny poczęły ziębnąć i drżały silnie, tętno nie dało się namacać, i w tym stanie chory życie zakończył. *Badanie pośmiertne* wykazało w dolnej części gardziela (*oesophagus*) znaczne zwięzenie przez nagromadzenie gruzełków w tkance podśluzo-

wój pierścionowate, a pod nióm obrzmienie wielkości grochu takieżże przyrody. Po pod zwężeniem gardziela tylna ściana tchawicy oddzielona była od poprzedniego jamką napełnioną ropą i istotą gruzliczą, która łączyła się małym otworem z oskrzelem lewym i przewodem przetokowym, tutaj się zagłębiając, i współpracowała z drugą jamą ropiastą znajdującą się w śródpiersiu (*mediastinum*) przedniém. W miejscu tego ropnia tkanka łączna śródpiersia tylnego, gruba i twarda, ściśle sklejała z sobą otaczające narządy. Krtać i tchawica nie nieprawidłowego nie przedstawiały. W śródpiersiu przedniém w górnej tegoż części znajdowały się gruczoły znacznej objętości, czarne, połączone z sobą tkanką tłuszczową; środek ich wypełniał naciek gruzliczy w różnym stopniu rozmiękczenia: niektóre z nich, zupełnie rozmiękłe, tworzyły przy nasadzie płuca lewego duży ropień gruzliczy, w którym pływał nerw błędny lewy przez ropienie zupełnie oddzielony. Początek nerwu krtaniowego dolnego również był odłączony i wzdłuż tegoż szło połączenie ropiaste z ropniem położonym między tchawicą a gardzielem. Osierdzie pokryte błoną rzekomą grubą, jednostajną, nierówną; w worku sercowym płyn mętny, zmieszany z kawałkami włóknikowemi. Nerw błędny prawy również chorobowo zmieniony, średnica jego zgrubiła i powiększona, następnie nerw na bocznej prawej stronie tchawicy zlewa się z obrzmieniem wielkości kasztana; z górnej części tego obrzmienia wychodził nerw krtaniowy, którego początek przedstawiał podobne obrzmienie, jak nerwu błędnego. Nerw błędny na długości trzech centymetrów był zmieniony, dalej zaś miał prawidłową objętość i przebieg. Obrzmienia te były twarde, a przez skrobanie wydalał się z nich płyn syropowy mleczny. Gruczoły oskrzelowe stwardniałe. Badanie drobnovidowe wykazało, że część nerwu błędnego prawego przez obrzmienie zajęta składała się z pierwiastków nerwowych w stanie prawidłowym, lecz że nitki nerwowe były przedzielone grubą warstwą tkanki łącznej. Wiele z nich było pustych i nie zostało z nich nic więcej, jak onerwie; zmiany te same znajdowały się i w części nerwu krtaniowego przez obrzmienie zajętego. Obrzmienia zaś składały się z niteczek jużto sple-

cionych, już też krzyżujących się, utworzonych przez tkankę sprężystą okienkową; płyn, z nich otrzymany, był bezpostaciowy, zasiany ziarniną; obrzmienia zatem te posiadały przymioty nerwiaka włóknistego. Części zaś nerwu błędnego lewego ropą otoczonego zaledwie były powiększone, jedynie onerwie w kilku miejscach było mniej przezroczyste i ziarniste. Dziwna rzecz, że przy takich zmianach, jakie znaleziono przy badaniu pośmiertnem, a które dłuższy czas trwać musiały, chory dopiero na trzy tygodnie przed przyjęciem do szpitalu zaczął uskarżać się na bezdech, który od tego czasu ciągle się wzmaczał, a poprzednio, tylko od stycznia zacząwszy, po zaziębieniu cierpiał na kaszel i na niezbyt lekki oskrzelów był leczonym. Przypadek ten pod tym względem jest nader pouczającym, że tak znaczna sprawa chorobowa prawie bez przypadków przebiegała. (Tamże Nr. 144).

8. Od czasu wprowadzenia wziernika krtaniowego rozpoznanie chorób krtani i nagłośni wielkie zrobiło postępy, a leczenie dawniejsze, oparte na przypuszczeniach, stanęło teraz na silnej podstawie zastosowania leków wprost miejscowo; to też ostatnie lat kilka przedstawiają nam szereg całej operacyj dokonanych przy pomocy wziernika w krtani. Do bardzo rzadkich w każdym razie należą **narośle na nagłośni** (*epiglottis*) i to mię zniwala do podania niniejszego przypadku przedłożonego przez p. G i b b *Towarzystwu medyko chirurgicznemu*. Największa część opisanych do tego czasu narośli nagłośni brała początek na krtaniowej powierzchni i miała cechy brodawkowate, gdy w obecnym przypadku narośl ta rozwinęła się na powierzchni językowej nakrywki. Chora, 60 lat wieku licząca, żona pastora, od dwóch lat cierpiała na zajęcie krtani, a objawy udawały złośliwe zwężenie gardziela, z większą lub mniejszą niemożnością połykania (*dysphagia*) i plwocinami krwawymi i śluzowymi, którymto objawom mocny ból towarzyszył. Przy badaniu w lipcu 1864. r. chora była blada, wychudzona, głos jej niski, gruby, krtaniowy; połykanie płynów niemożliwe, które nosem wydalaty się. Bezdech pojawiał się tylko w nocy przy położeniu w łóżku wznak; kaszel, plwociny śluzowe, czasem z krwią zmieszane. Badanie

wziernikiem wykazało obrzmienie wielkości orzecha, okrągławe, sterczące, zajmujące miejsce nagłośni wiszącej, które w czasie połykania podnosiło się i wtedy było widzialne gołym okiem w tyle ust ku połykowi. Nagłośnia nie była widoczną, ani też wewnątrz krtani, jedynie tylko dostrzedz się dawały tylne brzegi chrząstek nalewkowych. Zdawało się, jakby narośl, częściowo rówkiem przodkowo-tylnym przedzielona, wyrastała z powierzchni językowej nagłośni. Była ona czerwona i nastrzykana w niektórych częściach, biała w innych, nadżarta, i dawała powód do mocnego krztaszenia się i wyrzucania śluzu, jako też krwiopłucia. Pierwotnym zamiarem pana G i b b było zupełne wycięcie nagłośni; lecz wstrzymał się od tego; tylko, założywszy mocny drut u nasady narośli, oddzielił takową z łatwością, krwawienie było nieznaczne. Wyzdrowienie szło szybko, głos wrócił, połykanie było zupełnie wolnym. Obrzmienie samo było miękkie, gębczaste, pod drobnowidem składało się z tkanki łącznej i pewno byłoby się zmieniło z czasem w włóknisto-chrząstkowate. (*Med. Times and Gazette*, Nr. 751).

9. Temuż towarzystwu przedstawił p. Nunneley trzy przypadki tętniaka gałki ocznej, którą nazwę przemienił na **naczyniowe wypchnięcie gałki ocznej**. Pierwszy przypadek miał początek urazowy u człowieka zrzuconego z konia, z objawami pęknięcia podstawy czaszki. Po kilku dniach lewa gałka oczna zaczęła wystawać i przedstawiać wszystkie objawy cechujące powyższą chorobę. Po upływie pięciu tygodni, gdy stan pogarszał się i obawa utraty oka była zagrażającą, autor podwiązał tętnicę szyjną wspólną lewą. Chory wyzdrowiał szybko i obecnie (18 miesięcy po operacji) dobrą cieszy się zdrowiem.—W drugim przypadku, u kobiety 47 lat liczącej, choroba rozwinęła się samodzielnie i nagle. Przez 10 miesięcy trwania oprócz spokoju i zimnych okładów nic nie robiono. Każde zajęcie sprowadzało ból.—W trzecim przypadku początek był również samodzielny: przez długi czas prawdziwa przyczyna choroby była zupełnie ciemną; wypchnięcie gałki ocznej było bardzo znaczne; podwiązanie tętnicy szyjnej wstrzymało postęp wypchnięcia gałki, jednakże

z powodu innych obrzmień siły zaczęły upadać i śmierć w 18 miesięcy po operacyi nastąpiła. Gałka oczna zmniejszyła się i już nie sprawiała żadnych dolegliwości. Badanie pośmierne wykazało obrzmienie rozwinięte w zatokach jamistych, rozszerzające się do oczodołu i rowku jarzmowego, cisnące na żyły oczne; inne obrzmienie, które również podczas życia tętniało, przechodziło przez otwór w prawej kości bocznej do mózgu; oprócz tego znaczne obrzmienie rozwijało się z kości mostkowej, a gruczoł tarczykowy był również wyrodzony. Z przypadków tych, jak i czterech innych, które autor poprzednio udzielił, wnosi tenże, iż prawdziwą przyczyną wypchnięcia gałki ocznej jest ucisk na żyły pozaoczne, co przeszkadza odpływowi krwi od oka i oczodołu. Oczodół sam zwykle nie bywa chorobowo zajęty, a w nagłych przypadkach tętniak rozlany (*aneurysma diffusum*) z powodu pęknięcia naczynia zwykle bywa główną przyczyną choroby; w ogóle powstaje choroba ta ze wszystkich przyczyn mogących spowodować ucisk na żyły oczne, lub utrudnienie odpływu krwi od oka. Na zarzut p. Hulke, że ucisk tętnicy szyjnej powinien być wystarczającym, autor odpowiada, że próbował ucisku, ale ten okazał się niedostatecznym, a powtórne przeprowadzenie ucisku jest tutaj najtrudniejszym, lubo radzi autor nie przystępować do podwiązania aż w ostateczności, a poprzednio próbować środków wzmacniających. Możeby wypadało spróbować w takich razach jodku potasu w dużych dawkach co w tętniakach dało czasami dość dobre wypadki. (Tamże Nr 753).

10. Temuż towarzystwu przedstawił p. Pidduck pracę dotyczącą przyczyn i zmniejszenia **śmiertelności dzieci**. Dzieli on przyczyny na dwojakie, to jest higieniczne i lekarskie: do pierwszych zalicza odnoszące się do dzieci, a do drugich (?) te które wpływają na zdrowie rodziców. Do środków mogących zmniejszyć ogromną śmiertelność dzieci należą według p. P.: A) Usuwanie szkodliwości odnoszących się przeważnie do ojców, jakoto: 1. nadużyć płciowych; 2. chorób kiłowych; 3. nadużycia palenia tytoniu, zażywania tabaki, jako też pijaństwa;

4. niezdrowych rzemiosł. *B)* Oddalanie szkodliwości ściąga-
jących się głównie do matek, a tutaj należą: 1. sposób życia
zbytkowy; 2. zajęcia siedzące, lub też ciężkie prace rolne; 3.
brak pożywienia dostatecznego, kłopoty i zmartwienia domo-
we; 4. wreszcie osłabienie w następstwie po krwotokach,
upławach białych, mianowicie w czasie ciąży. Stany powyższe,
podkopując zdrowie i siły rodziców, sprowadzają za sobą wąt-
łość i brak życia w dzieciach, pojawiające się w tychże, jako
gruźlica. W tym celu jako środki zaradcze przedstawia: wcze-
sne zawieranie związków małżeńskich, wpływ na moralność
rodziców, jakoteż udzielanie bezpłatnej rady i środków dla
matek w ciąży upławami dotkniętych. (Tamże Nr. 756).
Oprócz powyższych przyczyn u nas ogromna śmiertelność je-
szcze bardziej jest powiększona, mianowicie w klasach niż-
szych, niczem nie dającą wytłómaczyć obojętnością rodziców
na choroby dzieci. Codzienne doświadczenie bardzo smutne
uczy, że rodzice przynoszą dzieci do lekarzy wtedy dopiero,
kiedy ocalenie ich jest niemożliwym, lub też konające, a je-
dnak choroba trwała długo; ale stratę dziecięcia poczytują
oni sobie za nic, a widzą tę korzyść jeszcze, że nadarza im się
sposobność po pogrzebie do upicia się. Umoralnienie i wy-
kształcenie ludu potrafi może tę wadę i brak uczucia usunąć;
ale dopóki wiara w lekarza i chęć ratowania góry nie weźmie,
to wszelkie usiłowania w tym względzie rozbijają się o złe chę-
ci i lekceważenie życia niemowląt.

11. Na posiedzeniu *Towarzystwu położniczego* p. East-
lake czytał o **kierowaniu trzeciego okresu porodo-
wego**. Przeszedłszy stronę historyczną, autor zwraca się
do nowszych przepisów położniczych. Kładzie on największy
przycisk na to, aby w czasie rodzenia się dziecięcia ręka mo-
cno ugniatała dno macicy i aby kurczenie się jój było pobu-
dzone lekkim uciskiem. Opierając się na spostrzeżeniach
Credégo i swoich, utrzymuje on, że w przeważnej liczbie
przypadków wystarcza w ten sposób wywarty ucisk na dno
macicy do wypędzenia łożyska, a zwracając się do zatrzyma-
nia łożyska, uważa najpierw 3 okresy, jakie przyroda nazna-
czyła prawidłowemu odejściu: 1) oddzielenie się od ścian ma-

cicy, 2) wypchnięcie z jamy macicy i 3) wydalenie się z pochwy. Rozebrawszy szczegółowo te punkta, robi wniosek o możebności rozpoznania wadliwych przyrośnień łożyska za pomocą przysłuchu, nadmienając, że przez przysłuch macicy dany jest nietylko ujemny, ale rzeczywisty środek rozpoznania życia płodu, i to nie z ustania tętnienia płodu, ale ze zmiany właściwej szmeru łożyskowego, który z lekkiego, dmuchającego szmeru przechodzi w razie śmierci płodu w szmer głośny, piłujący, szemrzący. Przestrzega dalej, aby nie podawać sporyszu przy zatrzymaniu łożyska, dopóki nie ma się pewności, że toż nie zależy od wadliwych zrosnień lub nieprawidłowego kurczenia się macicy; w kurczowym zaciśnięciu radzi użycie chloroformu. W końcu zwraca uwagę na łożysko dodatkowe (*placenta succenturiata*), które po wypędzeniu łożyska może powodować następne krwotoki. Późem przechodzi do warunków, które upoważnić mogą do szybkiego działania i oddzielenia, a raczej wyjęcia łożyska i liczy tu: krwotoki, drgawki, pęknięcie macicy, a wreszcie wycinowanie macicy z łożyskiem jeszcze przyczepionem.—PP. Palfrey i Greenhalgh naprzeciw zdaniu autora stawiają jako prawidło, żeby nigdy dłużej nie czekać na odejście łożyska *nad pół godziny*, z wyjątkiem jeżeli praca porodowa była bardzo powolną i macica jest w stanie beczynnym, lub téż chora jest mocno osłabioną, w którychto razach za *najdłuższy termin* do czekania podają *godzinę*.—Wprawdzie nie ma w tém wszystkiém nic nowego; ale przycisk na macicę przy wypędzaniu dziecięcia, zastosowanie rękoczynu Credégo przy zatrzymaniu łożyska, a wreszcie oznaczenie czasu, przez różnych lekarzy położniczych różnie podawanego, jak długo można czekać na działanie przyrody pod względem wydalenia łożyska, wszystko to skłoniło mię do podania choć krótkiej treści odczytu jednego z pierwszych akuszerów londyńskich. (Tamże Nr. 753).

12. P. Greenhow przedstawił *Towarzystwu patologicznemu* ciekawy przypadek **tętniaka rozlanego (dissecting aneurism) aorty brzusznej**. Przy przyjęciu do szpitalu chory, 28 lat liczący, przedstawiał duże chełboczące obrzmienie w tylniej lewej stronie klatki piersiowej. W kilka

dni później drugie obrzmienie pokazało się po prawej stronie stosu kręgowego, przyczém widoczne było połączenie obu obrzmiń między sobą. Z powodu wątpliwości co do rody obrzmienia wprowadzono mały trójgraniec w lewe obrzmienie, lecz nic prócz krwi tętniczéj nie wydalilo się. Opatrzono ranę kolodionem i ta szybko zagoiła się. Obrzmienia te powiększały się i chory z braku sił umarł. *Przy badaniu pośmiertném* pokazało się, iż wątroba i nerki były w górę wypchnięte przez wielkie tętniakowe obrzmienie, zajmujące tylną część brzucha od przepony aż do kości biodrowej: aorta brzuszna znajdująca się na przodzie obrzmienia tworzyła wzdłuż środka tegoż głęboki rowek, worek tętniakowy rozduęty był cienką czerwonawą krwią i wyłożony grubą warstwą włókniaka. Przepona po obu stronach mocno była ku górze wypchnięta. Tuż po pod przeponą tętnica nagle otwierała się do tętniaka, a dwie trzecie jéj obwodu w tylnej części przedstawiało ostry brzeg, jakby nożem odcięty; przednia zaś ściana tętnicy była rozszerzoną tak, iż tworzyła część przedniej ściany worka tętniakowego. Wyjście tętnicy z tętniaka było również nagłe, lubo mniej, niż wejście, a nad i pod tętniakiem naczynie miało rozmiary prawidłowe. Pęknięcie w ścianie tylnej tętnicy wynosiło $1\frac{1}{4}$ cala długości, a tętnica śródbrzuszna (*art. coeliaca*) i krezkowa górna (*a. mesenterica sup.*) otwierały się w téj części ściany przedniej tętnicy, która stanowiła ścianę przednią tętniaka. Stos kręgowy na kilka cali leżał w tętniaku, który nadzartł część ciała kilku kręgow i w części zmienił położenie niższych żeber i pozbawił je okostnej po obu stronach. (Tamże Nr. 755).

13. **Użycie nalewki jodowej zewnętrzne** jest tak ogólném i uważaném za niepociągające za sobą żadnych następstw, chyba spryszczenia skóry, że przypadek p. Gillespie, jako wykazujący rzadką **tkliwość szczególną (idiosyncrasia) względem tego środka**, zasługuje na uwagę. Emigrant Indyjanin, lat 17 liczący, został zatrzymany w kwartancie wyspy ś. Maurycego i przy wyjściu z téjże zgłosił się o radę z powodu lekkiego obrzmienia i stwardnienia gruczołu przyusznego (*parotis*), pozostałego po napadzie gorączki prze-

puszczającej czyli Bombajskiej (*Bombay-fever*). Obrzmienie to było nieznaczne, bolesne nieco za uciskiem, zresztą stan zdrowia zadawałający: Po wcieraniu narkotyczném bolesność ustała i w sześć dni później, gdy stwardnienie nie zmniejszało się, zostało zapędzelkowane nalewką jodową. W 5 godzin po zastosowaniu téjże chory dostał wymiotów i stolców rozwolnionych, złożonych z płynu żółtawego zawierającego skrzepy, następnego zaś dnia pojawiły się objawy jodyzmu, a mianowicie: tętno szybkie, słabe, właściwa niespokojność i obawa, nadzwyczajne pragnienie, uczucie palenia w brzuchu, wymioty i rozwolnienie, z zupełnie wstrzymaném wydzieleniem moczu. Umysł był wolny, brak objawów mózgowych; wszystkie ślady jodu znikły ze skóry, która była niespryszczoną. Leczenie skrobnią, makowcem i t. d. okazało się bezskutecném i chory w 30 godzin po zastosowaniu zewnętrzném nalewki jodowej żyć przestał. — *Badanie pośmiertne*, w 9 godzin dokonane wykazało powierzchnią mózgu lekko nastrzykaną; pajęczówkę z pozorem galaretowatym, lecz przezroczystą, z resztą stan prawidłowy. Dawne zrośnięcia płuc z opłucną, płuca lekko nastrzykane. W osierdziu 1 ½ uncyi płynu krwawego, w kómkach skrzepy. Wątroba powiększona, nieco nastrzykana, pęcherz żółciowy pełny ciemnej żółci, śledziona znacznie powiększona. W żołądku nieco płynu, błona śluzowa małemi wynaczynieniami zasiana, podobnie jak kiszki cienkie. W moczu wykryć się dała mała ilość jodu. (Tamże N. 749).

14. Dość częste są przypadki u dzieci połknięcia części zabawek i wpadnięcia ich do tchawicy; do osobliwości jednak zapewne należy następujące zdarzenie, w którym **powodem uduszenia (asphyxia) był połknięty ułamek ostry żelaznej zabawki**. Dziewczyna, 8 lat licząca, została przyniesioną do szpitalu pod opiekę p. Bowen w ostatnim okresie uduszenia (*asphyxia*) i prawie bez życia, po połknięciu godzinę przedtém, jak utrzymywano, kawałka porcelany. Po wykonaniu natychmiast operacyi otwarcia tchawicy wróciła do życia, i oddech był spokojny. Gdy ani otworzenie tchawicy, ani nagłe ruchy ciała nie obiecywały wypadnięcia ciała, które w głośni spoczywało, pozostawił autor z powodu

wycięcia sił dziecięcia wyjęcie tegóż do następnego dnia. Jakóż, wprowadziwszy rano zgłębnik przez ranę, czuć można było wyraźnie ciało twarde przytykające do wewnętrznej powierzchni chrząstki tarczykowej. Gdy wypchnięcie użyciem stosownej siły uwięźniętego kawałka do połyku według sposobu p. Bryant nie udało się, wtedy rozszerzono ranę ku górze i przy pomocy stosownie zakrzywionych i cieniutkich szczypczyków wydostano po nad głośnią uwięźnięty wyszczerbiony ułamek żelaza z ostremi ściętymi brzegami. Był on $\frac{7}{8}$ cala długi a $\frac{1}{2}$ cala szeroki. Wydobycie to, ze względu na małe rozmiary tchawicy dziecięcia, obrzmienie błony śluzowej i gładką powierzchnią obcego ciała było bardzo trudnym i pociągnęło za sobą nieuniknione obrażenie błony tchawicę wyściełającej. Pomimo usunięcia przyczyny złego dzieciny przeszło ciężkie zapalenie płuc; opuściło jednak szpital zupełnie zdrowe, jedynie tylko lekka chrypowość głosu pozostała. Autor zwraca uwagę na ciekawy objaw, t. j. stopniowe zamknięcie się głośni, co zresztą wytłomaczyć, zdaje mi się, można z łatwością: gdyż ciało obce uwięźnawszy w głośni, nie zamknęło jój zupełnie, i dopiero drażnienie błony śluzowej niém wywołane sprowadzało stopniowe zamknięcie. Jestto najprościejszy sposób wytłomaczenia tego objawu, nie wdając się w przypuszczenia, jak ciało obce mogło następnie zmienić położenie. (Tamże).

15. **Cierpienia nerwowe**, jak porażenia już to pojedynczych nerwów, już też połowiczne **w następstwie kiły (syphilis)** nie należą do tak rzadkich; jednakże przypadek następujący p. Bristowe tém się odznacza, że porażenie powstało nie skutkiem cierpienia mózgu, lecz w następstwie zatoru tętnicy średniej oponowej (*u. meningea media*), z powodu kiły samoistnie utworzonego w tém miejscu. J. C., lat 27 liczący cieśla, przyjęty do szpitalu Ś. Tomasza dnia 2. maja 1863. r., dnia 28. kwietnia dostał przy robocie nagle bólu w głowie i zawrotu bez utraty przytomności i stracił władzę w prawej ręce i obu kończynach dolnych. Wyjąwszy kiły przed czterema laty i kilkakrotnie w tym czasie występujących wysypek wtórnych,

nigdy żadnym chorobom nie podlegał. Przy przyjęciu czucie było zupełne, mowa nieco upośledzona. Zwolna ruchy w nogach wróciły, ręka pozostała bezwładną. Zresztą przypady odpowiednie porażeniu. Tętno serca jasne, wyraźne. W tym stanie zostawał dni 10; następne 3 lub 4 dni był śpiący, ocieężały, a 16. maja skarżył się na ból głowy i nagle stracił przytomność. W parę dni nastąpiło opadnięcie powieki prawej (*ptosis*), źrenice oddziaływały na światło, wszystkie kończyny z wyjątkiem górnej lewej niekiedy znajdowały się w stanie drgawkowym. Wypróżnienia następowały bez wiedzy, i w tym stanie chory przeżył dni 10, tylko że w ostatnich śpiączka głęboka (*coma*) była zupełną i drgawki ustały. Tętno aż do śmierci było coraz częstszém. *Badanie pośmiertne* dało obraz następujący: Błona pajęczowa ściemniała, w jamie pajęczówki mała ilość płynu mętnego, naczyniówka lekko nastrzykana. Tętnice podstawy mózgu zdrowe, jedynie prawa średnia zatkana zatorem twardym, odbarwionym, zupełnie światło jój wypełniającym, tuż przed rozgałęzieniem się tętnicy. Płat środkowy półkuli prawej rozmięczony, a istota szara niektórych zwojów nastrzykana, taż zaś dwóch środkowych zwojów bledsza, niż zwykle, nieco żółtawa, pod drobnowidem składała się z licznych złożonych ziarnowatych kómków, a podobne kómków, lubo w mniejszej ilości, znajdowały się w przylegającej istocie białej. Ciało lewe prążkowane zawierało jamkę $\frac{1}{3}$ cala średnicy mającą, o ścianach naczyniami zasianych, zawierającą nieco mętnego płynu, w którym znajdowały się liczne wielkie komórki złożone, ziarnowe, z nie wielką kómkami nerwowymi i krążkami krwi. Z resztą mózg i mózdzek prawidłowy. Oba płaty dolne płuc przekrwione, w stanie zapalnym. Serce prawidłowe, na zastawkach żadnych narośli dostrzedz nie było można. Oprócz zgrubienia otrzewnej na wątrobie i nerkach zresztą narządy znajdowały się w stanie prawidłowym. (Tamże Nr. 751).

16. Profesor Pellizani w dzienniku *lo Sperimentale* (styczeń 1864) podaje nader zajmujące spostrzeżenie, wyświecające najdowodniej **dostawanie się glist**

do wątroby za życia, jakoteż pytanie co do rozwoju i szerzenia się tych robaków ustroju. Dnia 16. stycznia 1862. przyniesiono dziecię 7 lat liczące do szpitalu *Sancta Maria Nuova* we Florencyi z mocnemi boleściami, szczególniej w podżebrzu prawém, stanie gorączkowym. Badanie wykazuje powiększenie i stwardnienie wątroby, macanie jest bardzo bolesném, mimo to brak żółtaczk i drgawek; podany emetyk sprowadza wymioty i stolce, w których kręją się glisty. Dnia 19. objawy wzmagają się, a ze wzmocnieniem się tychże pokazują się znowu glisty w wymiotach. Następnego dnia stan bardziej się pogorsza i wśród drgawek następuje śmierć. *Przy oględzinach pośmiertnych* znaleziono 9 glist w kiszkaach cienkich, wątrobę powiększoną, a w mięszu jój 16 glist (*ascaris lumbricoides*) w zupełnym rozwoju (12 samic i 4 samce), których końce ogonowe zwrócone są albo ku dwunastnicy, albo ku głównym pniom wątroby, gdy końce głowowe znajdują się w mięszu w kierunku odnog przewodów żółciowych. Sposób ich rozdzielania jest następujący. Sześć robaków zwiniętych w węzeł i skurczonych znajduje się w ostatnich odnogach przewodów żółciowych, dwa z nich znajdują się częścią w samych odnogach przewodów, a częścią w mięszu wątroby; dwa w pierwszych rozgałęzieniach przewodu wątrobowego, a sześć ostatnich przedłuża swe ciało do jamy dwunastnicy, do przewodu żółciowego (*d. choledochus*) i wątrobowego (*d. hepaticus*). Wszystkie przewody są ogromnie rozszerzone, a rozszerzenie to jest jeszcze znaczniejsze w ostatnich rozgałęzieniach, gdzie robaki są w kłębek zwinięte i skurczone; ściany błoniaste przewodów żółciowego i wątrobowego nie nieprawidłowego nie przedstawiają, lecz na błonie śluzowej zgrubiałej i nastrzykaniej drugo- i trzecio-rzędnych rozgałęzień przewodów żółciowych widzieć można jajka glist, komórki przybłonka stożkowego i kulki ziarniste wysięków plastycznych. Pewna ilość jajek znajduje się również w jamie, wydrążonej przez dwie glisty w samym mięszu wątroby. Niektóre z tych jajek mają cechy prawidłowe, inne pokazują bruzdkowanie w większym lub mniejszym stopniu

żółtka i te są powiększone, a osłonki ich rozmiękczone w kilku punktach są rozdarte, żółtko zaś, straciwszy swą ziarnowatość, zamieniło się w wielkie krople tłuszczowe; inne znowu są mniejsze, obłe, z osłonkami pomarszczonemi. Zmiany te jajek dowodzą, że rozwój jajek może nietylko nastąpić w przewodzie kiszkowym, ale i w innych narządach, co sprzeciwia się teorii Davaina, który wymaga długiego czasu do rozwoju jajek i przyjmuje rozwój ich jedynie w kiszkach. Spostrzczenie to aż do pewnego punktu wykazuje nam różne okresy ich wdarcia się w miąższ wątroby, o czém pozwala nam wnioskować długość drogi przez robaki przebytej, jakotóż różne stopnie zmian patologicznych znalezionych około nich w wątrobie. (*L'union méd.* Nr. 138).

17. Profesor Hebra przedstawił *Towarzystwu lekarskiemu* w Wiedniu dwa nadzwyczaj rzadkie przypadki choroby skorniej **molluscum simplex**. Wykazawszy, że jeden jest tylko przypadek dotychczas opisany w literaturze przez Dilesiusa w Lipsku, nadmienił p. H., że przypadek Jacobovicsa jest tylko kopią poprzedniego, jakotóż, że opis Willana dotyczy innéj choroby, to jest *molluscum contagiosum*, której objawy są zupełnie inne i nie mające nic z obecną chorobą wspólnego; ostatnią bowiem chorobę opisuje Willan jako wystające worki napełnione płynem mlecznym, a płyn ten nie jest niczém inném, jak tylko płynnym łojem (*sebum*), który przez ucisk wygnieconym być może; w obecnej zaś chorobie torbiele skórne wypełnione są tkanką łączną nowoutworzoną, z których nawet przez najmocniejsze ugniatanie nic wycisnąć nie można. Cierpienie to skórne objawia się jako nadzwyczaj liczne narośle lub guzy od wielkości małego grochu aż do włoskiego orzecha, a czasem i większe. Narośle te torbielowe zawierają treść z twardéj uorganizowanéj tkanki łącznéj składającą się. Wyleczenie następuje przez ścięcie wierzchołka i wygniecenie, co w taki sam sposób i roda skutecznia, gdyż przy wzroście niszczy się skóra na wierzchołku i treść wydała się, poczém narośl niknie. Rzadkość téj choroby wykazuje najlepšíj to, że profesor Hebra w oddziale chorób skórnych miał 80,000 chorych, a dopiero te pierwsze dwa

przypadki widzi. Pierwszy z tych przypadków dotyczy mężczyzny 50 lat liczącego, który od 15 lat tą chorobą jest dotknięty; a drugi 58-letniego mężczyzny, u którego choroba datuje się od lat 40 i który powstanie choroby przypisuje lizaniu arszeniku w młodości. Obadwaj ci chorzy zgłosili się do szpitalu nie z powodu téj choroby, która im w zatrudnieniach nie przeszkadzała. (*Allg. med. Central-Zeit.* Nr. 93).

18. Z powodu, że nalewka jodowa używana zewnętrznie sprowadza dokuczliwe palenie, a kilkakrotne użycie téjże dziennie sprowadza spryszczenie skóry, co zmusza z powodu wielkiego bólu do zaniechania na jakiś czas tego dzielnego środka, profesor Sigmund radzi **w miejsce nalewki jodowej mięszaninę w równych częściach téjże z nalewką galiasową (*tinct. gallarum*)**. Na miejsca zaś bardzo delikatną skórą pokryte radzi je połączyć w stosunku 1: 2. Używa on téj mięszaniny **tak przy ostrych, jak i przeciągłych zapaleniach gruczołów**, gdzie tylko nie czuć chełbotania i gdzie skóra nie jest w stanie zapalnym, ale przeważnie u osób zołzowych, gruźliczych, lub niedokrewnych. W razie potrzeby, po kilku minutach można na obrzmienia robić okłady wody zimnej, gdyż pozostaje się powłoka jakby z werniksu, która zmyciu jodu przez okłady stoi na przeszkodzie; a że wessanie następuje, przekonał się o tém, gdyż badanie moczu i łez wykazało obecność jodu. (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 49).

WIADOMOŚCI KRAJOWE.

ZAKŁADY NAUKOWE.

SZKOŁA GŁÓWNA WARSZAWSKA.

Promocye na stopień doktora medycyny.

W ciągu zimowego półroczu trzech dawniejsi wychowawcy tutejszego wydziału lekarskiego (przedtém Akademii medyko-chirurgicznej Warszawskiej) otrzymali w Szkole głównej Warszawskiej stopień doktora medycyny; wszyscy trzech, podobnie jak poprzedni, obrali sobie za przedmiot rozprawy pytania chirurgiczne.

Pierwszym z kolei był p. Antoni **Sikorski**, który w roku 1862. ukończył kurs nauk lekarskich w b. Akademii med. chir. War., a następnie pełnił obowiązki asystenta przy klinice położniczej tutejszej. Bronił on w dniu 14. listopada r. 1864 swą rozprawę p. n. „O całkowitem wycięciu jajnika. (*Ovariectomy*). Warszawa 1864. w drukarni J. Tomaszewskiego.“ (103 stron. w. 8-ce.) Oponentami przez wydział lekarski wyznaczonemi byli: prof. Girsztowt i prof. Gliszczyński, a po nich wystąpili jeszcze pp. Bronisł. Taczanowski, kaud. med., i Rybicki, stud. Szk. Gł., Rozprawa, której w dniu 26. listopada 1864. bronił p. Feliks **Sommer**, b. student Akademii med. chir. Warsz., b. asystent kliniki terapeutycznej tutejszej, ma napis: „O wypłowaniu stawu łokciowego. (*De resectione cubiti.*) Warszawa 1864. w druk. Gazety Polskiej.“ (159 stron w. 8-ce w.) Zarzuty z urzędu czynili profesorowie Szokalski i Łuczkiwicz, a następnie prof. Korzeniowski i p. Juliusz Zejdowski, lekarz. Wreszcie w dniu 2 marca r. b. odbyła się doktoryzacja p. Jana **Kwaśnickiego**, również b. studenta Akademii med. chir. Warsz., którego rozprawa inanguralna nosi nagłówek: „O leczeniu tętniaków za pomocą nacisku. (*De aneurysmatum per compressionem cura.*) Warszawa 1865. Druk Krokoszyńskiego.“ (122 stron w. 8-ce). Zarzuty czynili wyznaczeni przez wydział lekarski profesorowie: Girsztowt i Wisłocki; dobrowolnych oponentów, co rzadko się zdarza, tym razem nie było. P. Kwaśnicki odpierał stawiane mu zarzuty z niepospolitą bystrością, jasnością, a nawet, rzecz można, wymownie. Obaj też oponenti nie szczędzili kandydatowi pochwał, przyznając rozprawie jego zaszczytne miejsce w ojczystej literaturze lekarskiej.

Nie będziemy się tu wdawać w ocenę pojedynczych rozpraw, albowiem wszystkie trzy prace te, dotyczące trzech ważnych i na porządku dziennym teraźniejszej chirurgii będących zadań, znajdują w Towarzystwie naszym szczegółowych sprawodawców; ze stanowiska literackiego przyznać musimy dwom ostatnim nader troskliwe opracowanie źródeł, a w rozprawie p. Kwaśnickiego szczegółową też znajomość odnośnej literatury krajowej.

Udzielone stopnie lekarza.

Stopień *lekarza* w ciągu letniego półrocza 18⁶³/₆₄ otrzymali: Bakinowski Aleksander, Biberstein Ludwik, Czerwiński Jan, Czerwiński Kaźmierz, Fermer Karol, Kryże Władysław, Leśniewski Józef, Lewandowski Gustaw, Merkiel Julian, Nawrocki Władysław, Pielaszewski Andrzej, Rackiewicz Henryk, Romanowski Diomedes, Śliwicki Franciszek, Weitzenblüth Leopold, Wilczyński Władysław, Winnicki Franciszek, Winnicki Władysław, Zalewski Adam, Zejdowski Juliusz.

Prócz tego w témże półroczu wydział lekarski przyznał 10 kandydatom stopień *provizora farmacyi*, a pięciu stopień pomocnika aptekarskiego.

Wykłady w wydziale lekarskim i matematyczno-fizycznym w ciągu półrocza zimowego roku naukowego 1864 5.

A) Wydział lekarski.

Pr. Le Brun, dziekan: klinika chirurg. Pr. Chałubiński: klinika terap. Pr. Tyrchowski: klinika położn. Pr. Kryszka: materya lek. Pr. Wisłocki: medycyna sądowa policya lekarska i medycyna sądowa praktyczna Pr. Szokalski: oftalmologia. Pr. Hirschfeld: anatomia opisowa. Pr. Girsztowt: chirurgia teoret Pr. Hoyer: fizyologia. Pr. Werner: farmacya. Pr. Rosé: patologia szczeg. Pr. Korzeniowski: chirurgia operac., desmurgia i ćwiczenia chirurg. Pr. Łuczkiwicz: patologia i terapia ogólna i historia medycyny. Pr. Płaskowski: psychiatria i higiena. Pr. Brodowski: anatomia patol. i kazuistyka anatom. patol. Pr. Gliszczyński: gynecologia. Dr. Pilcicki: anatomia prakt. Dr. Baranowski (Ignacy): semiotyka i ćwiczenia prakt. Dr. Fudakowski: chemia fizyologiczno- patol. Mag. Weter. Seifman: weterynarya. Dr. Narkiewicz — Jodko: oftalmoskopia. Dr. Neugebauer: patologia i terapia porodu z ćwiczeniami prakt. na trupach.

B) Wydział matematyczno-fizyczny.

Pr. Baranowski (Jan), dziekan: kosmografia, astronomia sfer. i astronomia teor. Pr. Frączkiewicz: rachunek integralny. Pr. Aleksandrowicz: botanika ogólna i szczeg. Pr.

Natanson: ćwiczenia prakt. w pracowni chem. Pr. Babczyński: algebra wyższa. Pr. Pęczarski geometrya wykreślna, fizyka ogólna i o elektryczności. Pr. Jurkiewicz: mineralogia i geologia. Pr. Brzostowski: rachunek różniczkowy i integralny. Pr. Dudrewicz: chemia miner. Dr. Wawnikiewicz: chemia analit jakościowa Bayer Julian: rachunek prawdopodobieństwa. Kand. Wrześniowski: zoologia system. i anatomia porówn.

Wiadomości statystyczne.

Ciało nauczające Szkoły głównej składało się w półroczu letniem r. n. 1863/64. ogółem z 57 osób, a mianowicie wydział prawa i administracji liczył 10 osób, w. lekarski 23, w. filol. hist. 14, w. matem.-fiz. 10.

W témże półroczu zapisanych było *studentów* na czterech wydziałach ogółem 599, a w szczególności:

	Kurs I.	Kurs II	K. III.	K. IV.	K. V.	
na wydziale prawa						
i adminstracji	118	172	—	—	—	290
na wydz. lekarskim	23	25	7	14	32	101
— — do (farm.)	15	21	—	—	—	36
— — filol.-histor.	17	21	—	—	—	38
— — matem.-fiz.	84	50	—	—	—	134
Razem	257	289	7	14	32	599

Zamianowania.

W ciągu letniego półrocza r. n. 1863/64. zamianowani zostali dotychczasowi adjunkci: dr. Brodowski Włodzimierz, dr. Gliszczyński Adam i dr. Płaskowski Romuald, profesorami nadzwyczajnemi wydziału lekarskiego; dotychczasowy docent fizjologii dr. F u d a k o w s k i Herman adjunktem do wykłady chemii fizyologiczno-patologicznej.

Stypendia.

Na przedstawienie Rady wydziału lekarskiego pozyskali b. studenci b. Akademii med. chir. Warsz., lekarze: Dobieszewski Zygmunt, Sikorski Antoni i Wszebor Józef stypendia rządowe na podróż za granicę w celu dalszego kształcenia się w nauce medycyny i chirurgii.

KILKA SŁÓW

O POSTĘPIE PSYCHIATRYI W ROKU UBIEGŁYM.

Napisał

Stanisław CHOMĘTOWSKI,

Lekarz ordynujący w Szpitalu św. Jana Bożego w Warszawie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego w dniu 7. marca 1865. roku.)

Szybki wzrost pojedynczych działów nauk lekarskich uniemożliwia dokładne badanie po szczególe ich rozwoju; z drugiej strony w miarę postępu odrębnych specjalności w medycynie coraz dobitniej wykazuje się wzajemny ich stosunek i spójnia, tak, że nie podobna oddawać się jakiegokolwiek szczegółowej gałęzi lekarskiej, nie zwracając przynajmniej od czasu do czasu uwagi na nowe nabytki, jakimi wzbogacają się inne działy, wspólną całość naszej nauki stanowiące. Z tego podwójnego względu zamierzyłem przedstawić kolegom w pobieżnym zarysie nowe drogi, na jakie weszła w ubiegłym roku nauka o chorobach umysłowych.

Podstawą, na której opierają się, lub usiłują wesprzeć się nauki lekarskie w nowszych czasach, jest bezwątpienia anatomia patologiczna. Od spostrzeżeń więc w tym kierunku dokonanych w psychiatrii rozpoczynamy nasze sprawozdanie. Na posiedzeniu Tow. lek. Wiedeńskiego, odbytém w miesiącu czerwcu zeszłego roku, prof. Leidesdorf opowiadał o zmianach drobnowidowych w istocie korowej mózgu w świeżych przypadkach ostro przebiegających chorób umysłowych. Miałem sposobność oglądania pod drobnowidzem preparatów, stwierdzających wyniki anatomicznego badania, i słuchania

w mowie będącego wykładu, który dotąd w całej rozciągłości w żadnym z pism lekarskich nie został ogłoszony. Okazy, przedstawiane pod mikroskopem, pochodziły z mózgów kilku chorych, wieku od 34 do 36 lat liczących, podległych szaleństwu (*Tobsucht*). Czas trwania choroby w żadnym ze wzmiankowanych przypadków nie był dłuższym nad trzy tygodnie. Ogląd pośmiertny makroskopowy wykazał w jamie czaszkowej przekrwienie opon cienkich i istoty korowej mózgu, w jamkach bocznych mózgu niewielką ilość płynu surowiczego, *ependyma* gładkie; w innych narządach nie było żadnych zmian wybitnych. Poszukiwania drobnowidzowe wykryły nagromadzenie jąder (*Kernbildung*) w mięszu istoty szarej korowej mózgu i w naczyniach włoskowych w substancji téj rozgałęziających się. Komórki zwojowe (*Ganglien-Zellen*) przedstawiały stan prawidłowy. Co zaś do wspomnianych naczyń włoskowych, to owo chorobliwe nagromadzenie istoty ziarnistej dotyczyło głównie zgrubiałej błony zewnętrznej (*t. adventitia*), najobficiej zaś ziarna te zebrane były w kątach czyli w miejscach rozgałęziania się naczyń, przez co ściany tych ostatnich okazywały znaczne zgrubienie. Poprzednie poszukiwania na tém polu, dokonane przez Rindfleischa, Billrotha, Tiggesa z Marsberga, Wedla i Rokitańskiego, dotyczyły zmian drobnowidzowych, dostrzeżonych przy przewlekłych cierpieniach umysłu, mianowicie przy zniechęceniu umysłowém połączoném z bezwładem postępowym (*dementia et paralysis progressiva*), i wykazały tylko rozrost pierwiastków tkanki łącznej, przy którym za punkt wyjścia Rindfleisch uważa wyłącznie ściany naczyń włoskowych istoty korowej mózgu.

Z uwagi na wspomniane powyżej dane Leidesdorf wyciąga następujące wnioski:

1. Choroby umysłowe z ostrym przebiegiem, częstokroć kończące się śmiercią, przedstawiają zazwyczaj postać szaleństwa (*Tobsucht*), lub ostrego obłądu (*delirium acutum*).

2. Stałą zmianę anatomiczną w takich przypadkach stanowi w jamie czaszkowej przekrwienie opon cienkich i istoty korowej mózgu, oraz nagromadzenie jąder (*Kernbildung*) w mięszu i w naczyniach włoskowych téjże istoty.

3. Zmiany w samych komórkach zwojowych (*Ganglienzellen*) nie dają się dotychczas wykazać; w każdym razie należy przypuścić, że dopiero co wzmiankowane zmiany w naczyniach włoskowych muszą wpływać na znaczne zboczenia w odżywianiu tych komórek.

Drugim ważnym nabytkiem ubiegłego roku dla psychiatrii jest wykazanie związku pomiędzy pewnymi cierpieniami narządu słuchowego a urojeniami i złudzeniami zmysłowymi. Rozmaitemi czasy różną przypisywano wartość zboczeniom narządów zmysłowych przy powstawaniu omamów, złudzeń i urojeń (*illusiones et hallucinationes*). Znakomity lekarz francuzki Falret (ojciec) w dziele pod napisem *Aperçu général sur les maladies mentales*, wydaném w roku zeszłym, zaprzecza w zupełności współdziałania chorobom narządów zmysłowych przy rozwoju złudzeń i urojeń, których podstawę materialną odnosi wyłącznie do ośrodków nerwowych, a mianowicie do istoty szarej korowej mózgu. Opiera zaś twierdzenie swoje na tém, że wszelkie bodźce w stanie chorobliwym narządów zmysłowych na nerwy ich działające mogą tylko wywołać wrażenia pojedyncze, a nie złożone; tak np. przy cierpieniach oka chorzy doznają tylko błysków światła, lecz nie widzą całkowitych obrazów, któreby pochodziły nie z zewnętrznego świata, ale tylko z podrażnienia chorobliwego nerwu wzrokowego; przy pewnych cierpieniach uszów słyszą chorzy szum, dzwonięcie, brzęczenie, lecz nie doznają nigdy złudzeń słuchowych, któreby przedstawiały się pod postacią głosów złożonych, np. mowy ludzkiej. Teorii téj zdają się sprzeciwiać spostrzeżenia dokonane w roku zeszłym przez Grubera i Schlagera w Wiedniu, których wypadki nigdzie dotąd nie zostały drukiem ogłoszone. Dwaj chorzy cierpiący na uporczywe urojenia słuchu, od miesięcy kilku trwające, badani przez Schlagera za pomocą wdmuchywania powietrza w trąbę Eustachiusza przy jednoczesném połykaniu płynu, czyli za pomocą tak zwanego postępowania prostego Politzera (1),

(1) Nazwę postępowania prostego (*das einfache Verfahren*) nadał Politzer téj operacji, odróżniając takową od katetyzacji trąby Eustachiusza, którą zowie postępowaniem złożoném lub podwójném (*das doppelte Verfahren*).

przedstawiali zatkanie wzmiankowanego przewodu, a po wyleczeniu tego stanu chorobnego przez katetyzacyą i następnie wstrzykiwanie płynu ściągającego (octanu cynku) urojenia zmysłowe ustąpiły téż w zupełności. Zachęcony przez Schlagera do dalszych spostrzeżeń w tym kierunku, przedsięwzięłem wraz z pp. Krysińskim i prof. Płaskowskim badanie ucha u kilku chorych obłąkanych w szpitalu tutejszym Śgo Jana Bożego.

U jednego z nich, K. K., lat 32 liczącego, cierpiącego od miesięcy kilku na uporczywe urojenia słuchu, połączone z dzwonieniem i szumem w uszach, znaleźliśmy obustronne zatkanie trąby Eustachiusza. Chory ten pod wpływem owych urojeń, które przedstawiały mu się jako głos szatana bezustannie lżący go, przywiedziony był kilkakrotnie do napadów gwałtownego szaleństwa (*mania furibunda*), w których usiłował sobie życie odebrać. Po dłuższém katetyzowaniu przewodu, a następnie nastrzyknięciu w takowy płynu ściągającego (octanu cynku) urojenia i złudzenia zmysłowe ustąpiły, skutkiem czego i cierpienie umysłu następstwem tych urojeń będące zostało w zupełności uleczone. U dwóch innych chorych cierpiących od lat kilku na częste złudzenia i urojenia słuchu obok urojeń innych zmysłów, jak wzroku i dotyku, badanie proste ucha nie wykazało wprawdzie zatkania trąby Eustachiusza, ale téż chorzy ci przedstawiali stan zniędożęzienia umysłowego, przy którém trudno nieraz stanowczo wyrzec, czy opowiadanie chorego o słyszanych głosach niezwykłych pochodzi z urojenia zmysłowego, czy téż po prostu jest następstwem ich wielomowności, wśród której pojedyncze zdania i okresy łączą się bez związku wzajemnie, lub wymawiane są prawie bez świadomości chorego. Zdaje się więc, o ile zresztą dalsze poszukiwania okażą, że zastosowanie otiatryki przy leczeniu złudzeń i urojeń słuchu, powodujących częstokroć chorobę umysłową, przyniesie prawdziwą korzyść w przypadkach chorobnych świeżych, w których główném zjawiskiem jest złudzenie słuchowe, nie powikłane złudzeniami innych narządów, jak np. tak często pojawiającemi się złudzeniami i urojeniami wzroku. W owych urojeniach dotyczących kilku zmy-

słów prędkiej należałoby upatrywać podstawy materialnej cierpienia nie w narządach zmysłowych, lecz w mózgu samym, jak to wnosi F a l r e t (ojciec).

Wiadomo powszechnie, jak często w domach dla obłąkanych napotkać można chorych niemówiących. Użycie strumieni elektrycznych przerywanych (F a r a d a y a) u chorych tego rodzaju, użytych jako środka nastrasającego (L e u r e t), często wykrywa upór, lub chorobliwą obawę pod wrażeniem urojeń zmysłowych powstałą, jako bezpośrednią przyczynę tego milczenia. Niejednokrotnie wszakże i zboczenia materialne w samym narządzie głosowym dają powód do niemożliwości wydawania głosu, porażenia zaś warg, języka i podniebienia miękkiego nie pozwalają na mowę (*voix articulée*). Nabytki więc, jakie laryngoskopia zdołała osiągnąć w ostatnich czasach, nie pozostały bez korzyści i przy badaniu chorych umysłowych niemówiących, u których zamierzano się przekonać, czy powodem niemówienia jest niemożność wydawania głosu i jakie są podstawy materialne powodujące owe zboczenia w powstawaniu głosu. Poszukiwania prof. T ü r c k a w Wiedniu za pomocą laryngoskopu, ogłoszone w roku zeszłym w piśmie czasowym chorobom umysłowym poświęconém, p. n. *Correspondenz-Blatt für Psychiatrie*, wykazały nową postać bezgłosu (*aphonia*) skutkiem bezwładu powstałą, opartą na zmianie różnej od zmian przyrzędu głosowego poprzednio już znanych, polegającą na rozwieraniu się (*Klaffen*) części chrząstkowych w skład przyrzędu tego wchodzących, obok należytego domykania się strun głosowych. Bezwład rozciągał się w tym razie na mięśnie pierścienio-nalewkowe boczne (*musculi crico-arytaenoides laterales*), nalewkowe poprzeczne (*arytaenoides transversi*) i tarczono-nalewkowe (*mm. thyreo-arytaenoides*). Bezwład ten był czysto głosowym, odnosił się bowiem tylko do niemożliwości tworzenia głosu, podczas gdy przy kaszlu i innych czynnościach oddechowych głośnia mogła być w zupełności zamkniętą.

Przechodząc z dość ograniczonych do téj pory nabytków pod względem zmian anatomicznych, dających się wysledzić przy chorobach umysłowych, do daleko więcej rozjaśnionej

strony objawów, czyli symptomatologii tychże chorób, najprzód należy wymienić znakomitą rozprawę zeszło-roczną przedwcześnie zmarłego paryzkiego profesora p. Marcé, p. u O znaczeniu objawów piśmiennych u obłąkanych (*de la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la sémiologie et de la médecine légale*), ważną nie tylko pod względem praktycznym przy rozpoznawaniu pojedynczych postaci chorób umysłowych, ale i pod względem medycyny sądowej. Podajemy więc w treściwym przeglądzie krótki rys téj zajmującej pracy.

Przy badaniu pisma u obłąkanych radzi autor zwracać uwagę: 1) na odcienie stylu; 2) na błędy ortograficzne; 3) na kształt liter; 4) na stopień wykształcenia piszących; pisma bowiem chorych mało wykształconych, zaledwie umiejących pisać, żadnej pod względem semiotycznym nie mają wartości. Dwa główne względy powinniśmy mieć na uwadze, rozbierając pisma obłąkanych: *a)* starać się rozpoznać przez sposób wyrażania się chorego na piśmie jakoś jego obłądnych pojęć, i *b)* badać sposób pisania, to jest zбочenia bądź w kreśleniu pojedynczych liter, bądź całkowitych wyrazów, bacząc również na graficzną stronę pisania, czy chory pisze w zygzag lub w liniach krzywych.

a) Pod względem wyrażania obłądnych myśli pisma obłąkanych mają trojaką wartość diagnostyczną: po 1sze zdania wyrażone w piśmie zgadzają się z obłądami codziennie przez chorego wypowiedzanymi; po 2re zwracają uwagę lekarza na zdania obłądne, których codzienne badanie nie mogło wykryć; po 3cie czasami pozostają w zupełnej sprzeczności ze stanem chorego umysłowym rzeczywistym. *Co do 1go:* Ważność pisma odpowiadającego obłądnym myślom codziennie wyrażanym okazuje się osobliwie wtedy, gdy nie mamy sposobność widzenia się i rozmawiania z choremi; powtóre wówczas, gdy chory pozostający w obłądzie częściowym (*mania partialis vel monomania*) (1) pisze podania do władz, projekta huma-

(1) Obłąd częściowy, *mania partialis vel monomania*, zupełnie niewłaściwie przez niektórych lekarzy naszych *jednoblędem* jest nazywany, nigdy bowiem cierpienie umysłowe nie ogranicza się na jednem tylko obłądkiem pojęciu.

nitarnie, majątkowe, naukowe, polityczne, i t. d., w których się jego obłądne myśli przejawiają. *Co do 2go*: Chorzy pozostający w obłądnie częściowym, starają się częstokroć ukrywać obłądne pomysły przy rozmowie ustnej; gdy tymczasem, pozostawieni na osobności, wylewają na papierze wszystkie swoje obłądne wyobrażenia, sądząc, że takowe przez nikogo odczytanemi nie będą i pozostaną nadal ich własną tajemnicą. U chorych, którzy bądź z chorobliwego uporu, bądź pod wpływem urojeń i złudzeń zmysłowych nie chcą nic mówić, pisma mają wielką diagnostyczną wartość; przez wykazanie bowiem związku pomiędzy pojedynczemi wyrazami, zdaniem i okresami pozwalają rozpoznać, czy mamy do czynienia z postacią psycho-patologiczną pierwotną, lub z następczém już zniedołężnieniem władz umysłowych. Wreszcie w okresie wyzdrowienia, czyli konwalescencyi, w miarę jak obłądne wyobrażenia ustępują, dając obszernie wypisać się choremu, zdobędziemy najdzielniejszy środek do rozpoznania prawdziwego stanu jego umysłu. *Co do 3go*: Pisma obłąkanych nie zawsze noszą na sobie cechę ich umysłowego zboczenia; osobliwie dostrzegać się to daje u cierpiących na obłąkanie częściowe: chorzy tacy, rozpisując się dłużej, gdy zdaje im się, że piszą wyłącznie dla siebie, objawiają różne obłądne pojęcia; gdy tymczasem, pisząc podania do władzy, krótkie listy do rodziny, lub upraszając o wypisanie ich z zakładu, wyrażają się zupełnie dobrze, tak, że najmniejszej usterki w piśmie takim dostrzedz nie można. Autor przytacza przypadki obłądności (*monomanie de grandeur*) z bezwładem postępowym połączonego, w których chorzy zupełnie rozsądnie na piśmie się wyrażali, podczas gdy w rozmowie potocznej często dostrzedz można było zboczenie umysłowe, obok trudności w wymawianiu wyrazów (*embarras de parole*). Stawia więc w końcu wniosek: że, pisma, błędne pojęcia wyrażające, są niezbitym dowodem obłąkania; lecz z drugiej strony loicznie wypisane myśli nie zawsze dowodzą prawidłowego stanu umysłu.

b) Pod względem graficznego kształtu pisma, to zająkowanie się i trudność w wymawianiu u paralitycznych odpowiada pismu drżącemu i niewyraźnemu (*embarras de l'écriture*).

Pod wpływem rozdrażnienia umysłowego i szybkiego biegu myśli chory inaczej stawia litery, wyrazy i zdania, niż w stanie przygnębienia umysłu i zwolnienia w następstwie nasuwających się idei. Cierpienia oczów, dziwaczne przyzwyczajenia niektórych obłąkanych, np. trzymanie głowy w tył zadartej, również wywierają wpływ na sposób graficzny ich pisania.

Następnie zwraca autor uwagę na różnice zachodzące w piśmie chorych, cierpiących na rozmaite formy chorób umysłowych. Zboczenia piśmienne maniaków pochodzą od braku dostecznej uwagi przy pisaniu, u melancholików, zaś są skutkiem zwolnionej czynności umysłu. U maniaków linie pisma rozbiegają się w przeciwnych kierunkach, odstępują znacznie jedne od drugich, pismo okazuje wielki pośpiech piszącego, litery często są niezupełnie wypisane, lecz kreślone z wielką śmiałością i pewnością. Myśli obłądne są rozliczne i wypisane z taką szybkością, że powstaje ztąd brak należytej spójni, związku loicznego pomiędzy pojedynczemi zdaniami i okresami. W czasie wyzdrowienia, czyli konwalescencji, wylewa się na papierze gadulstwo chorych, ztąd pisma ich bywają bardzo rozwlekłe i dziecinne. Gdy obłąkanie maniakałne jest więcej skierowane ku pewnym tylko punktom, wówczas rozwija się częstokroć wielka łatwość do pisania, a wyrażenia przybierają barwę poetyczną, której chorzy nigdy w stanie zdrowia nie okazywali. U melancholików dostrzegamy niechęć do pisania. Czasami chorzy piszą, ale niedokładnie, niejasno, skutkiem zbytecznej zwięzłości; czasami znowu wypisują myśli prześladowające, dręczące ich (*idées de persécution, Verfolgungswahn*). Pojedyncze litery są drobne, małe, częstokroć niewyraźne, drżące, lecz drżenia te przy kreśleniu liter różnią się tém od drżenia chorych podległych bezwładowi postępowemi, że u tych ostatnich drżąc wypisane litery okazują linie krzywe czyli kąty, gdy tym czasem zagięcia liter u melancholików z braku decyzji pochodzące, lub z chorobliwej obawy, są więcej zaokrąglone. Chorzy cierpiący na obłąkanie częściowe opisują nieraz mniemane podejścia nieprzyjaciół, lecz starannie ukrywają pisma swoje (obłąd prześladowczy, *Verfolgungswahn, idées de persécution*), albo téż opisują

obszernie swoje mniemane choroby i uczucia (hypokondrya). Inną znowu razą chorzy do kategorii téj należący kładą na listach różne dziwaczne znaki symboliczne, skrócenia, wyrazy mające oznaczać jakąś tajemniczą przez nich wynalezioną mowę, stawiają przy tém nienależycie znaki pisarskie. U chorych cierpiących na zniedołęźnienie władz umysłowych (*dementia*), widziemy odpowiednio do braku związku pomiędzy pojedynczemi myślami i niedokładności w wyrażaniu myśli, nieporządek i nieregularność w piśmie, co bardziej jeszcze uwydatnia się i charakter pisma staje się niewyraźny, drżący, gdy obok zniedołęźnienia umysłowego rozwija się bezwład postępowy (*paralysis progressiva*). Przy poczynającym się zniedołęźnieniu władz umysłowych chorzy piszą bardzo krótko i zwięzle, w miarę ścieśniania się koła ich pojęć ograniczają się wypisaniem kilku zdań oderwanych, niełączących się już w loiczne okresy. Często znowu w mowie chorych dostrzegamy jeszcze należyty związek, a już pisma ich odznaczają się brakiem spójności pomiędzy pojedynczemi zdaniem (*incohérance*). Czasami na początku pisma chory pisze dość loicznie, w miarę jednak dłuższego rozpisywania się, lub przy końcu pisania popełnia błędy, dowodzące braku związku w zdaniach i okresach, które przez mniej uważnego badacza łatwo bywają pominięte. Inną znowu razą chorzy wypisują stereotypowo jedne i też same zdania obłudne, przepisują w odpowiedzi na listy do nich pisane też same listy, lub przepisują cokolwiek im pod oczy podpadnie; zapominają własnego języka, a piszą cudzoziemskim, co osobliwie wydarza się wówczas, gdy w obcym zamieszkują kraju; albo wreszcie piszą naprzemian wyrazami zapożyczonemi z kilku języków. W wyższych stopniach zniedołęźnienia umysłowego brak już w piśmie zdań całkowitych, a tylko wypisuje chory odrębne wyrazy, sylaby, zgłoski, lub znaki, bez najmniejszego ładu i szyku. Sposób pisania graficzny przedstawia różne odmiany, chorzy piszą po parę wyrazów na stronie, zupełnie krzywo, idąc od góry papieru ku dołowi, lub z dołu do góry, układają wyrazy w kolumny, i t. d. Przy bezwładzie postępowym (*paralysis progressiva*) zboczenia popełniane przez

chorych w pisaniu odnoszą się bądź do towarzyszącego obłądu wielkości lub do zniedołężnienia władz umysłowych, bądź téż do zбочzeń ruchowych. Z jednej strony osłabienie czynności umysłowych, z drugiej drżenie mięśni i brak szyku (*coordinatio*) w ruchach rąk, przyczyniają się do powstawania różnych zбочzeń w graficznym sposobie pisania. Przy poczynającym się bezwładzie rąk pismo staje się niepotoczyste, niegładkie, krzywe, litery stawiane są zwolna i grubo zakreślane, jakby przez małe dziecko, które poczyną uczyć się kaligrafii. Przytém zwykle pismo jest nieczyste, poplamione atramentem; pierwsze linie zachowują jeszcze równoległość, następne pisane są coraz koszlawiej, niewyraźniej i drżące, zdają się wykazywać, jak łatwo chory ulega znużeniu tak umysłowemu, jak i fizycznemu. Charakterystyczne wypisywanie liter w zygzaki, czyli linie krzywe, osobliwie jest widoczném na literach mających dłuższy przebieg, jak na przykład l, y, b, g. Jeden i tenże sam chory, dotknięty bezwładem postępowym, pisze raz zupełnie gładko, równo, czytelnie, inną znów razą pismo zdradza mocne drżenie rąk; powód zaś do tego daje się wysledzić w rozdrażnieniu chwilowém umysłu, lub we wpływie bezsenności, zimna, wilgoci, oddziaływającym na stan bezwładu. U chorych, którzy przedtém dość gładko pisali, mimo wyraźnych oznak w mowie będącego cierpienia pismo na raz staje się drżące i niewyraźne, gdy w przebiegu choroby pojawiają się silniejsze napływy krwi (*congestio activa*) do mózgu.

W końcu tego pouczającego wypracowania zwraca pan Marcé uwagę na ważność objawów piśmiennych u obłąkanych w kwestyach sądowo-lekarskich, mianowicie w sprawach o ubezwłasnowolnienie, jakotéż w sprawach testamentowych

Dalszym nabytkiem dla symptomatologii chorób umysłowych jest rozprawa p. Berthier, naczelnego lekarza Instytutu obłąkanych w Bourg (Ain) we Francyi, o zapaleniu łącznicy oka (*conjunctivitis*) u maniaków, które autor poczytuje za skutek cierpienia mózgowego u tych chorych. Zapalenie to ma być zależne od przekrwienia mózgu (*hyperaemia cerebri*), występuje z początku jako proste zaczerwienienie

łącnicy połączone z wydzielaniem łez, rozszerza się na całą błonę śluzową powiek, powiększa w miarę rozdrażnienia umysłowego, a z ustaniem tego ostatniego również ustępuje. Jeżeli napady rozdrażnienia często się powtarzają, wówczas zapalenie rozprzestrzenia się, pojawia się *blepharitis*, a w dalszym następstwie rozwijają się owrzodzenia na powiekach i wypadanie rzęs. Jedną z cech opisywanego cierpienia jest uporczywość na działanie wszelkich środków lekarskich. Pomimo użycia rozmaitych wkraplań w oko z roztworów ściągających lub lekko żrących, jak np. roztworu saletranu srebra, wcierań zewnętrznych z maści rtęciowej, upustów krwi, środków przeczyszczających, zasłonięcia ocz i t. d., przebieg cierpienia miejscowego pozostaje niezmieniony i kończy się dopiero z ustaniem rozdrażnienia umysłowego. Berthier zauważył owo symptomatyczne zapalenie łącnicy u czterdziestu chorych umysłowych obu płci. Najczęściej cierpienie to zdarzało się w przebiegu szaleństwa przestankującego (*mania intermittens*), niekiedy przy posepnicy (*melancholia*) z peryodycznymi pogorszenia (*exacerbationes*), nigdy zaś nie powstawało wśród obłąkania spokojnego i ciągłego. Szczegóły powyższe doprowadziły autora do następujących wniosków: 1, że istnieje zapalenie łącnicy ocz, właściwe chorobom umysłowym; 2, że cierpienie to, będąc zależnym od napływu krwi do ośrodków nerwowych, powstaje i znika wraz z takowym; 3, że z początku będąc prostym stanem rozdrażnienia błony dotkniętej, może w miarę dłuższego trwania i rozwoju stać się niewyleczalnym; 4, że w razach podejrzanego udawania (*simulatio*), może stać się ważnym znakiem przy rozpoznawaniu rzeczywistości obłąkania.

Tenże sam Berthier, zwracając uwagę na częste plucie u obłąkanych, odnosi ten objaw do potrójnego źródła: 1, do rozdrażnienia umysłowego; po-2, do urojeń zmysłowych, i po-3, do chorób żołądka i w ogóle pierwszych dróg pokarmowych. Na dwadzieścia kobiet obłąkanych nadmiernie plujących, spostrzeganych w ciągu jednego roku, napotkał ośm dotkniętych posepnicą (*melancholia*), lub szaleństwem (*mania*) z pogorszeniami (*exacerbationes*). Z tej liczby trzy chore

oddawały się ciągłemu spluwaniu tylko podczas gwałtowniejszych napadów umysłowego cierpienia. Sześć chorych doznawały ciągłych urojeń lub złudzeń smaku i węchu, pluły więc, sądząc, że się pozbędą tym sposobem zapachów niemiłych lub płynów zatrutych. Pozostałe chore były źle odżywiane, blade, niedokrwiste, mocno osłabione i cierpiały na uporczywy, a przewlekły katar żołądka. Stosownie do źródła owego nadmiernego płucia radzi *Berthier* leczyć takowe w przypadkach, gdzie powodem chorobliwego objawu są urojenia zmysłowe, środkami zastraszającymi, jak np. natryskami zimnemi; w razie kataru pierwszych dróg pokarmowych odpowiednią dietą i w ogóle środkami skierowanymi przeciw temu stanowi chorobliwemu; w razie rozdrażnienia ogólnego środkami uspokajającymi; a z ustaniem przyczyny ustępuje zazwyczaj skutek, to jest ów chorobliwy objaw płucia nadmiernego.

W bardziej wyczerpujący sposób stara się wyjaśnić powody zbytecznego płucia u chorych umysłowych *Obernier* z *Sieburga*. Bada on najprzód własności fizyczne i chemiczne wyrzucanej śliny, znajduje powiększone znacznie wydzielanie téj cieczy, prawidłowe jéj oddziaływanie i zwiększony nieco ciężar gatunkowy. Jeden obłąkany nadmiernie plujący, obserwowany w ciągu sześciu tygodni, utracił na wadze swego ciała sześć funtów, mimo to, iż nie można było wykazać żadnych zbroczeń nieprawidłowych w odbywaniu innych spraw. Co do przyczyny tego objawu chorobnego, to autor odnosi takowe w znacznej części do podrażnienia nerwu twarzowego (*n. facialis*) i struny bębenkowej (*chorda tympani*), które, jak wiadomo, znacznie powiększa wydzielanie śliny. Chory, opisany dokładnie przez *Oberniera*, wykonywał ciągłe ruchy wysilne mięśniami twarzowemi, okolica więc nerwu twarzowego była bezustannie podrażniona. Nadto tenże sam chory doznawał częstych urojeń słuchu. Jeżeli zwrócimy uwagę na to, że punkt wyjścia, a w części i dalsze drogi nerwów twarzowego i słuchowego zbliżają się wzajemnie, mógł więc w przypadku opisywanym jeden i tenże sam bodziec drażnić oba nerwy, bądź w okolicy ich początku, bądź dalsze-

go przebiegu, a przez to stanowić wspólną przyczynę urojeń słuchu, ruchów mięśni twarzowych i nadmiernego wyrzucania śliny.

W końcu, jako ważny przyczynek do symptomatologii chorób umysłowych w roku ubiegłym, należy zaliczyć opisanie zbioru objawów powstających przy istnieniu wężrzaka zwanego *echinococcus scoleicipariens* w mózgu, podane przez dra Knocha, asystenta kliniki psychiatrycznej prof. Balińskiego w Petersburgu. Już w roku 1862. Griesinger podał wiadomość o pojawianiu się tego wężrzaka (odkrytego przez Küchena meistra) w mózgu ludzkim, jako o nową przyczynę chorób umysłowych. Knoch podaje następujący obraz zjawisk klinicznych przy wspomnianej zmianie anatomicznej. Wśród silnych i długotrwałych bólów głowy, prędkim ubytku pamięci i upośledzeniu innych czynności umysłowych, przychodzą zбочenia czynnościowe w rozmaitych narządach zmysłowych, mianowicie oka, ucha i dotyku. W dziedzinie ruchów zjawiają się bardzo cechujące, a mimowolne poruszenia ciała, przy żadnym innem cierpieniu mózgowem nie dające się spostrzegać, a przypominające kołowaciznę u owiec, spowodowaną, jak wiadomo, przez wężrzaka zwanego *coenurus cerebrealis*. Wreszcie w wielu przypadkach opisywanego cierpienia chorzy doznają napadów padaczki, lub też drgawek, z zachowaniem przytomności, trwających niekiedy aż do śmierci. Czasami także pod koniec choroby powstają bezwładny połowiczne, z jednoczesnym znieczuleniem połowy ciała dotkniętej.

Nie chcąc zbyt rozszerzać zakres niniejszego sprawozdania, przemilczałem o pracach oddziałów, poświęconych badaniu chorób umysłowych, na zjazdach lekarzy niemieckich w Giessen i francuzkich w Lyonie. Opis posiedzeń tych zebrań naukowych pomieściły zresztą wszystkie prawie pisma peryodyczne lekarskie. Tu tylko wypada mi nadmienić z powodu zastosowania elektryczności do leczenia chorób umysłowych, o którym wspominał prof. Remak z Berlina na zjeździe w Giessen, że takowe nie zostało zaniedbanem i w kraju naszym, z tą jednak ważną różnicą, że Remak używał stru-

mieni stałych (galwanicznych), my zaś używaliśmy wyłącznie prądów przerywanych (indukcyjnych). W ciągu ubiegłego roku mieliśmy sposobność niejednokrotnie zastosowywać działanie elektryczności indukcyjnej w tutejszym szpitalu śgo Jana Bożego u chorych cierpiących na posępnice z osłupieniem (*melancholia attonita*), jużto jako środka pobudzającego cały układ nerwowy, używając prądu rdzeniowo-nerwowego, już też wpływając miejscowo na pobudzenie ruchów mięśni oddechowych, przyczém służyła za zasadę ta okoliczność, że liczba oddechów na minutę jest stosunkowo znacznie w tej chorobie zmniejszoną. Oprócz tego faradyzacja miejscowa również z korzyścią bywała używana u obłąkanych niemówiących skutkiem chorobliwego uporu, lub złudzeń i urojeń zmysłowych. Wreszcie przy uporczywój niechęci do jedzenia (*tresophobia*), o ile takowa nie opartą jest na głębszej, niewyleczalnej przyczynie, jak zgorzeli płuc (*gangraena pulmonum*), elektroterapia codzienną prawie i prawdziwą psychiatry przynosi usługę, działając bądź jako środek zastraszający (Leuret), pokonywający chorobliwy upór, bądź też jako zmuszający chorego do mimowolnego otwierania jamy ust i połykania wlanych w jamę ustną płynów (Maresch).

SPRAWOZDANIE

Z CZYNNOSCI TOWARZYSTWA LEKARZY PODOLSKICH

za rok ubiegły 1864.

Przez Dra Józefa ROLLEGO,

Sekretarza stałego Tow. L. Pod.

Staję znowu przed wami, Panowie, z rachunkiem ścisłym prac naszych; po raz oto drugi zabieram głos, a zabieram go z wielką trwogą, wątpię bowiem, azali potrafię być należytnym wyobrazicielem naukowych dążności Towarzystwa; licząc przeto na łaskawą względność waszą, czcigodni goście i mili koledzy, rozpoczynam sprawozdanie niniejsze.

Towarzystwo nasze odbyło w ciągu ubiegłego roku posiedzeń 25, z tych jedno tylko administracyjne. Liczba uczęszczających na nie kolegów wahała się między 22 a 11; najliczniejsze posiedzenia miały miejsce w jesieni i zimie, najmniej uczęszczane w lecie.

Członków liczymy obecnie 136, (przybyło w ciągu roku 13), mianowicie: 27 honorowych, 9 założycieli, 100 rzeczywistych, przybranych i korespondentów. Co do powołania: lekarzy 119, farmaceutów 7, przyrodoznawców 4, ludzi oddających się innym naukom 5, dentysta 1. Co do zamieszkania: osiadłych na Podolu 90, na Wołyniu 6, na Ukrainie 6, w Wilnie 3, w Ekaterynosławiu 1, w Wołogdzie 1, w Archangielsku 1, w Bessarabii 2, na Kaukazie 2, w Solihaliczu (g. Kostromskiéj) 1, w Warszawie 6, w Krakowie 12, w Poznańskim 2, w Paryżu 3. A że liczba lekarzy w gubernii wynosi około 170, połowa więc większa osiadłych na Podolu należy do naszego stowarzyszenia.

I w roku ubiegłym przychodzi nam opłakiwać zgon dwóch kolegów, mianowicie ś. p. Andrzeja Janikowskiego w Warszawie i Jakóba Grosmana w Proskurowie.

Pierwszy z nich, Andrzej Janikowski, zajmuje jedno z wydatniejszych miejsc w historii lekownawstwa krajowego. Starzec to 65-letni (ur. 2. listopada 1799. r. w Pilźnie w Galicyi, um. w Warszawie 4 grudnia 1864. r.), doktor medycyny i chirurgii uniwersytetu Jagiellońskiego i wszechnicy Warszawskiej, po dwakroć w téj ostatniej nauczał, raz jako profesor chirurgii teoretycznej (od 1826. do 1832.), powtóre jako profesor medycyny sądowej, policji lekarskiej i psychiatryi (od 1859. do 1862. r.). Członek Towarzystw naukowych Krakowskiego i Poznańskiego, lekarskich: Warszawskiego, Wileńskiego, Petersburgskiego (lekarzy ruskich), od roku zaś 1863. członek honorowy naszego Towarzystwa. Jeden z założycieli szkoły farmaceutycznej Warszawskiej, w której téż pełnił obowiązki profesora przez lat 14 (od 1840. do 1857. r.), prezes towarzystwa lekarskiego Warszawskiego przez lat 7 (od 1843. do 1850. r.), zastępca prezydenta Akademii medyko-chirurgicznej rok przeszło (1861.—1862.), członek Rady lekarskiej

w ciągu lat 30 z górą (od 1832. r. do zgonu), a długi czas jój sekretarz naukowy, lekarz Towarzystwa Dobroczyńności w ciągu lat 28 (od 1826. r. do 1854.), prezes wydziału lekarskiego tegoż Towarzystwa od r. 1839. do zgonu, stały przez długie lata współpracownik Pamiętnika lekarskiego, autor wielu rozpraw naukowych, szczególnie zaś wielkie zasługi położył jako pierwszy u nas sumienny, a gruntowny pracownik na zaniedbanój niwie medycyny publicznej, sądowo-lekarskiej i psychiatrii. Nie naszą jest rzeczą podawać tutaj szczegółowy życiorys zmarłego; obowiązek ten ciąży na kolegach warszawskich ś. p. Andrzeja Janikowskiego, ci bowiem znali go bliżej i umieli należycie w nim ocenić nie tylko naukowe, ale i obywatelskie zasługi; nie możemy więc współzawodniczyć z niemi w tym względzie, a wspominkiem tym pobieżnym chcemy jeno oddać cześć nauce, uchylić czoło przed trumną, podzielić smutek z ludźmi dobrej woli, którym jest bolesną każda strata na niwie medycyny krajowej.

Jakób Grosman, lekarz, mojżeszowego wyznania, urodził się w r. 1808. w gub. Grodzieńskiej, po ukończeniu gimnazjum w Grodnie w r. 1831. wstąpił na wydział lekarski w Moskwie, po ukończeniu którego ze stopniem naukowym przybył do Proskurowa w r. 1836, gdzie aż do zgonu, to jest do 6. września 1864. pełnił służbę lekarską w majątkach pp. Lizohuba i Swiejkowskiego. Zmarły zostawił żonę i ośmioro dzieci; należał on do tój dość znacznej u nas liczby skromnych, a cichych pracowników, którym los macoszyną ręką udziela szczęścia na tój ziemi; całe życie w zapasach z niedostatkiem, zahartowany był w biedzie, umiał tóż ją znosić z pogodą i wytrwałością, kuł ścieżkę żywota w twardej opoce, wiecznie gnany potrzebą zarobkowania dla wyżywienia rodziny; pragnął wiedzy dla wiedzy, a żelazna konieczność spychała go na drogę ciągłej troski o chleb powszedni! Nie zostawił więc prac naukowych po sobie, nie miał czasu. Bóg mu przeznaczył ciężką dolę wyrobnika na tój ziemi! A kto z was w obec głodnego jutra pracować jeszcze dla nauki i umie i może, niech ciśnie kamieniem na tę mogiłę samotną! My z naszej strony łączymy smutek nasz z boleścią rodziny stojącej nad

grobem zmarłego, przerażonej niepowetowaną stratą i ogromem czekającej ją w przyszłości!

Prace naukowe ogłoszone nakładem Towarzystwa w ubiegłym roku były następujące:

1) Sprawozdanie z czynności Towarzystwa lekarzy Podolskich w ciągu 1863. r. Warszawa. in 8^o. str. 25.

2) Годовое собрание Общества Подольскихъ врачей въ 1864. С. Петербургъ. in 8^o. стр. 30.

3) Materiały do topografii lekarskiej i higieny Podola. Warszawa r. 1864. Zeszyty: I. str. 45, II. str. 32., III. str. 46.

Do biblioteki Towarzystwa przybyło z ofiar dobrowolnych dzieł 206, w 344 tomach; a mianowicie lakarskich dzieł 80, treści przyrodniczej 15, mięszanej 111. W rzędzie ofiarodawców wymienić należy pp. Aleks. Kremera, Maurycego Górskiego, Witolda Jaroszyńskiego, Aleksandra Narkiewicza, Wincentego Stadnickiego, Rudolfa Maluszyckiego, Ignacego Łobanowskiego, Adama Mieczyskiego i Jana Weryhę Darowskiego, którym téż tutaj publiczne podziękowanie za powiększenie naszych zbiorów składamy.

Muzeum zostało wzbogacone następującymi darami:

Dział zoologiczny egzemplarzy	2
— zootomiczny —	4
— botaniczny —	2
— mineralogiczny okazów	91
— geologiczny —	41
— archeologiczny wykopalisk	6
Numizmata: monet miedzianych	65
— — srebrnych	8
— medalów miedzianych	3
— cynowych wodlewach	2
Odlewy cynowe monet hebrajskich	2
Wizerunki starożytnych monet rosyjskich rysowane na papierze	2
Księga wizerunków starożyt. monet	1
Muzeum patologiczne okazów	4

Za dary tu poszczególnione należy się podziękowanie pp.

Kremerowi, Koraszewiczowi, Grejmwowi, Janiszewskiemu i Lempe, profesorowi Rowieńskiego gimnazium.

Korespondencyj zamiejscowych prowadzonych z członkami osiadłymi na prowincyi, jak równie z innymi towarzystwami naukowymi, wysłano 90.

Główną treścią posiedzeń naszych było: 1) badanie chorób panujących i szczególnych przypadków postrzeganych w praktyce; 2) czytanie korespondencyj naukowych; 3) rozprawy o bieżących kwestyach dotyczących zdrowia publicznego i czytanie wypracowań lekarskich i przyrodniczych tak oryginalnych, jak i tłómaczonych.

1. **Rzecz o chorobach panujących** poprzedzimy *sposzrzedzeniami meteorologicznymi*, zbieranymi skrzętnie przez kolegę Przyborowskiego, z którego téż uczynności korzystamy obecnie. Zmiany atmosferyczne oddziałują bez zaprzeczenia na ustrój ludzki i o ile z jednej strony mocne są uczynić go więcej wrażliwym na wpływy chorobowe, a chorobom panującym nadać złośliwszy charakter, o tyle z drugiej wpływ ich dobroczynny postrzegać się daje nie jednokrotnie. Tutaj więc stosunek ten i tę wzajemną zawisłość postaram się wykazać, o ile to będzie możebnym przy obecnym stanie nauki.

Najprzód więc przytaczamy tu tablicę spostrzeżeń meteorologicznych robionych w ubiegłym 1864. r. (Zob.str. 180-181.)

Z tablicy téj następujące wyprowadzamy wnioski:

Średnie ciśnienie barometryczne było 27,7. Najwyższy stan barometru dostrzegano w styczniu (28,4), najniższy w październiku i marcu (27).

Średnia ciepłota roczna wynosiła $+ 7^{\circ},3$ R. Dni, w których termometr był niżej 0° R., czyli mrozów, było w tym roku 98; dni, w których ciepłomierz pokazywał $+ 20^{\circ}$ R., lub wyżej, 41.

Średnia ciepłota zimy $- 0,05$ R, wiosny $+ 8^{\circ},7$ R., lata $+ 15^{\circ}$ R, jesieni $+ 5^{\circ}$ R. Największe ciepło było 22. maja o godzinie 2éj po południu ($+ 25^{\circ}$ R.), największe zimno 18. stycznia o 7. z rana ($- 18^{\circ}$ R.) Rzeka puściła 26. lutego, stanęła 22. listopada.

Dni wietrznych liczono w ciągu roku 137; najwięcej w styczniu (20), najmniej w lutym (7). Co do kierunku wiatrów: północno-zachodni (PnZ) 62 razy, północno-wschodni (PnW) 7 razy, południowo-zachodni (PdZ) 41, południowo-wschodni (PdW) 16 razy; dni z wichrem (burzy, zamieci) 21.

Dni pogodnych było 140: najwięcej we wrześniu (18), najmniej w lutym (5); dni pochmurnych 138: najwięcej w lutym i marcu (18), najmniej w maju (6).

Dni mglistych było 33: najwięcej w listopadzie (9); nie było mgły wcale wiosną, latem, a także we wrześniu. Dni deszczu 81: najwięcej w czerwcu i lipcu (15); nie padał deszcz wcale w miesiącu grudniu. Dni śniegu 42: najwięcej w grudniu (11), nie padał wcale w maju, czerwcu, lipcu i sierpniu; ostatni raz śnieg padał 24. kwietnia (v. s.), mieliśmy go w ciągu tego miesiąca pięć razy, pierwszy zaś 22. września (v. s.). Grad 2 razy (w maju i czerwcu). Burza wielkich rozmiarów, która zajęła szeroki pas Podola i była powodem ogromnych strat, miała miejsce 2 razy w czerwcu. Grzmoty 12 dni w ciągu roku, najwięcej w czerwcu (5), poraz pierwszy słyszano je 26. marca; błyskawic 16 dni, najwięcej w czerwcu (9), ostatnie widzieliśmy dnia 16. (28.) października.

Spostrzeżeń nad prężnością pary, wilgotnością względną i ilością spadłej wody z deszczem i ze śniegiem, a także nad ozonem, nie robiono wcale dla braku przyrządów do tego celu służących.

Z tego więc, acz pobieżnego poglądu widzimy, że rok miniony należał do rzędu wyjątkowych pod względem zmian atmosferycznych, a więc wcale nie sprzyjających zdrowiu. Najprzód niesłychanie był wilgotny, liczył bowiem dni wilgotnych 156, kiedy według obrachowań z poprzedzających średnio lat 7 dni takich na rok bywa 99,5; nadto zimniejszy był, niż zwykle, o $0,7^{\circ}$ R.; miał długą zimą (zajęła ona i pierwszy miesiąc wiosenny), chłodną wiosnę (w kwietniu średnia ciepłota wynosiła $+7^{\circ}$ R., kiedy zwykle dochodzi do $+9,5^{\circ}$ R.; w maju $+13,0^{\circ}$ R., kiedy zwykle bywa $+14,0^{\circ}$ R.), dżdżyste lato (po 15 deszczów w czerwcu i lipcu), tak, że pogoda ledwie ustaliła się w połowie sierpnia i trwała do końca września;

Miesiące i pory roku	Ciśnienie powietrza średnie				Ciepłota w sto		
					Średnia		
	Miesięczne	Maximum	Minimum	Różnica	Miesięczn.	Maximum	Minimum
Styczeń	28	28,4	27,6	0,8	- 3,4	+ 5,	-13
Luty	27,6	27,10	27,4	0,6	+ 5	+ 8,5	-1,5
Marzec	27,5	27,11	27	0,1	+ 5,4	+13	+2
Kwiecień	27,7	27,11	27,4	0,7	+ 7	+10,5	+2
Maj	27,6	27,11	27,4	0,7	+13,8	+20	+8,5
Czerwiec	27,4	27,9	27,3	0,6	+16,8	+20	+14
Lipiec	27,7	27,10	27,4	0,6	+15,1	+18	+9
Sierpień	27,6	27,10	27,3	0,7	+14	+20	+9
Wrzesień	27,8	27,11	27,5	0,6	+10	+16,2	+3
Październik	27,5	28,1	27	0,9	+ 5,3	+12	-1
Listopad	27,7	28,1	27,4	0,7	+ 1,9	+ 9,5	-5
Grudzień	27,9	28,1	27,7	0,4	- 3,1	+ 4,5	-11
Zima	27,8	28,2	27,6	0,6	- 0,5	+ 6	-8,5
Wiosna	27,6	27,11	27,3	0,8	+ 8,7	+14,5	+4,2
Lato	27,6	27,10	27,3	0,6	+15	+19,6	+9,5
Jesień	27,6	27,10	27,2	0,8	+ 5,8	+12,5	-1
Rok	27,7	28,4	27	1,4	+ 7,3	+12,1	+1

pniach Réaumura			Kierunek i liczba postrzeganych wiatrów				Liczba dni		Ilość dni wilgotnych z powodu			Liczba dni	
Bez względu na													
Maximum	Minimum	Pole odmian	Pn.	Z.	Pd.	W.	Pogodnych	Pochmurn.	Mgły	Deszczu	Śniegu	Z wichrem	Z gradem
			Pn.	W.	Pd.	Z.							
+ 7 (d.28)	-18 (d. 18)	25	4	1	7	3	14	9	2	3	8	5	„
+13,5(d.26)	- 2 (d. 21)	15 ⁵	„	„	2	4	5	18	6	3	4	1	„
+16 (d.17)	- 1 (d. 28)	17	7	„	5	„	8	18	„	4	9	„	„
+16 (d.14)	+ 2 (d. 3)	17	12	„	„	„	11	13	„	6	5	„	„
+25 (d.22)	+ 7 (d. 6)	18	4	1	5	1	13	6	„	5	„	2	1
+24 (d. 5)	+ 7 (d. 26)	17	6	„	1	„	8	15	„	15	„	2	1
+23 (d.29)	+ 9 (d. 31)	14	3	1	3	2	12	7	„	15	„	„	„
+23,5(d.12)	+17 (d. 18)	16 ⁵	6	2	2	3	16	10	3	9	„	„	„
+21,5(d.9)	+ 2 (d. 30)	19 ⁵	6	„	2	„	18	8	„	9	1	1	„
+15 (d.16)	- 4 (d. 30)	19	6	1	2	1	13	10	7	4	2	„	„
+11 (d.2)	- 7 (d. 22)	18	4	1	1	1	8	15	9	8	2	4	„
+ 6 (d.30)	-12 (d. 12)	18	4	„	1	1	14	9	6	„	11	6	„
+13,5(d.2 $\frac{1}{2}$)	-18 (d. 1 $\frac{18}{1}$)	31 ⁵	8	1	10	8	33	32	14	6	23	12	„
+25 (d.2 $\frac{2}{5}$)	- 1 (d. 2 $\frac{3}{3}$)	26	23	1	10	1	32	37	„	15	14	2	1
+27 (d.5 $\frac{5}{5}$)	+ 7 (d. 1 $\frac{18}{8}$)	17	15	3	6	5	36	32	3	39	„	2	1
+21 (d.9 $\frac{9}{11}$)	- 7 (d. 2 $\frac{22}{11}$)	28	16	2	5	2	39	33	16	21	5	5	„
+25 (d. 2 $\frac{2}{5}$)	-18 d. 1 $\frac{18}{1}$	73	62	7	31	16	140	138	33	81	42	21	2

październik za to, listopad i grudzień szczególną odznaczały się zmiennością. To też w jednym tylko wrześniu natężenie rozmaitych spraw chorobowych osłabło, durzycy cały rok panującej nie postrzegaliśmy wtedy wcale, niezłyty przewodu pokarmowego i dróg oddechowych ustały, a gościec, który się rozwiłmożnił w czerwcu i lipcu i zajął nieledwie miejsce biegunek téj porze właściwych, zmienił w tym miesiącu swój złośliwy charakter i tylko w pojedynczych, bardzo odosobnionych przypadkach postrzegać go można było u ludzi do reumatyzmu i nerwobolów od dawna usposobionych. Deszcze ciągłe w miesiącach zbiorów zboża wpłynęły na zepsucie ziarna, ztąd mąki niezdrowe, dają ony bowiem chleb czarny, źle wypiekający się, zanadto drogi, ztąd trudność wynalezienia pokarmów za ceny umiarkowane; jój następstwem jest złe odżywianie stroju, który przy lada sprzyjających okolicznościach ulega cierpieniom rozmaitym, szczególnie durzycy z przeważném umiejscowieniem przypadłości chorobowych w przewodzie trawienia, durzycy, dodajmy, dotykającej klasę wyrobniczą, ubogą, już i bez tego naddatkiem pracy i wadliwém zachowywaniem przepisów higienicznych należycie wyniszczoną. Ale dotkniemy jeszcze nie jednokrotnie kwestyi wpływu zmian atmosferycznych na zdrowie, rozbierając poszczególnie choroby w roku ubiegłym napotykanę, do tego więc działu naszego sprawozdania z kolei przychodzimy obecnie.

Na pierwszém miejscu stawimy durzycę (*typhus*), która należy do rzędu cierpień nieustających w mieście naszym. Bywają wprawdzie chwile jój przytłumienia, ale bardzo krótkotrwałe, tak, że niejako pierwiastek chorobowy po zbytнім natężeniu słabnie, odpoczywa, a potém, zmieniwszy jeno pozornie postać, z nową występuje siłą. Tak też było i w r. 1864. W pierwszych trzech miesiącach durzyca panowała pospólnie na polskich folwarkach i w rynku, ztąd rozchodziła się ona ku rzece w postaci trójkąta, którego boczne linie stanowiły z jednej strony ulica Ormiańska z przedłużeniem, z drugiej Trynitaraska, podstawę zaś brzeg Smotrycza od szpitalu Witowskiego do mostu Tureckiego. Na Karwasarach napotykaliliśmy *maximum* rozwoju choroby; przyczyna takiego

natężenia łatwo się tłómaczy położeniem miejsca ściśniętego między skałami, w kotlinie błotnistej i wilgotnej wypełnionej drobnymi domkami, w których mieszka najuboższa ludność izraelska. W połowie wiosny choroba zaczęła słabnąć, w sierpniu ledwie jej ślady napotykaliliśmy, wrzesień zupełnie był od niej wolny, kiedy w październiku znowu pierwsze przypadki durzycy na Karwasarach wystąpiły jednocześnie z powrotną gorączką (*febris recurrens*) i ztamtąd rozszerzyły się po całym mieście i przedmieściach. Nim jednak przystąpimy do opisanie przypadłości w rzeczonyj chorobie napotykaneych, wypada nam wprzód kilka pytań rozwiązać:

1. Czy durzyca jest zaraźliwą? Wprawdzie wiele przypadków przytoczyćby można, w których spotykano niemoc w mowie będącą rozwijającą się bez pośrednictwa zarazy: nie wszystkie bowiem osoby w danym miejscu, to jest okolicy, mieszkaniu, nawet w jednym pokoju z durzycowemi zostające chorują; nie mniej wszelako *jeden* udowodniony przypadek zarażenia ma, według S k o d y, znaczenie przeważające wszystkie przeczące. Otoż taki przypadek widzieliśmy w Żwańcu (powiat Kamieniecki). Zapewne wiecie, panowie, że w ościennej Besarabii, szczególnie w powiecie Chocimskim, panował dur nagminnie, począwszy od października 1863. r., w Żwańcu zaś w tymże roku nie postrzegano go wcale do końca listopada. Aliści w tym czasie przybyła tu rodzina izraelska z Bryczan (pt. Chocimski), chroniąc się od durzycy; składała się ona z 4 osób, które we trzy dni po przybyciu do miasteczka jednocześnie uległy chorobie i udzieliły jej sąsiednim mieszkańcom, tak, że w połowie stycznia 1864. r. liczono tam 17 osób dotkniętych durzycą. Kwestya więc zarazy zanadto wybitnie tu występuje, byśmy jej mieli odmówić należytego znaczenia.

2. Drugie z kolei następuje pytanie: czy zaraza durzycowa jest jednolitą, lub nie? Chcąc na nie odpowiedzieć, trzeba wprzód rozstrzygnąć, czy dur jest chorobą jednolitą? Wiemy wszyscy, że dawniej mówiono o umiejscowieniu durzycowych złogów w jelitach (*t. abdominalis*), płucach (*pneumotypus*), krtani (*laryngotypus*), mózgu (*t. cerebialis*) i t.d.

Przy dzisiejszym stanie nauki podobne ograniczenie sprawy téj patologicznej do jednego narzędzia jest niemożliwe i niewłaściwe; wprawdzie mogą cierpieć więcej jelita, mózg, nawet krtani, lecz u ludzi mających i bez durzycy usposobienia chorobowe umiejscowione w tych organach, np. nawały krwi do mózgowia, przewlekły nieżyt jelit, płuc, krtani i t. d. Wiemy jednak z kąd inąd, że durzyca cechuje się pewnymi przypadłościami i określonymi zmianami, nasiękiem (*infiltratio*) w kątncy, w tkance podsłuzowej cienkich kiszek, w gruczołach krezkowych, obrzmieniem śledziony i t. d.; w innych znowu przypadkach tych zmian nie postrzegamy wcale. Ostatnia ta postać według zdania szkoły niemieckiej jest najzaraźliwszą; odmówić jój jednak durzycowego pochodzenia nie mamy prawa, choćby na téj zasadzie, że jak ospa, tak i płonica, mogą być pozbawione cechujących je plam i krostek, nie mniej wszelako ospą i płonicą być nie przestają. Druga różnica duru zależy od zmian postrzeganych w skórze; zmiany te są najróżnorodniejsze, zaczynając od prostego nawału krwi do niej, objawiającego się w postaci różawki (*erythema*), aż do potówki (*malaria*), różyczki (*roseola*), przystudzienic (*purpura*) znanych pod ogólną nazwą petoci. Rzadko téj postaci towarzyszą zmiany w jelitach; ztąd téż zagorzali stronnicy chcieli zaliczyć ją do rzędu chorób wysypkowych, potem nawet i całą gromadę durzycowych cierpień tu podciągano, utrzymując, że i tak zwanéj brzusznej durzycy towarzyszy biała wysypka grudkowata (*papulae*), ukazująca się tylko w dołku podsercowym i rozszerzająca się ztamtąd na piersi w postaci łańciskiego V. Są to jednak teorye w praktyce nie często się sprawdzające; ale téż z drugiej strony i wysypkowej durzycy towarzyszą niekiedy zmiany w jelitach połączone z kruczeniem i bolem w kątncy, a także biegunka: co dowodzi, że te dwie postaci są jedną i tą samą chorobą, a rozmaite jój przypadłości zależą od oporu, jaki sprawa chorobowa napotyka w ustroju. Skoro więc o dwóch postaciach durzycy nie ma mowy, to téż i pierwiastek zarazkowy jest jednolity, chociaż posiada moc zarażania rozmaitą; tak durzyca zwana dawniej

wysypkową jest niebezpieczniejszą, łatwiej się udziela od brzusznej, ma trwanie dłuższe i przebieg złośliwszy.

3. Ostatnie pytanie dotyczy rzeczy o przełomie (*crisis*), tak potępianym przez większość lekarzy tegoczesnych, takie jednak mającym znaczenie jeszcze na początku dzisiejszego wieku, że do obecnej chwili publiczność, wcale nie postępująca za kierunkiem szkoły lekarskiej, z utęsknieniem oczekuje znaków, po których mogłaby się spodziewać zmiany w chorobie ku lepszemu; wystąpienie potu zajmuje tu pierwsze miejsce i z jakążto ciekawością, z jakim utęsknieniem zarzucają lekarza krewni chorego pytaniami: czy będzie pacjent potnieć, kiedy będzie potnieć? i t. d. A jednak w tych zapytaniach leży trochę prawdy, nawet może więcej, niżli jój widzieć chcemy; potępiać bezwarunkowo to, co dla naszych przodków miało tak wysokie znaczenie, byłoby niekonsekwentnem: przełomy w durzycy bywają, tylko żeśmy wypuścili z rąk tajemnicę ich dopatrzenia; znakomici profesorowie szkoły Berlińskiej, *Virchow* i *Traube* stanęli obecnie w ich obronie uzbrojeni całym zapasem tegoczesnej wiedzy lekarskiej (1). A wszakże i my nie jednokrotnie widzieliśmy, że po wystąpieniu obfitego

(1) Przytaczamy tu ustęp o przełomach z odczytów *Virchowa*, udzielony nam łaskawie przez kolegę *Rudnickiego*: „Wszystkie zmiany chorobowe w organizmie, jak wiadomo, dadzą się sprowadzić do trzech gromad, a mianowicie: do zmian chemicznych, fizyczno-anatomicznych i czynnościowych czyli fizyologicznych (skład, postać i czynność czyli funkcy). Na téj podstawie starano się wynaleść swoiste patologiczne ciała, swoiste patologiczne postacie i swoiste patologiczne objawy, albo funkcy. Z postępem nauki jednakże dla każdej ze zmian powyższych udało się wynaleść i wykazać pierwowzór fizyologiczny, tak, że dziś chorobę nie inaczej pojmujemy, tylko jako naruszenie równowagi w summie czynności fizyologicznych już to grubszych, już subtelniejszych (w pierwocinach histologicznych), a to w skutek jakościowego, lub téż ilościowego zboczenia jednej, albo kilku z tych czynności od stanu prawidłowego. Przywrócenie pierwotnej równowagi, czyli wyrównanie tych zboczeń przypisywano od najdawniejszych czasów bądź działaniu leków, bądź pewnemu wewnętrznemu działaniu samego

potu chory durzącą dotknięty wracał do przytomności, a natężenie sprawy chorobowej natychmiast się umniejszało; to znowu sen długi, 24, albo 36-godzinny, miewał przełomowe znaczenie; indziej przytomność wracała po niezwykle obfitem, bo wynoszącym przeszło 1 ½ garnca na dobę, oddaniu moczu i t. d.

organizmu, które jako odrębną siłę (*vis medicatrix naturae*) wystawiano sobie. Potem wystąpiły dwa zdania, z których jedno sprowadzało ostatecznie do téj siły wszelkie lekovanie sztuczne, stawiając lekarza li tylko w roli pomocnika natury; drugie, opierając się wyłącznie na terapii, wprost przeciwnego dowodziło twierdzenia. Pytanie to, nader ważne dla praktyki, było przedmiotem długich sporów. Z powyższego atoli pojęcia choroby wypada oczywiście, że nie ma i być nie może żadnej siły *ad hoc* zachowanej w odwodzie na wszelki przypadek, oprócz sił istniejących w organizmie zdrowym i stanowiących życie tegoż organizmu. W sprawie wyzdrowienia, równie jak w stanie choroby i zdrowia, możemy rozróżnić dwie tylko siły: żywotną i sumę sił drobinkowych (molekularnych). Za pomocą tych sił, a przez pośrednictwo znacznej liczby regulujących narządów, jakie posiada ustrój, następuje wyrównanie zbroceń, któreto wyrównanie, odpowiednio podziałom całego organizmu, odbywa się zwykle w trzech większych grupach, a mianowicie:

„I. W układzie nerwowym, przedewszystkiém zaś w ośrodkach, istnieje stan napięcia (*Spannung*) i wyładowania (*Entladung*). Zarówno w umysłowej, jako téż w grubszej nerwowej sferze, mamy cały szereg czynności obwodowych i ośrodkowych, które znoszą stan napięcia i powodują wyładowanie, przez co ogólna i szczególna czynność całego układu powraca do pierwotnej równowagi, która znowu równowagę innych czynności prowadzi za sobą. Owę chwilę wyładowania, czyli przywrócenia równowagi w czynnościach układu nerwowego zowiemy w patologii przesilną, czyli krytyczną (*crisis*). Ma się rozumieć, że takie wyładowanie nie zawsze staje się zbawienne, może bowiem pociągnąć za sobą zbroczenie w odwrotnym kierunku, lub téż nowe silniejsze jeszcze sprowadzić napięcie; fakt atoli faktem być nie przestaje i w wielu przypadkach rozstrzyga ostatecznie o dalszym przebiegu choroby ku lepszemu lub gorszemu.

„II. Zbroczenia we krwi mogą pochodzić od składu jej *nadmierne*go, (przyczém nie tylko rozumiemy przewagę tych

Co do nas wierzymy w znaczenie przełomów w durzycy, wtedy szczególnie, kiedy z ich wystąpieniem ilość chlorków w moczu, prawie zupełnie znikłych, albo znacznie zmniejszonych, pojawia się na nowo, albo powiększa. O wystąpieniu potu to tylko dodamy, że częstokroć pokazuje się on wówczas, kiedy zjawiska

lub owych części składowych, lecz oraz cząstek wcale obcych, które tą lub ową drogą do krwi się dostały), lub też *niedostatecznego*. W tym ostatnim razie, gdzie drogą ograniczania rozchodu, lub odżywiania, następuje ostateczne wyrównanie zбочenia we krwi, przełom choroby nie daje się namacalnie dostrzedz; w razie atoli nadmiernego składu krwi (jakościowego albo ilościowego) istoty znajdujące się w nadmiarze, lub niepotrzebne, mogą być albo rozłożone za pomocą utlenienia, albo wydalone zapomocą osobnych narządów (nerki, skóra, narz. trawienia), albo wreszcie umiejscowione, czyli złożone w jakimś inném narzędziu. Wszystkie te sprawy mają także coś przesilnego w sobie: sąto czynności dodatnie, ulepszające, porządkujące wewnętrzne stosunki ciała i sprowadzające takowe do miary prawidłowej. Zwracały też ony od dawna na siebie uwagę lekarzy, a od czasów Hippokratesa aż do dni naszych zastanawiano się najbardziej nad tak zwanymi przesilnymi wydzielinami (pot, mocz), oraz przesilném umiejscowieniem. Jedno i drugie podług dawnych lekarzy miało nosić na sobie cechę oczyszczania krwi. Taką atoli cechę sprawy te wtedy tylko posiadać mogą, gdy wydzielenie, rozkład, lub złogi (*Ab-lagerung*) są zupełne i zanieczyszczenie krwi nie odnawia się więcej; gdy zaś przeciwnie źródło, z którego zanieczyszczenie (ilościowe i jakościowe) to się rozszerza, usunięciem nie jest, w takim razie oczywiście przerwany przebieg zбочenia powraca na nowo. Sprawy te równie wtedy przesilnymi być mogą, gdy w skutek przeciwniczego (antagonistycznego) działania nerwów przypadają jednocześnie z wyładowaniem ośrodkowego napięcia. Jeżeli w skutek wydzielin lub złogów powstaną nowe istotne zбочenia, które się staną punktem wyjścia dalszej sprawy chorobowej; jeżeli wydzielin te lub złogi nie zawierają w sobie owego nadmiaru istot, które przedtém krew obciążały; oraz jeżeli nie prowadzą za sobą wyładowania napięcia ośrodków nerwowych: wtedy oczywiście na dalszy przebieg choroby niekorzystnie wpływać muszą. Przeciwnie nie podobna ich inaczej jak tylko za *przesilne* uważać, jeżeli sprawy te (jak się to mianowicie zdarza przy wyładowaniu napięcia ner-

zapalne słabną, chory czuje się lepiej, mocne mu jeno osłabienie dokucza: aliści po kilku godzinach pozornego polepszenia występuje stan nerwowy; wówczas przy tym fałszywym, jeżeli się tak wyrazić można, przełomie, chlorki w moczu zmniejszają się coraz bardziej.

Po wypisaniu przekonań naszych o durzycy, (za które przyjmuje na siebie odpowiedzialność sprawozdawca), przystępujemy do poszczególnienia jój objawów w roku ubiegłym. W końcu zimy cechowała się ona wysypkami rozmaitego rodzaju i obrzmieniem śledziony; przypadłości mózgowe były tu dość częste, ztąd bredzenie silne podobne do szaleństwa (*mania typhosa*) postrzegano kilka razy; majaczenie to i w czasie wyzdrowiania na długo jeszcze zostawało, przeplatane coraz częstszymi przerwami przytomności; strata pamięci sięgająca

wowego) przeciągają się dalej, po za sam okres polepszenia. Należy tylko wtedy szukać istoty tego polepszenia nie w pojedynczych utworach, które je sprowadzają, lecz w samej sprawie (rozkładu, zlogów, wydzielania), która stanowi cechę i wynik powróconej równowagi w czynnościach.

„III. C o d o t k a n e k wreszcie, biorąc na uwagę pierwociny, z których są złożone, wnioskować musimy, że wyrównanie powstających w nich zbroczeń tylko na drodze odżywiania (pod zawikłanemi stosunkami diffuzyjnemi) może mieć miejsce (odrodzenie, zabliznienie się). W ogóle atoli uważamy, że, gdy ogólna harmonia zostanie nadwreżoną w ustroju przez jakie zbroczenie w pewnej jego części, wyrównanie tegoż może mieć miejsce za pomocą kompensacyi. Przy ubycie jednych części widzimy przerost w innych i na odwrot. Są to wszystko stosunki *przeciwnicze* (antagonistyczne), które należy odróżniać od *współczulnych* (sympatycznych) powstających tak często w częściach stykających się ze sobą. Wyrównanie przeciwnicze może tedy zastąpić drogę odżywiania i odradzania, w skutek bowiem podwyższonej czynności przez przeciwieństwo w jednej części następuje równowaga w zbroczeniu spowodowanem przez osłabienie takiéjże czynności w drugiej. Chwila rozpoczynającego się działania przeciwniczego będzie chwilą przesilną tém bardziej, że może ono być tylko czasowe i wynikiem onego jest tymczasowy spokój części nadwreżonej, po którym też część czynność swą prawidłową odzyskać jest w stanie.“

po za okres wyzdrowienia także zasługuje na wzmiankę; niemotę zupełną postrzegano pięć razy, obrzmienie ślinianek przyusznych w $\frac{1}{8}$ przypadków, wysięki w płucach wyjątkowo występowały, krwotoki z jelit nader obfite przestrzegano podwakroć, jeden z nich pojawił się po uprzedniem stosowaniu siarczanu chininy w zwiększonych dawkach i ukończył się śmiercią. Dwubitne tętno postrzegano tylko w gróźniejszych przypadkach, mających prawie zawsze smutne rozwiązanie. Odleżyny bywały częste, niekiedy długotrwałe, a tém samym okres wyzdrowienia przeciągał się do dwóch i więcej miesięcy.—W tymże czasie koledzy widzieli kilka przypadków durzycy poronnej (*typhus abortivus*), jeden z nich szczególnie z tak szybkim przebiegiem, że na dziewiąty dzień niemocy chory się już podniósł, miał dobre łaknienie i siły, kiedy plamki sinawe (*sudamina*) niemal całą powierzchnią skóry pokrywające jeszcze zupełnie nie zeszyły.—Leczenie durzycy na początku roku występującej zasadało się na stosowaniu zimnych wycierań całego ciała po kilkakroć co dnia powtarzanych, zimnych obwijań (co 6—8 godzin), w razie potrzeby leków rozwalniających (olej kleszczowiny, albo i leki solne przy mocnym zaparciu stolca) i należytego żywienia chorego.

Z wiosną dur zmienił charakter, natężenie choroby było mniejsze, trwanie krótsze, przebieg łagodniejszy; w październiku zaś choroba wystąpiła pod inną postacią: główną jej cechą był nieżyt przewodu pokarmowego z obrzmieniem błony wyściełającej dwunastnicę połączony, ztąd częste żółtaczkiz bardzo nieznacznem powiększeniem wątroby, albo i bez niego, śledziona bywała rozmiarów prawidłowych, żywot lekko wzdęty, jelita wypełnione przelewającym się płynem i gazami, ból w całym żywocie znaczny, szczególnie w okolicy kątnicy i w dołku podsercowym, odchody stolcowe częste, wodniste i niebolesne, odczyn gorączkowy umiarkowany, ból głowy słaby, tępy, głuchota dowodząca kataru przewodów Eustachiusza częsta, bredzenia prawie nie bywało, za to bezsenność ciągła, nieżyt oskrzelowy nieznaczny, obrzmienie ślinianek równie częste, jak i w postaci poprzedzającej, nie stanowiące jednak groźnego powikłania, odleżyny zaś wcale miejsca nie miały.

Leczenie i tutaj było wyczekujące: wycieranie ciała letnią wodą, także okłady na żywot, wewnątrz mleczanka ze słodkich migdałów kończyły rzecz całą, i rzadko wypadało stosować napar wymiotnicy (ipekakuany) przy zjawiskach większego nieżytu płucnego. Rzec tę zakończymy wywodami statystycznymi. W ogóle chorych dotkniętych durzycą w Kamienieckich szpitalach w roku ubiegłym liczono 470, z tych wyzdrowiało 439, umarło 31, śmiertelność więc była 6,8%.

Gorączka powrotna (*relapsing fever, fièvre à rechute, febris recurrens*) jednocześnie wystąpiła z durem w październiku. P. E j n h o r n pierwszy ją spotkał na Karwasarach; choroba ta cechowała się mocnym odczynem gorączkowym (tętno 120), ogólnym osłabieniem i nieżytem przewodu trawiennego. Ze zbroczeń czynnościowych zasługiwały tu na uwagę zaparcia stolca połączone z brakiem łaknienia i pragnieniem dość umiarkowanym; chory przytomności nie tracił, doświadczał tylko niewymownych i niczem niedających się uspokoić nudności, powiększających się w miarę trwania choroby. Cały ten okres zamykało obfite wystąpienie potu 12- albo i 24-godzinne, poczem wyraźna postrzegać się dawała ulga, ale tylko chwilowa, po dniu bowiem polepszenia występowały przypadłości wyżej opisane, szybki powrót choroby przepowiadające. Powroty takie miały u nas miejsce trzy, a w rzadkich przypadkach cztery razy, tak, że przebieg choroby rozciągał się od dni 12 do 20. Powrotom sprzyjały warunki higieniczne i większa albo mniejsza siła ustroju: tak więc nad rzeką, w kotlinie Smotrycza, w domkach ciasnych, wilgotnych, źle zabezpieczonych od zimna, okresy choroby były dłuższe, powrotność częstsza; toż samo postrzegaliśmy u ludzi wątłych, źle odżywionych, wyniszczonych czyto nadmiarem pracy, czy też nadużyciem wysokowych napojów. Tymczasem w górnej części miasta choroba ta nosiła najzupełniejsze cechy zwyczajnego nieżytu żołądka i jelit, i w samej rzeczy niczem się też od niego nie różni, chyba nieubłaganą powrotnością swoją. Sprawa ta chorobna nie jest wcale nową, za jaką ją niektórzy lekarze chcieli uważać, w przeszłym bowiem jeszcze wieku opisał ją dość szczegółowo dr. R u t t i (1741). W Ir-

landii i Szkocyi panowała ona od 1800. do 1820. r. (Barker, Cleyne, Welch); podobną chorobę występującą nagminnie w Anglii opisał Christison w 1826., 1847. i 1848. roku; a w *St. Bartolomews Hospital* w Londynie, jak utrzymuje Ormerod, pokazała się ona w r. 1847. i odtąd sporadycznie panuje, przebieg ma zwykle łagodny i niekiedy tylko przybiera groźniejszą postać. (Th. Watson). Na łódzie stałym Dimler i Baerensprung postrzegali ją w Szląsku i Czechach w latach 1847. i 1848. a Griesinger w Egipcie w 1831. r.; p. Bernstein opisał bardzo dokładnie epidemię gorączki powrotniej panującej w Odessie w roku ubiegłym, pisma zaś lekarskie petersburskie wspominały o jój pokazaniu się w tymże czasie nad Newą. Niektórzy z kolegów uważali tę formę chorobową za durzycę; rdzennie się jednak ona od niej odróżnia. Nie spotykamy tu wcale cechujących wysypek, powiększenia śledziony, kruczenia w jelitach, bólu w kątnicy, biegunki, bredzenia, głuchoty, obrzmienia ślinianek, odleżyn i t. d.; chory tu ma najzupełniejszą świadomość stanu, w jakim się znajduje, przygnębienia durzycowego najwprawniejsze oko nie odnajdzie, przeciwnie zamiast apatii i obojętności posuniętej do wysokiego stopnia postrzegamy tu niepokój i miotanie się nieustanne: postać więc tę chorobną uważać należy za niezbyt żołądka i jelit odmieniony może wpływami atmosferycznymi (zbytnią wilgotnością powietrza), a cechujący się skłonnością do powrotów. A jeszcze na jedną drobną przypadłość zwrócimy tu waszą uwagę. Wiadomo, że przy cierpieniach niezytowych przewodu pokarmowego postrzegać się często dają pryszczę (*herpes*) na ustach. Dawniejsi lekarze uważali je jako znak dowodzący poczynającego się wyzdrowienia: przekonanie to jest mylne, jakeście się nie jednokrotnie mogli o tém przekonać; pewną jest jednak rzeczą, że w durzycy nie mają ony nigdy miejsca. Nie jest to nasze zdanie; słyszeliśmy je jeszcze od profesora Meringa przed dziesięcią laty w Kijowie, a od tego czasu ani jeden przypadek przeczący nie podkopał naszój w nie wiary. Otóż w gorączce powrotniej wysypka rzeczona była na porządku dziennym. Po tém więc wszystkiém, co się wyżej rzekło, za durzycę uważać téj choroby nie

mamy prawa. Leczenie téjże zasadzało się na stosowaniu leków poruszających odchody stolcowe, jakoto nalewki wodnej rzewieniu (*tinct. rhei aquosa*) i lawatyw, a potém kojących nudności; pod tym ostatnim względem najlepiej nam pomagały: węglan potażu wysycony świeżym sokiem cytrynowym w mieszance zaprawionej syropem pomarańczowym, czyli t. zw. płyn Riverowy, wreszcie kwaskowate napoje, a po ustaniu pierwszego potu chinina czynnie stosowana (gran 6 do 10 dziennie) znosiła niekiedy natychmiast cierpienie w mowie będące.

Zimnica w roku ubiegłym wyjątkowo tylko występowała, częściej w kwietniu i maju, w ciągu zaś lata pojedynczo i bardzo nielicznie; a 180 przypadków zimnicy poszczególnych w sprawozdaniu ze szpitalu wojskowego policzyć należy na karb żołnierzy konsystujących w okolicy miasta, która w skutek warunków miejscowych (błotne, moczarowate niziny) zawsze spory kontyngiens chorych dotkniętych zimnicą dostarcza.

Nieżyty (katary), w ogóle dość łagodne w pierwszej połowie roku, w drugiej stały się cierpieniem nagminnie panującym, tak dalece, że stanowiły główne tło innych spraw chorobowych w tymże występujących czasie. I tak zapalenia nieżytowe gardła stanowiły niemal codziennie napotykanne cierpienie w październiku: można powiedzieć śmiało, że połowa ludności miejskiej im ulegała, szczególnie zaś ucząca się młodzież w tutejszém gimnazjum; choroba miała przebieg łagodny i ustępowała przy samém zachowaniu dietetycznych warunków. Nieżyty żołądka i jelit (*catarrh. subacutus*) we wrześniu panowały samoistnie; objawem nieżytego zapalenia dwunastnicy była żółtaczką, ustępująca po zadaniu leków poruszających odchody stolcowe (*rheum, bicarbonas sodae, natrum phosphoricum* i t. d.). Spotykaliśmy jednocześnie z nieżytem dróg pokarmowych i zapalenia różowate twarzy (*erysipelas*) dość uparte i długotrwałe; powierzchnia obrażona często bywała tutaj pokryta pęcherzami napętionem płynem surowicznym (*erysip. phlyctaenodes, bullosum*). W październiku, listopadzie i grudniu nieżyt w mowie

będący stanowił powikłanie durzycy, gorączki powrotnej, zapalenia płuc i opłucnej. Biegunka i czerwotka, w pierwszej połowie roku zeszłego pojedynczo występujące, nie urosły latem do potęgi nagmiunie panującego cierpienia w skutek braku owoców, a szczególnie kukurudzy, której nadmierne użycie, tak zwyczajne u ludu naszego, jest poniekąd przyczyną powodującą wystąpienie rzeczonoego cierpienia. Nieżyty oskrzelowe, rozpowszechnione w ziemię, z wiosną zupełnie ustały, lecz w październiku znowu się pokazały, poprzedzając zapalenia opłucnej i płuc. Te ostatnie nader były częste w listopadzie i grudniu; z przypadków zwykłych tej niemocy brakło często plwocin swoistych przy wyraźnych objawach wysłuchowych (*crepitation*); wówczas wydzielanie się ich było nie obfite i utrudnione, kaszel dość słaby, natężenie gorączkowe umiarkowane, oddech niezbyt ciężki; postaci takie po 11—14 dniach trwania przechodziły w wyzdrowienie, którego okres trwał około tygodnia. Z drugiej znowu strony spotykaliśmy wzorowe zapalenia płuc, ze wszystkimi im właściwymi przypadłościami, wyjąwszy dostarczanych przez przysłych, który nic tutaj oprócz osłabionego oddechu nie odkrywał; przypuszczać więc potrzeba, że zapalenie tu zajmowało środkowe gronka okolone zewsząd zdrową tkanką, która w skutek sprężystości i zawartego w niej powietrza jest złym przewodnikiem tonów patologicznych (*pneumonia centralis* — Skoda, Grisolle, Chomel). Leczenie stosowaliśmy bardzo proste, idąc bowiem w myśl Oppolzera, wbrew twierdzeniom Skody zalecano zwykle mieszankę z naparu wymiotnicy (*ipecacuanha*) i naparstnicy czerwonej (*digitalis purp.*), z dodaniem saletranu potażu (*kali nitricum*), tak według Traubego wpływającego na zmniejszenie (zwolnienie) uderzeń sercowych, a tém samém wstrzymującego natężenie gorączkowe. Leczenie takie wspieraliśmy morfiną doraźnie stosowaną (po $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{6}$ ziarna dziennie) i okładami ciepłymi strony płuc zajętej cierpieniem. Leczenie to nam wystarczało i w rzadkich jeno przypadkach, celem umniejszenia duszności, wypadło nam zadawać *liq. ammonii anisati*. Koledzy w szpitalu wojskowym zalecali krwi-upusty z wielką korzyścią dla

chorych. W ogóle zapalenia płuc w roku minionym miały przebieg dość łagodny i szczęśliwe rozwiązanie, na 221 bowiem chorych dotkniętych rzeczonym cierpieniem 6 tylko zgonów liczono (3 na 100).

Zapalenia opłucnej ze skłonnością do obfitych surowicznych wysięków spostrzegano w marcu i kwietniu; kol. Przyborski miał sposobność w tym czasie robić pokilkakroć przekłócie klatki piersiowej (*thoracentesis*) w celu wypuszczenia cieczy zawartej w worku opłucnej; w listopadzie i grudniu znowu postrzegaliśmy—nieliczne wprawdzie—przy padki téjże niemocy ze skłonnością do zbitych i nader skąpych wypocin.

Gościec (*rheumatismus*) w ogóle i gościec stawowy w szczególności panował u nas w lipcu i sierpniu, miał on zwykle przebieg gwałtowny, odznaczał się wielkiem natężeniem bólu, nawet po zniknięciu odczynu gorączkowego, i kończył się zawsze pomyślnie; powikłań prawie nie spotykaliśmy i ledwie o dwóch połączonych z zajęciem nieznaczniem osierdzia (*endocarditis*) wspomniano na posiedzeniach; tém bardziej o zgonie w skutek cierpień rzeczonych nie ma mowy. Podobnym przebiegiem cechowały się cierpienia reumatyczne i w innych częściach Europy; tak naprzykład wiemy ze sprawozdania październikowego, że w szpitalach paryzkich osób dotkniętych gościem liczono 364, z tych 360 wyzdrowiało, 4 umarło. Wracając do Kamieńca, powiedzieć nam wypada, że jedynie w lipcu i sierpniu gościec był panującą chorobą, we wrześniu zaś tylko pojedynczo występował; chociaż znowu nerwobole na tle gościowém (*rheumatalgia*) nieustannie się napotykały, czerpiące początek swój w zmianach atmosferycznych tak częstych w roku minionym. Leczenie wyczekujące, a więc przedewszystkiem środki kojące bole (morfina wewnątrz po $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{6}$ grana, okłady zajętych stawów chloroformem), po ustaniu zaś odczynu gorączkowego toniczne i wzmacniające (chinina i żelazo); w szpitalu miejskim stosowano z wielką korzyścią okłady z zimnej wody na stawy zajęte cierpieniem.

Z pojedynczych postaci chorobowych wspomnieć tu jeszcze należy następujące:

Zapalenia i nieżyty męcherza niezbyt rzadkie były w styczniu i lutym.

Kilka przypadków gnilca (*scorbutus*) zdarzyło się w szpitalu wojennym. Gruźlica jak zawsze, tak i w roku ubiegłym, dziesiątkowała ludność miejską; po ściśłem bowiem obliczeniu, dokonaném przez sprawozdawcę, przekonano się, że gruźlicowych było w Kamieńcu 256 osób, z tych umarło 145, więc na 3 suchotników przypadały 2 zgony.

Choroba syfilityczna w październiku i listopadzie nader częstém była zjawiskiem, tak, że przypadki zarażenia miały pozornie znaczenie nagminnie panującego cierpienia; Chcemy wierzyć, że atmosferyczne zmiany niepoślednią tu odegrywały rolę; mogły one bowiem sprzyjać powrotom choroby, a występującym pierwiastkowo nadawać cechy groźniejsze. Kolebką przymiotu, jak wiemy, jest południowa Europa. niemoc ta, jakby pomna swego pochodzenia, w zimniejszym klimacie, choćby w kraju, jak nasz, do średniej strefy należącym, surową niekiedy przybiera postać. To téż i w roku ubiegłym spotykaliśmy krom postaci zwyczajnych, częstokroć upornie opierających się wszelkim środkiem lekarskim, i niezwykle jój przypadłości, jakoto padaczkę, połowiczne porażenie twarzy, zwyrodnienie gruczołów limfatycznych mające rakowate wejrzanie, a wszystko na tle przymiotowém powstałe. W miejscowych szpitalach dotkniętych kiłą w ciągu roku liczono 706 osób. Udzielanie się niemocy syfilitycznej za pośrednictwem krowianki, na większą stopę rozpowszechnione, mieliśmy niejednokrotnie sposobność postrzegać w Oryninie; doprawdy, zgroza nas przejmuje na widok tego mnóstwa niemowląt w kolebce już zarażonych jadem, tak zabójczo oddziaływającym na ustrój!

Cierpienia nerwowe i umysłowe znakomity kontyngens stanowiły w r. 1864. Najprzód rzecz można, że charakter panujących chorób był przedewszystkiém nieżytowo-nerwowy; jak bowiem z jednej strony nie widzieliśmy prawie niemocy noszących wybitne cechy zapalne, tak z drugiej znowu przy lada niestrawności występowały objawy nerwowe: zawrot głowy był pierwszą przypadłością, we wszystkich prawie bez

wyjątku sprawach chorobowych, maciennictwo u kobiet nigdy mu dawniej nieulegających objawiało się przy lada nieżycie oskrzelowym, zjawiska drgawkowe, padaczka przypadowa także się często zdarzały. Niemotę (*alalia* lekarzy dawniejszych, *aphemia*, *aphasia* p. Trousseau) kilkakroć mieliśmy sposobność postrzegać; towarzyszyła ona durowi, padaczce, a niekiedy i samodzielnemu cierpieniu rdzenia przedłużonego i zależała od nadwzrężonej harmonii nn. podjęzykowych, twarzowych, języko-gardzielowych, dodatkowych i trójdzielnych (Jacoud, Winslow, Romberg). Wreszcie z b o c z e n i a umysłowe były na porządku dziennym: w jednym szpitalu miejskim dotkniętych chorobami psychicznymi liczone w ciągu roku 80 osób, z których 12 umarło, a 39 wyzdrowiało, albo opuściło zakład z pewnym polepszeniem. Naturalnie, łatwo sobie wytłómaczyć przyczynę téj częstości, dwa lata bowiem ostatnie nastroczały znaczną liczbę czynników podbudzających działalność nerwową; chwila przechodowa, w jakiej się nasza prowincya znajduje, chwila, dodajmy, zanadto długo trwająca, w obec tych zaburzeń politycznych po za Bohem, których odgłos nieledwie do nas dolatał, nie mogła pozostać bez wpływu na ludzi z przyrody swojej wrażliwych. Młot konieczności dziejowej, niszcząc z niemiłosierną szybkością przywileje jednej kasty, drugiej jednocześnie zapoznanéj od wieków nadawał prawa obywatelstwa: przewrót więc ten społeczny powoływał do życia namiętności, ambicje, a tém samém sprzyjał krzewieniu się zbroczeń umysłowych; klęski materyalne, nienależyte zrozumienie właściwego stanowiska nie mało się także do ich rozpowszechnienia przyczyniły. Nie poszczególniamy tu obecnie postaci chorobowych do tego działu należących, zbieramy jednak skrętnie materyały i kiedyś z tych kilkunastu przypadków, które nie uszły naszej uwagi, opowiemy wam tegoczesne dzieje i boleści Podola.

Z kobiecych chorób jedne połogi i cierpienia o-połogowe zasługują na uwagę; śmiało rzec można, że w roku ubiegłym sprawa porodowa była w większej części przypadków sprawą nie tyle prawidłową, jak raczej patologiczną. Poronie-

nia częstsze, niżli ma to zwykle miejsce w Kamieńcu, kończące się zgonem niemowlęcia, a czasem i matki; krwotoki niemal przy każdym położeniu; łożysko zdrożne (*placenta praevia*) 8 razy, przy umiejscowieniu zaś jego prawidłowem odklejanie się trudne, tak, że w wielu przypadkach trzeba je było za pośrednictwem sztuki usuwać: mocne to przyrośnięcie łożyska dawało kolegom niejednokrotnie sposobność przekonania się o nieudolności naszych babek, w skutek bowiem nieszczęsnych usiłowań, mających na celu wydobyć je, zerwanie powrozka pępkowego nie należało do wyjątkowych wydarzeń. Postrzeżano nadto zbyt leniwe kurczenie się macicy po odbytych położeniu, połączone ze znacznymi bólami; zapalenia jęj popołożowe, acz łagodne, przytrafiały się szczególnie w jesieni. Uwzględniając potrzeby będące na dobie, Towarzystwo lekarskie na jednem z posiedzeń zajęte było pytaniem, jak długo łożysko może pozostać bezkarnie w macicy po urodzeniu niemowlęcia? Zgodzono się w końcu, że półgodzinne oczekiwanie jest okresem dostatecznym i, jeżeli w ciągu tego czasu nie oddzieli się ono, wówczas, uwzględniając warunki kurczenia macicy, natychmiast należy przystąpić do jego wydobywania. P. M a j z tego powodu wspominał o 4 przypadkach, w których musiał w sześć godzin po położeniu rozszerzać ujście maciczne, by dostać łożysko będące bardzo obfitego krwotoku powodem, a p. Kuliszer z Mohylowa, oebny wówczas na posiedzeniu, przytoczył kilka przypadków, w których dobowe pozostawianie łożyska w macicy dało początek ropowemu krwi zakażeniu, ukończonemu śmiercią.

Choroby dzieciinne łagodnym odcechowane były charakterem; dobroczynna przyroda, jakby nagradzając straty ludności poniesione w skutek poronień, oszczędzała wiek niemowlęcy.

Zasługują jednak tu przedewszystkiem na wspomnienie dławiec (*croup*) i błonica (*diphtheritis*): dały one powód do rozpraw ciągnących się przez dwa posiedzenia, których celem było wykazanie różnicy między rzeczonymi chorobami zachodzącą; ostateczny ich wynik był taki:

1) Dławcem w ogóle nazywa się sprawa chorobowa umiejscowiona w krtani, cechująca się *anatomicznie* trzema rodzajami wysięku, mianowicie: *a)* wysięk *ropiasty*, nie mający wcale wejrzenia błony plastycznej; *b)* *wysięk włóknisty* (dławcowy), to jest złóg włóknisty na powierzchni błony śluzowej w postaci także błony łatwo usuwalnej, nie zostawiającej jednak po sobie poranionej powierzchni; *c)* wysięk *blonicowy*, to jest zbiorowisko włóknika nie tylko na powierzchni błony śluzowej, ale i w tkance łącznej pod nią leżącej; naczynia tu zwykle są zatkane, tworzy się zgorzel miejscowa i, skoro błona chorobowa oddzieli się, na jej miejscu wówczas pozostaje powierzchnia znakomicie poraniona.

2) Co do postaci wysięków: *a)* dławiec daje szmatowe, to jest mające wejrzenie płatu, dla tego po zadaniu środka wymiotnego błony dławcowe wydzielają się w postaci kawałków, albo cewek wyściełających rozgałęzienia oskrzel albo i krtai samej; *b)* błonica występuje pod postacią białych punkcików: na czerwonym tle migdałków zjawiają się kępki białego wysięku w początku tak delikatne, że przy przesuwaniu się gałki pokarmowej ścierają się łatwo, a ztąd często wprowadzają w błąd lekarza; potem dopiero tężeją w miarę trwania choroby i głębszego ich umiejscowienia w tkance obrażonej.

3) Co do siedliska: *a)* dławiec w krtani sadowi się i z tamąd rozszerza się w dół; *b)* błonicy zwykłym początkowym siedliskiem są migdałki.

4) Co do przypadków: *a)* dławcowi towarzyszą zjawiska zapalne bardzo wydatne, podniesienie ciepłoty, przyspieszenie tętna i oddechu; w czasie najwyższego rozwoju choroby przy badaniu moczu znajdujemy w nim białko obficie nagromadzone; *b)* błonica zaś powstaje jakby skrycie, przebieg jej jest taki, jak w cierpieniach z niedomogą (*asthenia*).

5) Co do przyczyn powodowych: *a)* błonica może wprawdzie występować u osób przedtym zupełnie zdrowych, częściej jednak jest objawem zakażenia, a błonica szpitalna (*diphtheritis nosocomialis*) jest nawet zaraźliwą; *b)* dławiec zaraźliwym nie jest i częstokroć powstawanie swoje winien zmianom

atmosferycznym; spotykamy go najczęściej w jesieni, zimą i na wiosnę; latem bardzo rzadko ma miejsce i wówczas tylko, kiedy po dniach gorących następują chłodne noce; najczęściej napastuje wiek dziecinny, ustrój bowiem niemowlęcy najmniej przedstawia oporu zewnętrznym wpływom szkodliwym; (błonica zaś, chociaż się częściej w latach wczesnych napotyka, ale nierzadką jest i u ludzi dorosłych).

6) Co do wystąpienia: dławiec nigdy pospólnie nie występuje, kiedy *diphtheritis* często w postaci nagminnie panującego cierpienia pokazywać się zwykła (wielka epidemia w departamencie Sekwany w okolicy Paryża w r. 1859. i w powiecie Uszyckim na Podolu w końcu 1862. i na początku 1863. r.).

7) Co do rokowania: *a)* dławiec bezwarunkowo, albo prawie bezwarunkowo jest śmiertelny, przyczyna śmiertelności leży w usposobieniu wysięków do częstych powrotów; *b)* błonica pojedynczo występująca ma przebieg łagodniejszy od krupu, w połowie przypadków kończy się zgonem, ten ostatni idzie w odwrotnym stosunku do lat chorego.

8) Co do leczenia: *a)* w dławcu środki wymiotne (emetyk, ipekakuana, siarczan miedzi) stosowane wewnątrz, zewnętrze przyżegania saletranem srebra, albo siarczanem miedzi w miodku; *b)* w błonicy chloran potażu w naparze wymiotnicy, zewnątrz czynne przyżegania kamieniem piekielnym, na które tak obecnie lekarze angielscy powstają, zalecając zamiast tegoż pędzlowanie gardła następującym płynem: *Rp. Tr. ferri sesquichlor., acetat. ammonii, spirit. nitri aether. aa. drachmam.* Hiller, John Bridges: *Medical Times and Gazette*, August 1864.); co do tracheotomii utrzymują oni, że operacja rzeczona tylko lekką śmierć dawa; co do nas ani potwierdzić, ani zaprzeczyć temu nie możemy, operacyi bowiem przecięcia krtani nie uskuteczniiono jeszcze w Kamieńcu ani razu.

Wracając do chorób panujących w Kamieńcu, dodamy, że dławiec pojedynczo występował w styczniu i lutym, sprawa zaś błonicowa w październiku i listopadzie. Krup był bardzo nieliczny, dotykał przedewszystkiem dźiatwę izraelską i to do klasy najuboższej należąca; sprawa błonicowa, więcej rozpowszechniona, większej też śmiertelności między niemowlęta-

mi stała się przyczyną, chociaż i ludzi leciwych nie oszczędzała wcale. I tak, kolega Monassewicz widział cierpienie w mowie będące u 60-letniego izraelity, który wraz z wnukami uległ pierwsiastkowo płonicy (*scarlatina*), a po jej szczęśliwym przebyciu także błonicy, która się ukończyła wyzdrowieniem; w dwóch innych przypadkach rozwiązanie było na pół szczęśliwe: 30-letnia panna, budowy ciała dość dobrej, uległa zapaleniu gardła połączonemu z niezwykle osłabieniem, przy opatrzeniu znaleziono złogi błonicowe na migdałach obficie nagromadzone, zastosowanie środków w rzeczonem cierpieniu wskazanych spowodowało powolne wyzdrowienie; inny takiż przypadek zakończył się śmiercią chorego po tygodniowem trwaniu choroby. Nadto koledzy mieli sposobność sprawdzić niejednokrotnie szkodliwość wszelkich przeciwzapalnych i pryszczących środków używanych zewnętrznie w błonicy zwyczajnie albo przez rodziców albo téż felczerów miejskich, tak bezkarnie frymarczących u nas lekami ze szkodą i krzywdą wyraźną zdrowia publicznego; tak naprzykład w jednym przypadku sprawa błonicowa przeszła na ranę wywołaną pryszczędłem (*empl. vesicat*), w drugim znowu widzieliśmy zgorzel na przedniej części szyi, w okolicy krtani, wywołaną energicznem z początku nacieraniem w tém miejscu maści z olejku krotonowego, a potem nienależytém i zaniedbaném wcale opatrywaniem rany ztąd powstałej. Naturalnie, że w obu przypadkach powikłania te nie właściwą radą spowodowane przyspieszyły zgon chorych niemowląt.

Z wysypek gorączkowych wzmiankować należy o pojedynczych przypadkach o s p y (w lutym i czerwcu) łagodnie przebiegającej. Kamieniec stał jakby na kresach téj wielkiej przestrzeni zajętej przez epidemią ospy, odznaczającej się swoją złośliwością, bo o werstw 18, to jest zaraz za Dniestrem, szerzyła ona w ciągu roku ubiegłego zniszczenie w dwóch powiatach, stanowiących północną część Bessarabii, mianowicie w Chocimskim i Bełckim; a mówiąc o chorobach panujących u nas, uwzględniać zawsze należy ten kąt dawnych Multan między Dniestrem a Prutem zawarty, który w skutek swego położenia ciąży ku Kamieńcowi i łączy się z nim nieustannie

za pośrednictwem handlu, tą więc drogą łatwo się choroby zarazkowe krzewią u nas. Pomimo jednak tak blizkiego sąsiedztwa z okolicą objętą epidemią, ospę mieliśmy dość łagodną w Kamieńcu; przypisać to należy dość czynnemu szczepieniu krowianki i żałować tylko wypadka, że powtórne (po 7 latach) nie tak się często odbywa, jak to ma miejsce we Francji i w innych państwach cywilizowanych.

Płonicę postrzegliśmy w październiku i listopadzie: cechowała się ona należytym rozwojem, prawidłowym przebiegiem i brakiem powikłań; jednocześnie z nią postrzegano krótkotrwałą różawkową wysypkę (*erythema nodosum*) z bardzo łagodnym przebiegiem.

Krztusiec (*tussis convulsiva*) był pozostałością epidemii z r. 1863., jednak trwał od początku stycznia do połowy kwietnia. W przypadkach wolnych od powikłań wcale skutecznie wpływała na zmniejszenie napadów mocna czarna kawa (po 3 do 6 łyżeczek dziennie stosownie do wieku), a także odwar z głownicy żytniej (*secale cornut.*) przez kilka a nawet i kilkanaście dni stosowany.

Biegunki nieżytowe w maju i czerwcu, a czerwotka w czerwcu do nierzadkich spraw chorobowych należały, ostatnia nawet odznaczała się swoją śmiertelnością, pod tym bowiem względem bodaj czy nie dorównywała błonicy.

Kilka przypadków zapalenia opon mózgowych postrzegli koledzy w grudniu.

Co do nieżytów oskrzelowych, dodać tu winniśmy, że po niezwykle stałych i zwolna wzmagających się od początku listopada z r. mrozach, nagle zakończonych 26. grudnia odwilżą, powstały u dzieci bardzo powszechne nieżyty i zapalenia dróg oddechowych, z małym w początkach odczynem gorączkowym, bardzo uporczywe, z odcieniem kurczowej, niby kokluszowej cechy. Tyle o chorobach niemowląt.

Przystępujemy obecnie do sprawozdania z czynności chirurgicznych. Cały ten dział stanowią operacje dokonane przez czcigodnego kolegę Przyborowskiego, który jako wprawny chirurg niemałe położył zasługi na Podolu.

Naturalnie nie jest naszym zamiarem podawać tutaj poszczególne wszystkie przypadki chirurgiczne w praktyce szanownego kolegi napotykanę: mamy prawo spodziewać się, że z czasem sam te postrzeżenia swoje w pewną całość ułoży i podzieli się niemi z publicznością lekarską; tutaj przytoczymy tylko główniejsze i te z nich mianowicie, o których w protokołach spotykamy wzmiankę. Otóż do takich należą: *a*) Wypiłowanie i wyluszczenie (*resectio et exarticulatio*) prawej połowy szczęki dolnej w skutek kostniaka (*osteosarcoma*) umiejscowionego na niej; chora, będąca onego przedmiotem, we 20 dni po dokonanej operacyi opuściła szpital zupełnie zdrowa. *b*) Wypiłowanie częściowe (*resectio*) lewej połowy szczęki dolnej zwyrodnionej w skutek zrakowacenia; chora jednak umarła w dni kilka po przebytej operacyi. *c*) Wyjęcie (*extractio*) złamanego brzegu zębowego szczęki dolnej, długości około 9 centymetrów. *d*) Zwyrodnień rakowych umiejscowionych na różnych częściach ciała usunięto za pośrednictwem operacyi 17, w rzędzie ich zasługuje na wspomnienie wyluszczenie (*exstirpatio*) zrakowaciałej gałki ocznej. *e*) Operacyj zaćmy (*cataracta*) 8; wycięcia tęczy (*iridectomia*) 2. *f*) Ukłejów nosowych (*polypi*) 5, nosogardłowy 1. Operacyj wyjęcia nowotworów (*lipoma* tłuszczak, *tumor cysticus* torbiel, *sarcoma* mięsak, *enchondroma* chrząstak, *neuroma* nerwiak) przeszło 25. Włókniak macicy (*fibrosis uteri*) usunięto po dwakroć. *g*) Odcięcie (*amputatio*) uda i goleni 2 razy. Obsączenie (*drainage*) z pomyślnym zawsze skutkiem 8 razy. *h*) Przetok w odbytnicy za pośrednictwem operacyi uleczono 26. *i*) Nadto spotykał dość często kolega P. przypadki strupieszenia (*necrosis*) kości wymagające usuwania odszójów (sekwestrów); w jednym przypadku u młodej 12-letniej izraelitki w taki sposób całą kość goleniową oddzielił.

2. Dział korespondencyi liczniejszy był, niżli w roku poprzednim i nic w tém dziwnego; z biegiem czasu zawierają się nowe stosunki, a przytém jednocześnie Towarzystwo pracuje nad utrwaleniem dawniejszych. Dział ten rozpada się na korespondencye naukowe i urzędowe. Z naukowych zasługują na wzmiankę:

1. Od Towarzystwa lekarskiego Kijowskiego, które zawsze z bratnią gotowością dzieliło się z nami pracami swemi: *a)* protokoły posiedzeń za rok ubiegły; *b)* program topografii lekarskiej gub. Kijowskiej mający służyć za podstawę czynności Towarzystwa i *c)* szereg zapytań o parchu z prośbą złożenia na nie kategorycznej odpowiedzi.

2. Od Towarzystwa lekarzy Wschodniej Syberyi.

3. Od Towarzystwa lekarzy morskich w Kronsztadzie protokoły posiedzeń wraz z rozprawami na nich czytanimi.

4. Od Towarzystwa lekarskiego w Penzie.

5. Od Towarzystwa lekarskiego w Archangielsku doroczne sprawozdanie.

6. Od Towarzystwa lekarzy Kaukaskich ustawę wraz z przymówieniem mianem na pierwszym posiedzeniu przez jednego z członków.

7. Od Zarządu lekarskiego w Kamieńcu projekt założenia kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy w Petersburgu.

8. Od p. Cortet w Paryżu, sekretarza wydawnictwa Roczników towarzystw naukowych w Europie (*Annuaire des Sociétés savantes de la France et de l'Etranger*), w kwestyi tego wydawnictwa.

9. 10. i 11. Podziękowanie od profesorów von Hibbena i Goreckiego i dra Sciborowskiego za obranie ich członkami Towarzystwa.

12. Od p. Adama Mieczyskiego, redaktora Gazety rolniczej w Warszawie, który z gotowością prawdziwie obywatelską otworzył kolumny pomienionego pisma dla prac popularno-lekarskich dotyczących higieny publicznej.

13. Kilkanaście listów od dra Kowalskiego z Wołody malujących miejscowe stosunki lekarskie.

14. Kilka listów od dra Zatwarnickiego z Archangielska o panujących chorobach w tém mieście.

15. Od p. Komara Adolfa z Pizy listy, w których wiele pouczających uwag o klimatologicznych warunkach i ich wpływie na gruźlicę.

16. Od p. Kuczalskiego z Ołońca o żywności przez lud tamtejszy używanój i o florze wzdłuż brzegów Ładogskiego jeziora.

17. Od p. Strojnowskiego z Szadryńska (w Perm-skiej gub. za Uralem) o klimacie tamtejszym, o częstoci gruźlicy i raka w tej miejscowosci.

17. Od dra Górskiego z Poznania o zakładzie w Kowanówku dla umysłowo cierpiących i o szpitalach Poznańskich.

19. Kilkanaście korespondencyj od dra Stanisława Janikowskiego, redaktora Pamiętnika lekarskiego w Warszawie, dotyczących bieżących kwestyj naukowych i wydawnictwa prac naszych.

20. Od p. Głuzińskiego z Szołudek o medycynie ludowej.

21. Od p. Kocha z Międzyboża o wadliwej budowie przyrzędu płciowego u pewnej izraelitki.

22. Od p. Ołtarzewskiego z Tulczyna o kilku przypadkach gruźlicy uleczonęj słoniną stosowaną wewnątrz i zewnątrz.

23. Od dra Kuliszera z Mohylowa o niemożności opracowywania kwestyj lekarskich topograficznych u nas z powodu braku zdolnych ludzi po temu, niedostatku przyrzędów i wadliwie układanej statystyki, będącej główną podstawą prac takich.

24. Od p. Lempe z Równego o znajdujących w okolicy miasta kawałach bursztynu, bazaltu i agatu wstęgowego, z załączeniem okazów.

25. Od statystycznego komitetu podolskiego, który z gotowoscią godną uwielbienia zadosyć czyuńł wszystkim prośbom Towarzystwa w kwestyach dotyczących miejscowej statystyki.

Z urzędowych zasługuje na wzmiankę odezwa pocztowego departamentu, w której tenże odmawia Towarzystwu prawa przesyłania bezpłatnie korespondencyj naukowych, co się wielce przyczyniło do utrudnienia naszych stosunków zamiejscowych.

3. Rozprawy czytane na posiedzeniach podzielić się dadzą na lekarskie i przyrodnicze, oryginalne i tłómaczone.

Oryginalne lekarskie dzielimy na: *a)* ściśle lekarskie; *b)* dotyczące topografii i higieny Podola i *c)* topografii i higieny innych miejscowości.

a) Rozprawy ściśle lekarskie były następujące:

Dra Kremera: 1) O leczeniu zanogicy nadchlorkiem żelaza połączonym z garbnikiem; 2) Żywoć ś. p. Filipa Fokelmana, który zasłużył sobie na wdzięczną pamięć u mieszkańców Podola, jest bowiem założycielem szpitalu Witowskiego, a nadto przez lat wiele był jedynym opiekunem zdrowia publicznego w gubernii podczas dwukrotnie nagminnie panującej morowej zarazy w r. 1797. — 8. i 1812.

P. Starcow zajął kilka posiedzeń pouczającą rozprawą p. n. 1) Wstęp do psychiatrii; czytał potem z kolei: 2) Treściwy pogląd na psychologią i jej stosunek do psychiatrii, w końcu 3) O wpływie głodu na glisty wewnętrzne.

Dr. Rothe: O torbielu jajnika (*hydrops saccatus ovarii*); jestto przypadek postrzegany przez szanownego kolegę w szpitalu miejskim, zakończony śmiercią, w rozprawie więc rzeczonyj i ogląd pośmiertny wyczerpująco jest opisany. Dodać winniśmy, że choroba ta usuwa się zwykle za pośrednictwem operacyi nie wykonywanój jeszcze dotąd na Podolu; w Kijowskiej klinice raz zastosowana ukończyła się zgonem chorój. A jednak cierpienie w mowie będące nie jest u nas wcale rzadkiem, bo oto z kolei —

Dr. Rudnicki czytał na jednym z posiedzeń rozprawą p. n. 1) Torbiel jajnika prawego z treścią płynną, przekłóćcie trójgranicem probierczym, zapalenie otrzewnej, wodna puchlina i śmierć. Przypadek opisany należał do rzędu tych, które się kończą smutnym rozwiązaniem, chora bowiem cierpiała oddawna, była pod koniec wycieńczoną, obrzmienie w jamie brzusznej umiejscowione sięgało do podżebrza: wypuszczenie więc treści torbiela odpowiadało wskazaniu żywotnemu, pomimo, że już i wtedy, jak nas uczy opowieść przez p. R. podana, wyraźnie wystąpiły objawy ograniczonego zapalenia otrzewnej. 2) Opisanie oglądu pośmiertnego dokonanego w szpitalu wojskowym Kamienieckim, przyczem znaleziono zwyrodnienie gruczołów lędźwiowych i biodrowych (*plex. lymph. lumbalis*

et iliacus intern.) wraz z zanikiem częściowym rdzenia kręgowego. Zwyródnienia podobnej dosięgające wielkości, połączone ze znaczną stratą istoty rdzenia kręgowego, tak są rzadkie w nauce, że pozwalamy sobie obecnie przytoczyć tu słowa p. R. dosadniej tę rzecz malujące: „Po otwarciu jamy brzusznej, mówi on, daje się widzieć w okolicy lędźwiowej lewej narośl wielkości głowy kilkoletniego dziecięcia, występująca na 5 do 6 cali po nad powierzchnią stosu kręgowego, jelita cienkie ułożone nad nią i po prawej stronie wcale jęj nie pokrywają, sięga ona u góry do łuku żebrowego, u dołu schodzi aż do linii półkolistej wewnętrznej (*lin. arcuata interna*), zajmując tym sposobem dolnym swym odcinkiem całą lewą połowę wielkiej miednicy. Okrężnica zstępująca, wyparta do góry i na przód wraz z zagięciem esowatém, aż pod grzebień kości biodrowej lewej podsuniętém, przebiega po wewnętrznej przedniej powierzchni rzeczonyj narośli. Narośl ta, jak bliższe badanie wykazało, umieszczona jest za otrzewną; przednio-wewnętrzna jęj połowa ściśle zrosnięta z kreską jelita biodrowego (*ileum*) na długości 3—4 cali; tylna z mięśniem lędźwiowym czworobocznym (*quadrat. lumborum*) i lędźwioudowym (*psaos major*); zewnętrzna z mięśniem biodrowym wewnętrznym (*iliacus intern.*). Przez wewnętrzny jęj odcinek przechodzi tętnica i żyła biodrowa lewa, obie mocno skurczone i zwężone, wszelako niezasklepiene; nie mniej tętnica i żyła nerkowa i odpowiedni moczowód. Co do samęj nerki, ta została przez parcie odwróconą w ten sposób, że brzeg jęj wewnętrzny zwrócił się na zewnątrz, zewnętrzny zaś na wewnątrz, cała przytém wewnętrzna powierzchnia powłoki tłuszczowęj tęgże nerki jest ściśle zrosnięta z naroślą. Mięsień lędźwioudowy zupełnie zmieniony, niemniej nerwy lędźwiowe: 2i, 3i i 4y (*lumbales*) i nerw udowy (*cruralis*), których pni, ze stosu wychodzących, śród obejmującej je narośli, zupełnie spoczałęj w tэм miejscu, odszukać było niepodobna. Drugi i trzeci kręgi lędźwiowe, zupełnie spróchniałe i w miękką istotę przerodzone, trzonkiem skalpela zmiążdżyć się dają. Po odsunięciu tęg miazgi odsłoniętym został rdzeń kręgowy, będący w miejscu porażoném w stanie zupełnego zaniku, tak, że

przedstawia tylko pęczek z kilku od siebie oddzielonych nitek złożony. Po przecięciu narośli okazała się ona złożoną z kilkunastu jamek, z których najmniejsza wielkości orzecha włoskiego, inne zaś dwa lub trzy razy większe. Jedne z tych napełnione były posoką brudno-szarą, lub téż ciemno-brunatną, inne miazgą twarogową białawo-szarą. Jamki te, poprzegradzane ściankami, lub téż węższymi pasemkami tkanki łącznej, dające się gołym okiem łatwo rozpoznać i palcami omacać, łączą się wszystkie z sobą.“ Dodamy jeszcze, że w płucach znaleziono nacieki gruźlicze, a miazga w zwyrodnionych gruczołach limfatycznych zawarta, badana pod drobnowidem, okazała się także gruźlicowej przyrody. Wielka szkoda, że dokładnej historii choroby tego przypadku nie posiadamy, o ile wszakże mógł się kolega R. dowiedzieć, „chory nie uskarżał się na żadne bole w okolicy lędźwiowej (*ischias*), ani téż w kończynach dolnych; czyli zaś niemi władał swobodnie, tego nie wiemy. Niemayer widział podobny przypadek połączony z okropnymi bólami. Zupełne znieczulenie da się tu chyba wytłómaczyć zniszczeniem nerwów lędźwiowych i zanikiem rdzenia kręgowego.“ Na téj pobieżnej wzmiance poprzestaniemy w tém miejscu; dodamy tylko, że ogląd pośmiertny zrobiony był wprawną ręką, z całą ścisłością naukową, p. Rudnicki bowiem, który w ciągu lat kilku pracował wyłącznie nad anatomią patologiczną pod kierunkiem Teichmana w Krakowie i Rokitańskiego w Wiedniu, zjednał już sobie w świecie naszym lekarskim imię sumiennego badacza i wykształconego patologo-anatoma. Towarzystwo téż, uwzględniając prace wyżej rzeczzone, zaprosiło go na członka.

Dr. Zabroński Mikołaj z Wońkowiec przesłał na ręce sekretarza stałego rozprawę dotyczącą elektro-terapii. Zawiera ona następujące rozdziały: 1) Opisanie elektro-magnetycznego przyrządu Gaiffego; 2) Własności fizyczne i fizjologiczne prądów indukcyjnych (wpustowych) pierwszego i drugiego rzędu; 3) Stos galwaniczny do lekarskiego użycia, jako motor przyrządów wpustowych galwaniczno-elektrycznych, pomysłu i wyrobu samego autora. P. Z. od lat przeszło 20

pracuje nad elektrycznością; trudno sobie wyobrazić, z jakimi trudnościami musiał on walczyć w początku swego zawodu; przyrządy elektryczne nadsyłano mu zle z zagranicy, nie bacząc na ich wysoką cenę, a rzemieślników mogących poprawić niedokładności nie było i nie ma w kraju naszym, sam więc musiał najprzód dochodzić i odnajdywać usterki, a potem szukać sposobów ich usuwania, żelazna wytrwałość jednak wszystko przemogła; po kilku latach usiłowań ciągłych i nieustającego, a rozumnego badania pokonał on przeszkody i dzisiaj z wielką łatwością wyrabia przyrządy elektro-galwaniczne najzupełniej odpowiadające potrzebom nauki. Wyroby te jego cechuje dokładność połączona z prostotą; umie on z właściwą sobie zręcznością usuwać z przyrządu danego powikłania, te istne łamigłówki, nie osłabiając mocy i nie umniejszając jego wartości rzetelną. Ale to jest podrzędna zasługa p. Ż., wyższą bowiem od niej stawimy jego wykształcenie w rzeczy leczenia elektrycznością; w tym względzie należy on bez zaprzeczenia do rzędu znakomitych lekarzy na Rusi. Dodajmy jeszcze, że Towarzystwo, mając na względzie zasługi te p. Ż., zaprosiło go do grona swych członków, czego szczerze winszujemy naszemu stowarzyszeniu.

Dr. Żółkiewski Antoni czytał wyjątki z rozprawy p. n. „O ochranianiu zdrowia;“ jestto higiena popularnie opowiedziana, którą autor drukuje w odcinku Gazety rolniczej. P. Żółkiewskiemu należy się dziękność za tę pracę; p. Mieczyskiemu, redaktorowi rzeczonyj gazety, podzięką za uwzględnienia potrzeb obecnych, gdyż społeczność nasza przychodzi nareszcie zaczyna do przeświadczenia, że księgi lekarskie popularne są z jęj szkodą pisane: trudno bowiem leczyć niemoc jakąbądź, nie mając gruntownej wiadomości o sztuce lekarskiej; kiedy higiena, której zadaniem jest nauczanie, jak się ochraniać od chorób, łatwo zrozumiana przez ogół, przy dobrych chęciach z jego strony, nieobliczone oddaje ludzkości usługi.

Ro 11e Józef czytał: 1) O zgorzelinie płuc ograniczonej (druk. w Przeglądzie lekar. w Krakowie), i w rocznicę założenia Towar.; 2) Ogólny pogląd na czynności tegoż w ciągu lat pięciu.

b) Na posiedzeniu doroczném roku zeszłego wspomnieliśmy z pewnym przyciskiem o lekceważeniu u nas *prac dotyczących topografii i higieny lekarskiej*, skończyliśmy jednak opowieść naszą, dotyczącą téj kwestyi, nadzieją, że się uznania tego doczekamy i że współpracowników zapewne nam nie zabraknie. Oczekiwania nasze ziściły się, oto bowiem w roku przeszłym kilka prac znakomitych nam przybyło, a do takich bez zaprzeczenia należą:

P. Kuliszera: Sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu miejskim w Mohylowie za ubiegłych lat dwa, to jest r. 1862. i 1863.

P. Ołtarzewskiego: O chorobach włościan Podola z okolic Tulczyna. Rzecz ta obejmuje lat 10; p. O. miał w tym czasie 4232 chorych, podaje on dokładną topografią miejscowości, mówi o panujących chorobach, dotyka w części zwyczajów ludowych: słowem praca jego odpowiada warunków wyrażonym w programie Towarzystwa naszego, z wdzięcznością więc została przyjęta i obecnie łącznie z poprzedzającą i następującą podana jest do druku.

Ta ostatnia jest pióra p. Rothego, nosi ona napis taki: Sprawozdanie z czynności lekarskich w szpitalu miejskim za ubiegły r. 1863. Kolega R. w niém umieścił treściwą historią szpitalu Witowskiego od jego założenia do obecnej chwili, nadto podał liczby statystyczne chorych, którzy w nim szukali ratunku; przytém szczególną zwraca uwagę w pracy swojej na choroby umysłowe, i słusznie, chlubić się tém bowiem może, że za jego staraniem infirmerya, będąca dotąd przytuliskiem dla obłąkanych, gdzie pęta grały główną rolę, zamieniona została obecnie na zakład leczniczy: chorych na umyśle przeniesiono do innego domu, w miejsce, gdzie warunki higieniczne daleko są odpowiedniejsze (na polskich folwarkach).

P. Kremer i J. Rolle opracowali wspólnie dwie rozprawy dotyczące topografii Kamieńca: 1) place i ulice, ścieki i kanały; 2) mięso, jego użycie, szlachtuzy, stragany i sklepy mięsne w Kamieńcu. Nadto J. Rolle czytał: 1) o gruźlicy postrzeżanej w Kamieńcu w ciągu ubiegłego roku (od sierpnia

1863. do 1 s. 1864. r.) i 2) o oświetleniu miasta i jego mieszkań prywatnych. Wszystkie te ostatnie cztery wyżej poszczególnione rozprawy, ogłoszone już drukiem, stanowią treść trzech pierwszych zeszytów materiałów do topografii i higieny Podola, pobieżnego więc ich przeglądu podawać tutaj nie wiziemy potrzeby.

c) Do rzędu materiałów dotyczących *statystyki i topografii lekarskiej państwa rosyjskiego* i innych jego gubernij należą następujące prace:

P. M a j a: „O zakładach dobroczynnych w Rosyi, o rozwoju i obecnych ich stanie,“ z której same cyfry przytaczamy, jako wysoce nauczające. Pod nazwą zakładów dobroczynnych rozumieć należy cywilne szpitale gubernialne i powiatowe, przytuliska, zakłady i infirmerye dla obłąkanych, domy dla weteranów i domy dla chorych uznanych za nieuleczalnych. Szpitalów gubernialnych i powiatowych liczone w Rosyi w 1861. roku 524 o 17,357 łózkach (przeszło 33 łózka przypada na szpital); chorych w tymże roku było 163,208, utrzymanie dzienne każdego chorego kosztowało $44\frac{3}{4}$ kop., wydano więc w ogóle 2,250, 133 r. $61\frac{1}{4}$ kop.; łóżko jedno przypada na 4000 mieszkańców. Zakładów dla obłąkanych 33, infirmeryj 6, razem 39; łózek w nich 1232, chorych 2417, utrzymanie roczne jednostki $33\frac{1}{4}$ kop., w ogóle zaś 146,184 r. 36 kop. Przytulisk (*bohodielnia*) 104, domów dla weteranów 7, razem 111; osób w nich 8,827, wydano na ich utrzymanie 391,436 r. (71 r. na jednego rocznie); nadto rząd udzielał, nieliczne wprawdzie, wsparcia wynoszące 5 r. najwięcej na miesiąc niedołącznym i kalekom, którzy w przytuliskach dla braku miejsca nie mogli być pomieszczeni. Domów dla chorych uznanych za nieuleczonych jest 2: w Kałudze o 56 i w Mohylowie nad Dnieprem o 10 łózkach, reszta więc chorych należących do téj kategorii mieści się w przytuliskach albo szpitalach. Do 1861. r. istniały domy wychowania (*wospitatelnyje domu*) dla dzieci nieślubnych, ale nadzwyczajna w nich śmiertelność, jak np. w Pskowie (na 305 umarło 239), w Archangielsku (na 1572 um. 1305), w Grodnie (na 405 um.

341), w Tomsku (na 527 umarło 480), zniewoliła władzę do ich zamknięcia, z warunkiem przyjmowania dzieci tych w ostatecznych przypadkach i wysyłania ich natychmiastowego na wieś za pewną opłatą. Przyczyną śmiertelności w rzeczonych zakładach był niedozór, brak dobrej służby i sumiennych piastunek. Domów dla małoletnich dzieci więźniów i niedorosłych włóczęgów jest 19, w nich 2218 osób, koszta ich utrzymania wynosiły w 1861. r. 30,976 r., albo 13 r. 40 kop. na jednego rocznie. Przytuliska dla sierot płci obojęd do lat 12 zostających w zakładach, w liczbie 23, mieściły w sobie 1826 osób, na których utrzymanie wyłożono 116,653 r. (na jedną 60 r. rocznie). Cyrulicze szkoły znajdują się w Moskwie (dla 40 uczniów), w Kazaniu (60), w Charkowie (51), w Kijowie (40) i w Odessie (21), razem dla 232; na utrzymanie ich wydały rady opiekuńcze 13,409 r. 85 kop., albo 61 r. na jednego. Domów poprawy, w których więźniowie zajmują się rzemiosłami, jest 30, osób w nich osadzonych 2009, na utrzymanie wydatkowano 41,501 r. 85 ½ kop. (25 r. na jednego). W zakres ten nie wchodzi prywatna dobroczynność, której zatwierdzenie do r. 1862. zależało od Najwyższego przyzwolenia. od téj zaś daty p. minister spraw wewnętrznych ma prawo pozwolić na otwieranie zakładów do téj kategorii należących. Wydatki na chorych, ułomnych i sieroty w 52 radach opiekuńczych (*prikazach*) wynosiły w 1861. r. 3,760,521 r., przychód 3,508,211 r., niedoboru więc było 253,350 r. Kapitał wszystkich rad opiekuńczych wynosi 19,668,583 r. Najbogatsza rada opiekuńcza jest Jenissejska (na Syberyi), posiada bowiem kapitału 5,415,582 r. 43 ½ kop., najuboższa Archan-gielska, mająca 156,533 r. 14 ¼ kop. Podolska rada posiada 1,902,498 r. 44 ¼ kop. Rząd jednak, przekonawszy się z doświadczenia, że prywatne zakłady dobroczynne, w nadbałtyckich guberniach założone, mniej są kosztowne od skarbowych, a mimo to wszystko i lepiej utrzymane i nawet wygodniej zaopatrzone, ma zamiar te ostatnie po zaprowadzeniu reformy poddać władzom miejskim i na gminy włożyć obowiązek ich utrzymania.

Dr. Kowalski przysłał nam początek opisu topograficzno-lekarskiego gub. Wołogodzkiej, w którym dotknął zwyczajów ludu tamtejszego, sposobów budowania domów i ztąd wynikających szkodliwych wpływów na zdrowie. Praca ta większych rozmiarów, napisana przez człowieka posiadającego zdolność postrzegania, ma wielkie zalety, wkrótce też w jedném z pism peryodycznych ogłoszoną zostanie.

Dr. Z a t w a r n i c k i, podolanin, przesał nam z Archangielska, w którym już od lat 4 pełni lekarską służbę, rozprawę pod napisem: Patologia północy; znajdujemy w niej opisanie miasta, potem zaś uwagi o wpływie nocy jasnych na ustrój ludzki; i tu kilka wyjątków pozwalamy sobie przytoczyć, choćby dla przeprowadzenia różnicy między daleką północą, a naszą prowincją. Archangielsk leży na wyniosłym brzegu Dźwiny północnej, ciągnie się po nad rzeką werstw 8, szerokości ma $\frac{1}{4}$ werstwy, okolony zewsząd błotami. Ulice ma brukowane, domów drewnianych więcej, niżli kamiennych; te ostatnie prawie zawsze zimne i wilgotne, w ogóle mieszkania zbudowane wbrew wszelkim zasadom higieny, wentylatorów nie posiadają wcale, a okien tak jest dużo, że nie ma miejsca, gdzieby łóżko postawić można. Wychodki, zwykle na jamach pobudowane, oczyszczają się raz do roku zimą; mieszkańce wsi zwykle uskuteczniają tę czynność, robią to darmo i zabierają materje odpadkowe dla ulepszenia pól; a że grunt miasta jest nanośny i przy kopaniu ziemi na dwa arszyny w głąb' pokazuje się zawsze woda, materje więc odchodowe, ciągle w niej pławione, psują ją, bo uposażają w gaz siarkowodorodowy. Co do roślinności, znane są tu: kartofle, kapusta, marchew', rzepa, brukiew', rzodkiew', chrzan; z owocowych: maliny czarne (?) i czerwone, porzeczki, żórawina (*Schollera oxycoccus*), brusznica (?), czernica (*Vaccinium myrtilillus*), jarzębina (*Sorbus*), poziomka, moruszka (*Rubus chamaemoris*) i mamura(?); ogórki, kawony i melony są tu wielką osobliwością i stanowią przedmiot handlu przywozowego; nadto w końcu maja i początku czerwca okręty zagraniczne zaopatrują Archangielsk w cytryny i pomarańcze; ze zbóż rosną tu jęczmień i żyto,

z grzybów rydze i polipki (?) (1). W ogóle flora wzdłuż brzegów południowych Białego morza jest bardzo rozmaita. Powietrze wilgotne, zmienne: zmienność ta zależy od kierunku wiatrów, tak np. latem przy zmianie południowo-zachodniego na północno-wschodni zniża się w ciągu dwóch godzin ciepłota z $+ 26^{\circ}$ R na $+ 2^{\circ}$ R., albo nawet do 0° R.; zimą zaś zmiana odwrotna podnosi ciepłotę z $- 30^{\circ}$ R., albo $- 25^{\circ}$ R. do $- 2^{\circ}$ R., albo do 0° R. Burze i słyty najczęstsze są w okresie porównania dnia z nocą; topnienie śniegu nagle, 2 tygodnie wystarcza do jego zniknięcia. W maju rzadko cieszą się mieszkańcy dobrą i stałą pogodą, w koncu bowiem tego miesiąca częste padają śniegi. Najlepsze lato, kiedy pogoda stale jest ciepłą, trwa od 5 do 7 tygodni, to jest od 10. czerwca do 15. lub 20. lipca; w sierpniu i wrześniu dnie są jasne, powietrze łagodne, ale noce za to bardzo zimne i mroźne. W połowie października rozpoczynają się długie noce i trwają do 20. marca. Roczna różnica ciepłoty wynosi 60° R, mówimy tu o różnicy między najcieplejszym i najzimniejszym dniem. Często w ciągu doby ciepłota zmienia się kilkukrotnie (rano $- 20^{\circ}$ R, wieczorem 0° R., o godzinie 2ej po północy $- 20^{\circ}$ R). Średnia roczna ciepłota Archangielska wynosi 0° R., to jest odpowiada średniej rocznej góry Ś. Gotarda; średnia zimowa $- 12^{\circ}$ R. (na Ś. Gotardzie $- 6^{\circ}$ R.), średnia wiosenna 0° R. ($+ 2^{\circ}$ R. na Ś. Got.), śr. letnia $+ 13^{\circ}$ R. ($+ 7^{\circ}$ R. na Ś. G.), a śred. jesienna $+ 1^{\circ}$ R. ($- 1^{\circ}$ R. na Ś.) G.); dodamy jeszcze, że klasztor Ś. Gotarda wzniesiony jest nad powierzchnią morza na 2095 stop, Archangielsk zaś położony jest na jednej z morzem powierzchni. Co do wpływu jasnych nocy, które trwają tam od 20. kwietnia do 20. czerwca, to ten jest nijaki, a nawet, powodując bezsenność, nie oddziaływa wcale osłabiająco na zdrowie; mieszkańiec północy w czasie tych jasnych nocy w ogóle jest więcęj czynny, i dla tego noce potém następujące

(1) Położyliśmy znak zapytania przy polskich nazwiskach roślin, których nie znaleźliśmy w szacownym *ukazniku* prof. Antoniego W a g i. (Zob. Jakóba W a g i Florę polską tom III.) *Przyp. Red.*

i wpływ ich na ludzi autor przyrównywa do zimowego snu niektórych zwierząt. Rzecz tu przytoczona jest początkiem rozprawy; czekamy więc z upragnieniem dalszego ciągu, tusząc sobie, że znajdziemy w pracy téj dużo pouczających i ciekawych szczegółów.

d) Wypracowań przyrodniczej treści było dwa:

Jedno z nich p. n. „O działaniu magnesu“ przez ś. p. Horodeckiego, podkomorzego braclawskiego (+ 1816), przesłane nam przez p. Józefa Głuzińskiego, który je przypiskami swojemi wzbogacił.

Drugie dotyczy *rozbioru kamienia i ziemi cementowej*, dokonanego przez p. Wincentego Stadnickiego. Rzecz się miała tak: p. Piotr Gnatowski, właściciel ziemski Jampolskiego powiatu ze wsi Pelcnówki, obecny na posiedzeniu 17. listopada 1863. r., przedstawił okazy kamienia i różne gatunki ziemi wapnisto-gliniastej, z prośbą, by Towarzystwo zarządziło badanie, azali nie posiadają ony własności hydraulicznych, dodając, że znakomite ich pokłady posiada w swoim majątku; na ten cel uproszony p. St. po dokonany rozbiore spisał wypadki poszukiwań swoich w tym względzie, i oto jego streszczone uwagi: „Cement i wapno hydrauliczne tém się odznaczają od wapna zwyczajnego, że, będąc zmieszanemi z wodą, twardnieją bez znacznego powiększenia ich objętości i bez znacznego wydzielania ciepła, i stają się nierozpuszczalnemi w wodzie; to je czyni stosownemi do budowli wystawionych na wilgoć, w czém zwyczajném wapnem zastąpionemi być nie mogą. Własność ta cementu zależy od jego chemicznego składu, jak równie i od fizycznej jego budowy, a mianowicie powinien on zawierać w sobie pewien stosunek wapna, krzemionki i gliny (obecność przytém i magnezyi czyni go lepszym), a części te składowe powinny być z sobą bardzo dokładnie zmieszane. Można robić cement sztuczny, to jest mieszać z sobą w pewnym stosunku trzy główne jego części składowe, (krzemionka tylko w takim razie powinna być w stanie galerotowatym, a nie w postaci piasku kwarcowego); lecz daleko jest korzystniejszej pod względem przemysłowym wyrabiać

go z rodzimych kamieni, w których pomienione części znajdują się już zmieszane. Kamień taki przepala się bardzo ostrożnie, to jest w takim stopniu ciepła, który jedynie będzie dostatecznym do wypędzenia kw. węglowego; potem miele się bardzo drobno i składa w beczkach hermetycznie zamkniętych. Kamień z Pelcnówki posiada wszystkie własności cementu pośledniejszego, znanego w handlu pod nazwą rosyjskiego (P a y e n), różni się jednak trochę od tego ostatniego co do części składowych, kiedy Portlandzki Parkera jest daleko od obudwu lepszym, na dowód czego przytaczamy tutaj wyniki rozbioru przez nas dokonanego:

	Pelcnowiecki	Rosyjski	Parkera
Węglanu wapna	60,79	61	56
— magnezyi	0,75	„	„
Glinki	6,30	11	36
Krzemionki	29,59	28	
Tlenku żelaza	„	„	8

Tyle z rozprawy p. Stadnickiego; dodamy w końcu, że wypadki poszukiwań wraz z uwagami autora przesłane zostały p. Gnatowskiemu za pośrednictwem sekretarza dorocznego.

e) W końcu wypada nam wspomnieć o pracach tłomaczonych, czytanych na posiedzeniach Towarzystwa; do tych należą:

P. Kremera: 1) O badaniu chorób jamy brzusznej podług Smolera (drukowane w Tygod. lek.); stanowi ona znakomity przyczynek do diagnostyki, za podjęcie więc tego trudu słusznie się wdzięczność czcigodnemu prezesowi należy; 2) O używaniu głownicy żytniej w krztuścu i 3) Postrzeżenia p. Kl. Bernarda nad sześciami pierwiastkami makowca.

P. Jaroszyński czytał o obłąkaniu (*de la folie*) podług Flourensa.

P. Starcow o leczeniu zapalenia płuc za pomocą wody zimnej.

P. Rothe statystykę przelewania krwi.

P. Edward Jełowicki przesłał na ręce sekretarza stałego rozprawę p. n. „Człowiek przedświata podług wyni-

ków najnowszych badań pp. Darwina, Lyell'a, Huxley'a, Owena i innych.“

A teraz uczynmy rachunek pobieżny z usiłowań naszych w ciągu roku całego. Rozpraw przeczytano w ogóle 30, z tych 23 oryginalnych, 7 tłómaczonych; pod tym więc względem wierni zostaliśmy zadaniu wypowiedzianemu w poprzedniem sprawozdaniu. Wprawdzie r. 1863., aczkolwiek obfity w smutne wypadki, odrywające od badań naukowych, był nieco zasobniejszym w prace, bośmy w ciągu niego mieli rozpraw czytanych 33 (22 oryginalnych, 11 tłómaczonych); z drugiej atoli strony wyznać należy, żeśmy w ubiegłym roku więcej zwracali uwagi na choroby panujące, a różnice w zdaniach i zapatrywanie się na dane przypadki chorobowe częściej bywały przedmiotem długich rozpraw, nigdy nie wychodzących po za granice należne nauce i tym stosunkom braterskim ustalonym w mieście, które w niedawnjéj jeszcze przeszłości było nieraz widownią gorszących sporów i nieporozumień! Więc i w tém widzę postęp ku lepszemu; przez ogień czyści się złoto, mówi przysłowie: złotem tém dla nas jest zdrowie powierzonjéj nam społeczności, ogniem krytyka surowa, ścisła i sumienna, stojąca na straży naszych czynności lekarskich!

Ze smutkiem jednak wyznać musimy, że koledzy nasi z prowincyi zbywają nas, jak i przedtém, milczeniem; bo oto z 30 rozpraw, w tym roku czytanych, 8 jeno przypada na zamiejskich członków, a i z tych 8, tylko 6 było z Podola, dwie zaś inne nadesłano nam z Wologdy i Archangielska; zdziwicie się jeszcze bardziej, kiedy dodam, że z 6 poszczególnionych 4 przypadało na lekarzy, 2 na ludzi poświęcających się naukom przyrodniczym; a przecie członków osiadłych na prowincyi w granicach gubernii liczymy 68, w Kamieńcu zaś 22 tylko! Milczenie to dawniej tłómaczyliśmy sobie niewiarą w możliwość istnienia Towarzystwa: duch bowiem niezgody, cechujący stosunki lekarskie na prowincyi, zaraził był w początku pesymizmem ludzi z kąd inąd wysokich cnot obywatelskich, z wielkiém dla nauki będących poszanowaniem; spokojnie więc słuchaliśmy złych wróżb i przepowiedni rokujących nam przed-

ką i niesławną wcale zagładę, a wsparci miłością wzajemną i gotowością na wszelkie rozkazy gwoli potrzeb Towarzystwa, kroczyliśmy na przód śmiało, nie bacząc na przeszkody wystające na naszej drodze. Dzisiaj, kiedy byt nasz jest zapewniony, kiedy młode koło lekarskie założone na krańcach Podola zjednało sobie prawa obywatelstwa u innych ościennych stowarzyszeń, jak sobie wytłómaczyć to ciągle milczenie? Chyba spekulacyjnymi zachceniemi, mającemi na celu zdobycie mienia? Ależ o materyalne wyłączenie dążności nie mamy prawa poma-
 wiać naszych kolegów z prowincyi; uganianie się tylko za groszem spychałoby powołanie na drogę rzemiosła, a my w lekarzach osiadłych na Podolu zawsze widzieliśmy i widzimy poświęcenie bez granic i ofiarę prawdziwie zakonną... Więc milczenie to chyba wytłómaczyć można lekceważeniem i nienależytém pojęciem obowiązków ciężących na każdym członku społecznego ciała i niedojrzałości słowiańskiej natury rozpierzchłej i rozstrzelonej; a jednak tyle już mamy przykładów z przeszłości, że zgoda i jedność, ogrzana wiarą, góry z miejsca porusza, rozterka zaś jeno siły zużywa. Czekajmy więc cierpliwie i miejmy nadzieję, że słowa nasze nie padną na ziemię nieurodzajną, że z czasem głos nasz usłyszonym będzie i zjedna sobie uznanie; zanim to jednak nastąpi, pracować dalej będziemy z odwagą i wytrwałością, pomni na to, cośmy winni nauce, krajowi i społeczności!

Panowie! szczere, stare „Bóg zapłać“ z rozrzewnieniem wam niosę za to, że i dzisiejsze sprawozdanie pozwalacie mi zakończyć słowami zgody i miłości braterskiej, które były dotąd, a tuszę sobie, że i nadal będą główną podstawą naszego stowarzyszenia!

Następnie p. Wilhelm Farenholz czytał: „O śmiertelności na Podolu.“ Rozprawa ta, wysoce zajmująca i z właściwą koledze dokładnością napisana, wejdzie w skład materyałów do topografii lekarskiej i higieny naszej prowincyi.

Z kolei p. Starcow zajął zebranych czytaniem wyciągów z rozprawy p. n. „Pobieżny pogląd na psychologią i jej stosunek do psychiatrii.“

Zamknął posiedzenie dr. Kremer krótkim przymówieniem następującej treści: „Skończyliśmy znowu rok istnienia naszego Towarzystwa; o ileśmy odpowiedzieli obowiązkom dobrowolnie na siebie przyjętym, łatwo osądzić z przeczytanego dopiero co sprawozdania sekretarza stałego. Zastanówmy się teraz pokrótce, panowie, nad obowiązkami człowieka żyjącego w społeczeństwie ludzkim. Miło jest widzieć, jeśli kto obok wypełniania najbliższych, a tém samym najpierwszych obowiązków swoich, znajduje w sobie dość siły, zasobów i wytrwałości do spełniania dalszych, że tak powiem, obowiązków, do całego już narodu, społeczeństwa i ludzkości odnoszących się. Wprawdzie nie mamy prawa nazywać człowieka złym członkiem swojej społeczności, złym obywatelem, jeśli tylko nie zaniedbuje tego, co stanowi jego powołanie i nie marnuje sił swoich i czasu na samolubne dogadzanie swojej nad wszystko ukochanej osobistości; o ileż jednak wyżej stoi, o ile więcej na imię zacnego i cnotliwego męża zasługuje taki, który, ukochawszy całym sercem ziomek swoich, a w nich kraj, ludzkość całą, wszystkie chwile wolne od obowiązkowych zatrudnień osobistych, że tak rzekę, oddaje na korzyść powszechną, pracuje nie dla siebie tylko, ale dla ogółu; tento jest prawdziwy mąż, prawdziwy obywatel, takiego po śmierci czeka wdzięczna pamięć rodaków, imię jego, zapisane w rocznikach dziejów ojczystych, zostanie najpiękniejszém dziedzictwem jego wnuków. Nie wszyscy, niestety, tak pojmujemy obowiązki obywatela; zdaje nam się, że, dopełniwszy ściśle obowiązków naszych jako członkowie rodzin, jako urzędnicy, lekarze, przemysłowcy i t. p., możemy już resztę sił naszych i czasu, płóнным puścić odłogiem, lub używać takowych na osobiste przyjemności, lub zabawy: jakże jest ciasny, jak samolubny i nieobywatelski taki pogląd na życie! Nie wszyscy wprawdzie skutecznie i z pożytkiem dla ogółu pracować umiemy, bo dobrze pracować to największa sztuka w życiu; nie idzie wszakże za tém, aby i mniej do pracy obywatelskiej uzdolniony nie miał możności przyczyniania się do dobra ogólnego: nie tylko ten jest kowalem, który młotem żelazo urabia, ale i ten, który mu takowe kleszczami na kowadle

przytrzymuje i obraca; nie tylko ten przyczynia się do wzrostu oświaty i piśmiennictwa krajowego, który sam książki pożyteczne pisze, ale i ten, który ich ogłoszenie nakładem swoim ułatwia, ale i ten, który je kupuje, czyta, rozpowszechnia i drugich do tego zachęca; nie tylko ten zasługuje na imię opiekuna i dobroczyńcy ubogich, który hojną dla nich składa ofiarę, ale i ten, który, nie mając co ofiarować, o jej dobry i zasłużony rozdział się stara, który drugich od dobrego uczynku nie odwodzi, a spełnianie onego ułatwia. Wszyscy więc, i uczeni i prostaczkowie, i bogaci i ubodzy, i starzy i młodzi, wszyscy—jednym słowem—w pracy dla dobra powszechnego udział brać powinniśmy i możemy, z tą jedynie różnicą, że, jak w zwyczajnej pracy fizycznej ten robi więcej, kto silniejszy i zręczniejszy; tak w pracy moralnej większe także ciężką obowiązki na silniejszych i zdolniejszych, większy też dług zaciągają tacy, marnując darowany im talent. Nikogo tu nie wymieniam, nikogo w szczególności nie pomawiam; każdy niech siebie w sumieniu swoim osądzi, azali czyni zadość tak pojętym obowiązkom obywatelskim, a jeżeli go potępi głos wewnętrzny, niech się tedy zastanowi nad krótkością trwania tej pielgrzymki ziemskiej i niech lekkim żartem nie zbywa najpoważniejszego z zadań doczesnych. Złożywszy nakoniec najszersze dzięki szanownym gościom za spólczenie dla stowarzyszenia lekarzy podolskich, a kochanym kolegom za pobłażanie, z jakim od tylu lat nieudolne moje przewodnictwo w pracach naszych przyjmują, zapraszam do wyborów na rok następny; daj Boże pod każdym względem szczęśliwszy od upłynionego.“

Na rok następny wybrani zostali:

Prezesem p. Kremer,

Wice-prezesem p. Maj,

Sekretarzem dorocznym p. Wilhelm Farenholz

Podskarbin p. Karol Przyborowski,

Bibliotekarzem p. Narkiewicz.

O EPIDEMICZNYM ZAPALENIU
OPON MÓZGU I RDZENIA KRĘGOWEGO
(*MENINGITIS CERERROSPINALIS EPIDEMICA*).

Skreślił Dr Mieczysław MALCZ.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lek. Warsz. z dnia 4. kwietn. 1865. r.)

W roku ubiegłym po raz pierwszy zawitała do Niemiec choroba epidemiczna, nazwana przez francuzkich lekarzy: „*méningite encéphalo-rachidienne*“, przez włoskich: „*tifo apoplectico*“, która przez swoją śmiertelność, niezwykle szybki przebieg, gwałtowność objawów, jak i przez zmiany chorobne w budowie przez siebie spowodowane rażąco wyróżnia się z pomiędzy wszystkich epidemij w nowszych czasach spostrzeganych. Pojawienie się jej w Niemczech w samą porę uprzedzonym zostało wykładem prof. Hirscha w Berlinie, jak również i opisaniem tego straszego gościa w rozmaitych czasopismach lekarskich niemieckich, jakoto: w zeszłorocznych numerach *Berliner Wochenschrift*, *Archiv f. Heilkunde* V. 5, *Allg. med. Central-Zeitung*, *Preuss. med. Zeitung* i *Centralblatt f. d. Med. Wissenschaften*, tudzież w gazecie amerykańskiej: *American Medical Times* (Sept. 1864.)

Najpierw podług wszelkiego prawdopodobieństwa choroba ta spostrzeżoną została w 1528. r.; później w 1574. r. przebiegła całą Europę. Epidemia, jaka panowała w 1685. r. w Anglii i w Londynie, nazwana przez Sydenhama „nową febrą“, zdaje się być tą samą chorobą. Boudin pierwszy nazwał ją *typhus cerebro-spinalis*. Pierwsze jej przypadki jawione w Ameryce poczytano za gorączkę petociową. Dzisiaj, zgodnie z śledzeniem anatomo-patologicznym, nazwano ją *meningitis s. arachnitis cerebro-spinalis*.

Choroba ta w naszych czasach dopiero ściślej zbadaną została. Od czasu ostatniego objawienia się po raz pierwszy ukazała się w 1837. roku, w południowej Francji, w dosyć znacznym już rozwoju, postępując w dwóch kierunkach, w zachodniej i wschodniej części kraju, oszczędziwszy jednak środ-

kową górzystą strefę, oraz większą część środkowej głębokiej płaszczyzny. W jednym kierunku postępowała ona od Bajony, wzdłuż wschodniego brzegu morskiego, przez Bordeaux, La Rochelle, do Loary, w której obrębie szeroko rozgałęziła się, a ztąd uczyniła raz zwrot ku północo-wschodowi, gdzie zaszła do Brestu i Cherbourga, zajrzawszy także i w bok do Wersalu; drugi raz jeszcze większy na północo-zachód, gdzie szeroko rozpostarła się w prowincjach Nadreńskich, Alzacyi i Lotaryngii. Drugi kierunek choroby był od Foix i Perpignan, wzdłuż brzegu morza Śroziemnego, gdzie dotarła aż do Tulu i Marsylii, a następnie skierowała się w górę w okolice Rodanu, aż do Lyonu. W 1842. r. epidemia ta, zdawało się, iż we Francyi ucichła i dopiero w 1846. r. znowu zaczęła panować w jeszcze obszerniejszym rozmiarze aż do r. 1849. W ogólności we Francyi znanych jest 57 epidemij téj choroby. We dwa lata po pierwszém ogólném pojawieniu się zapalenia opon mózgo-rdzeniowych we Francyi wybuchło ono w dolnych Włoszech, doszedłszy do Neapolu, a w 1839.—1847. r. panowało w Algierze. W 1842. r. objawiło się ono w Ameryce północnej w stanach: Tenessee, Alabama, Illinois, Arkansas, Missisippi, Pensylwanii, a w 1856. i 1857. w New-Yorku. W r. 1844. ukazała się w Gibraltarze, występując u osób cywilnych, a oszczędzając prawie w zupełności znajdujące się tam wojska angielskie. W 1845. r. objawiła się w Danii, następnie w Irlandyi, a w 1854. r. po raz pierwszy w Szwecyi, gdzie, stopniowo postępując z zachodu, do 1861. roku doszła do 60° szerokości północnej. W 1859. i 1860. r., gdy zaczęła ucichać w Szwecyi, ukazywała się w pojedynczych punktach Norwegii i pomiędzy holenderskimi wojskami w Arnheimie.

W ogólności w krajach tych śmiertelność wynosiła 50—70%

Choroba ta nie ma żadnej wspólności z malarią, lub klimatycznymi warunkami miejsca, gdyż nietylko że pojawia się w zimie, ale i miejscowościach górzystych i suchych, wzniesionych na 1000 stóp nad poziom morza.

Z liczby 57 epidemij we Francyi 46 było wyłącznie w wojsku spostrzeganych, 5 jednocześnie pomiędzy wojskową i cywilną ludnością kraju, a tylko 6 pomiędzy wyłącznie cywilną. Pro-

ści żołnierze zachorowywali więcej, niż podoficerowie i oficerowie, szczególnie w przepełnionych koszarach. W Szwecyi i Irlandyi epidemia panowała głównie w domach roboczych, w przepełnionych mieszkaniach i przeludnionych ulicach. W połączeniu z tą okolicznością leży pojawianie się jęj głównie na wiosnę i w zimie, do czego usposabiały widocznie pewne niesprzyjające higieniczne warunki. Zauważono, że najwięcej wiek dziecięcy i średni podlegał chorobie. Powstawanie choroby w skutek zarazy (*contagium*) zaprzeczonę zostało przez wielu lekarzy; tymczasem jest rzeczą dowiedzioną, że we Francyi choroba trzymała się pojedynczych pułków i przez takowe roznoszoną była.

W kilka tygodni po wykładzie prof. Hirsch'a w Berlinie, który w takowym powyższe szczegóły podał do wiadomości lekarzy, dr. Frenzel z Berlina zawiadomił Towarzystwo lekarskie w Berlinie (*Berl. Wochenschr.* 22. 23.), że już od lutego 1864. r. w wojsku pruskięm, a mianowicie w pułkach: Aleksandra i 2im gwardyi, epidemia zapalenia opon mózgo-rdzeniowych objawiła się. W tym również czasie w klinice Traubego (*Berl. klin. Wochenschr.* 19.) spostrzegano pojedyncze przypadki. Następnie dr. Hanuschke z Altmachow ze Szlązka udzielił wiadomość (tamże nr. 32.) o ukazaniu się takowej na Szlązku w dolinie Nissy, a Wunderlich w czasopiśmie *Archiv f. Heilkunde* (N. 5.) opisał 9 przypadków *meningitidis cerebro-spinalis epidem.*; spostrzeganych przez siebie w Lipsku. W wielkiej epidemicznej rozciągłości panowała choroba ta w 1864. r. na wiosnę w Bydgoszczy i jęj okolicach, gdzie od pierwszych dni lutego do pierwszej połowy czerwca znanych było 141 przypadków, podobnie i w Szczecinie w m. maju tegoż roku. Prócz tego dr. Meyer z Berlina w statystycznej swęj pracy o zapaleniu opon mózgu i rdzenia kręgowego epidemicznęm (*Preuss. Med. Ztg.* 1864, N. 44.) donosi o pojawieniu się jęj jednocześnie w Lignicy (1). Wszędzie tutaj panowała choroba głównie w zimnej porze roku, a szczególnie w pierwszych miesiącach noworocznych. Najwięcej zachorowywało dzieci i młodych lu-

(1) W naszym kraju mianowicie w m. Kole objawiona epidemia zdaje się być tą samą chorobą.

dzi. Szczególniej widoczném to było podczas epidemii w Bydgoszczy. Dr Salomon, który ją w tém mieście osobiście spostrzegął, opisuje (*Berl. Wochenschr.* 33.), że dzieci zachorowują najwięcej w wieku od 8 miesięcy do 14 lat (ze 141 spostrzeganych przypadków 132), a szczególniej od 2 do 7 lat, podczas gdy młodzi ludzie do lat 20 znacznie mniej zapadali, a w późniejszym wieku zauważono zaledwie pojedyncze przypadki choroby. Francuzcy lekarze wojskowi widzą w przepełnieniu koszar chwilę powodującą wybuch choroby w takowych.

Objawy choroby. W wielu przypadkach choroba wybucha nagle, bez okresu przepowiedniego (*stad. prodromorum*). Dotknięci chorobą upadają nagle na ziemię, wpadają w majaczenie, drgawki, tężec (*opisthotonos*) i w 8 do 12 godzin umierają. Tourdes w opisie swoim: „*Histoire de l'épidémie de méningite cérébrospinale, observée à Strasbourg en 1840 et 1841*” nadał téj postaci zapalenia opon mózgordzeniowych epidemicznego nazwę: „*méningite foudroyante*.” Tak gwałtowny przebieg choroby zauważano pomiędzy żołnierzami podczas marszu będącemi, albo w czasie ćwiczeń wojskowych; u robotników, którzy podczas pracy padali; u dzieci w czasie zabawy, a które po kilku godzinach choroby umierały. Wunderlich wspomina o przypadku, jaki się wydarzył drowi Friedländer z Lipska w jego praktyce, gdzie trzyletni najzdrowszy chłopczyk nagle wpadł w śpiączkę (*coma*), tężec (*opisthotonos*) i drgawki, a w 12 godzin żyć przestał. Wyżej wzmiankowany Hanuschke opisuje, że widział 3ch chorych, którzy umarli przed czasem, jaki był potrzebny do przyniesienia dla nich leku z apteki. Choroba ta również nagle zjawiała się podczas snu nocnego u osób przedtém najzupełniej zdrowych, poczynając się gwałtownym bólem głowy i dreszczami. Różnicę pomiędzy zapaleniem opon mózgordzeniowych a durzycą (*typhus*) stanowią zboczenia objawiające się w rdzeniu kręgowym i ostry takowych przebieg. Pomimo tego, takie zjawiska rdzeniowe, jak szczękościsk, kurcz połyku (*dysphagia*), stężenie karku, w durzycy również przez Józ. Franka i Hildebrandta spostrzegane były; a także przebieg ostry, śmiercią kończący się w parę dni, uważano często podczas wojen Napo-

leońskich w Saragossie, Torgau, Wilnie i Moguncyi, jak również podczas wyprawy Krymskiej w 1856. r., i t. d.

Inne znów przypadki zaczynają się pewnym mało znaczącym okresem przepowiednim (*stadium prodromorum*), na który łatwo można nie zwrócić nawet uwagi. Na wiele dni przedtém chorzy skarżą się na zawrot i ból głowy, osłabienie, uczucie ciężoty w karku i kończynach. Wybuch choroby w takim razie następuje po większej części w nocy, poczynając się nowym dreszczem, po którym następuje niezwykle podniesienie temperatury; równocześnie powstają gwałtowne, niczém nie powstrzymane wymioty i zażarty ból głowy. Poczém chorzy uskarżają się na uczucie stężenia w karku, drżenie w kończynach, ogólnie wyrażoną, wysoką naćczułość skóry, przy czém najmniejsze dotknięcie, nawet najłżejsze ciśnienie kołdry, wywołuje gwałtowne powiększenie bólów.

Po kilku godzinach trwania tych oznak występuje druga wyróżniająca cecha choroby, t. j. stężenie w karku (*Nackenslarre*), tężcowy kurcz mięśni karku, tak, że głowa ściągnięta w tył stanowi z karkiem kąt prosty. Cecha ta jest rażąca, powtarzająca się we wszystkich epidemiach, jako stałe zjawisko. W Szwecyi zjawisko to oznaczono oddzielném mianem *nacksjuga* (choroba karku), albo *dracksjuga* (choroba wytężająca). Ból głowy powiększa się i chorzy dają o nim świadectwo, przy zupełnym braku przytomności, zaledwie przez podnoszenie rąk do głowy lub głośny krzyk (*cri hydrocéphalique*). Również i w tym okresie wymioty trwają, przy czém chorzy utyskują na mocny ból w okolicy żołądka. Do tego dołączają się jeszcze kurcze tężcowe w kończynach, albo drgawki podobne do epileptycznych. Mięśnie oka u niektórych chorych przedewszystkiém zaczynają cierpieć, bezwładnieją, z kąd powstaje zezowatość (*strabismus*) i opadanie powiek (*ptosis*). Często daje się spostrzegać niezmierną naćczułość skóry, gwałtowne, do niezniesienia bóle w krzyżach, kończynach i podbrzuszu (*hypogastrium*). U innych znów następuje stępienie słuchu na jedno lub obadwa uszy, albo zupełna głuchota (Wunderlich). Do tego bardzo często dołączają się zjawiska bezwładu: utrata mowy, utrudnienie połykania i t. d. Frenzel

spostrzegął 3 razy półstronny bezwład kończyn, wielokrotnie także bezwład pęcherza moczowego. W jednym z przypadków spostrzeganych przez Wunderlicha szybko utworzył się zupełny bezwład kończyn, stopniowo porażając mięśnie brzucha i mm. międzyżebrowe i zębate (*mm. serrati*), a zdolność do ruchu w lewej ręce znacznie zmniejszoną została, poczem w krótszym jeszcze czasie zniknęło i czucie. Forget podczas epidemii w Strasburgu spostrzegął drżenie w mięśniach, jak w obłądzie opilczym (*delirium tremens*). Obłąd czyli bredzenie (*delirium*) jest często natury graniczącej z szaleństwem (*mania*), prędko przechodząc w sen i śpiączkę; po większej części majaczenie to następuje już w 12--24 godzin od początku choroby, często jest głośnie jak w durzycy, to znów ciche, szemrzące tylko, a u kobiet połączone z objawami macienniczemi (*symptomata hysterica*). Źrenice leniwo oddziałują na światło, już to rozszerzając się zbyt, już ściągając.

Gdy stan taki już trwał 24 do 36 godzin, lub czasami i 3 do 4 dni, to następuje okres ucisku (*depressio*). Chory leży na krzyżu, kończyny drżą, tętno wolniej, źrenice rozszerzają się, skóra ziębnie, nareszcie tężec mięśni karku i krzyża trwa bezustannie.

Trzecim cechującym objawem choroby, przy strasznym bólu głowy i stężeniu mięśniów karku, jest tworzenie się w rozmaitej postaci wysypek na skórze, zaraz w pierwszych dniach, lub w późniejszych okresach, w kształcie odry, rożyczki (*roseola*), to znów płonicy (*scarlatina*), lub róży, najczęściej jednak w kształcie pryszczów (*herpes*) na wargach ust, uszach, nosie, a w pojedynczych przypadkach na całej twarzy, jak to zauważali Tourdes i Phelps w $\frac{2}{3}$ przypadków spostrzeganych w Strasburgu. Również często w późniejszym okresie tworzą się petocie (*petechiae*) i przepociny krwiste (*ecchymoses*). Stolec podczas całego trwania choroby jest uporczywie zaparty, mocz nic szczególnego nie przedstawia, bywa bladej, jasny, w zwiększonej ilości, czasami z osadem, a na szczycie choroby czasami rozwija się białkomocz (Frentzel, Draper). Gorączka w ogólności jest mała. Powrót do zdrowia odbywa się nadzwyczaj powolnie, szczególnie długo trwa

silny ból głowy. W tym okresie w gorączce dają się spostrzeżać pewnego rodzaju zwolnienia (*remissiones*) niejednostajne i słabe, następnie gorączka na parę dni słabnie przy temperaturze ciała prawidłowej, chociaż powroty zdarzają się bardzo często. Skóra z początku jest sucha i nie zbyt gorąca, później następują miejscowe poty na głowie i kończynach, a czasem i ogólne. Tętno, małe i miękkie podczas całego przebiegu (North), znajduje się zwykle w sprzeciwieństwie z ciepłotą, gdyż pod koniec (w razie złego przebiegu choroby) ilość jego uderzeń dochodzi do 136—170. W przypadkach, które miały się ukończyć wyzdrowieniem, zwykle tętno było powolne, nawet powolniejsze niż prawidłowo, bo tylko 58.

Faure-Villar rozróżniał podczas panowanie epidemii w Wersalu w 1839. r. dwie postacie choroby: zapalną i nerwową albo tyfoidalną. Dr Elisha North mówi o cięższych i lżejszych postaciach. Tourdes, stosownie do przeważającego charakteru zjawisk, rozróżnia 6 postaci téj choroby: a) piorunującą (*fulminante*), mózgową (*céphalalgique*), bredzącą (*délirique*), drgawkową (*convulsive*), bolącą (*douloureuse*) i bezwładną (*paralitique*). Wunderlich podczas epidemii w Lipsku w 1857. r. panującej na spostrzeganych przez siebie przypadkach sprawdził owę różnicę w objawach, ale wyładki śledzeń anatomicznych pośmiertnych nie popierają tych różnic.

Zmiany chorobne w budowie znajdowane na ciałach ludzi zmarłych na zapalenie epidemiczne opon mózgorzrdzeniowych polegają głównie i stale na zjawiskach zapalenia opony miękkiej (*pia mater*) mózgu i rdzenia kręgowego, a mianowicie na wysięku ropiasto-surowicznym, a często i włóknikowym. Przy tak zwaném zapaleniu piorunującym ogląd częstokroć wykazuje mało znaczące zmiany: opony mózgowie, jakotéż zatoki mózgu krwią przepełnione; opony wewnętrzne (*arachnoidea et pia mater*), jak niektórzy spostrzegali, bez połytku i zmętniałe. W podobnych więc przypadkach, w których ogląd anatomiczny nie wykazuje żadnych danych wyjaśniających przyczynę śmierci, trzeba przypuścić, że takowa spowodowana została zbyt silnym natężeniem siły jadu chorobowego, albo zbyt wielkiém przekrwieniem opon mózgu i rdzenia.

Najczęściej następujące zmiany dopatrzeć się dają: zatoki mózgu (*sinus cerebri*) przepełnione krwią, czasami zawierają w sobie okrzepy włóknikowe. Opona pajęczą suchą, zmętniała, powleczonea niekiedy nieznacznym wysiękiem surowicznym, albo skrzepami włóknika; w pojedynczych znów przypadkach zrosnięta ściśle z oponą twardą mózgu (*dura mater*). Opona miękka czyli naczyniowa (*pia mater*) okazała się w tych wszystkich przypadkach, gdzie przebieg choroby był szybki, zawsze nastrykniętą; w razie zaś, gdy śmierć następowała w późniejszym okresie, okazała się zmętnioną, pokrytą wysiękiem; w przypadkach jeszcze rzadszych miała wejrzenie mleczno-surowicze, częściej galaretowate, przejrzyste, lub zakrwawione, zwykle jednak ropiaste. Ropa takowa była często kroć nagromadzona w tak znacznej ilości, że oponę w zupełności znajdowano oddzieloną. Siedliskiem zapalenia były: podstawa mózgu, okolica mostu Varola, skrzyżowanie nn. wzrokowych i rdzeń przedłużony, a niekiedy i mózdzek; z drugiej strony w rdzeniu kręgowym przeważnie okolica szyjowa i lędźwiowa takowego. Czasami w mózgu i rdzeniu kręgowym nie dostrzegano żadnych zmian; to znów mózg był uderzająco jakby zbrzęknięty (*geschwellt*), do tego stopnia, że zawoje mózgu (*gyri*) były w zupełności zrównane i nie widoczne, (któreto zjawisko, jak podaje Ch a u f f a r d, podczas epidemii w Avignon w 1839. r. było uderzającym); albo przeciwnie mózg był nadzwyczajnie suchym; niekiedy znów mózg i rdzeń kręgowy były w pojedynczych miejscach rozmiękczone, szczególnie tam, gdzie wysięk pokrywał oponę naczyniową, (któreto rozmięczenie niektórzy francuzcy lekarze poczytali za zwyczajne, mechaniczne, *ramollissement mécanique*).

W innych narządach znajdowano jeszcze mniej uderzające zmiany: błony surowicze w niektórych razach przepełnione krwią (*ecchymoses*), gdzie niegdzie zjawiska zapalenia opłucnej i osierdza; błona śluzowa kiszek była często w stanie nabrzmienia kataralnego; to znów w wielu razach zbrzęknięcie (tak jak w cholery) całego narządu gruczołowego, a mianowicie gruczołów: Brunnera, Peyera, odosobnionych (*gl. solitariae*), (stan oznaczony przez francuzkich lekarzy mianem;

psorenteria). Nigdy zaś nie spostrzegano tego rdzennego nacieku (*markige Infiltration*) kępek gruczołków Peyera, jak to ma miejsce w gorączce durzycowej (tyfoidalnej). Wątroba we wszystkich przypadkach była w stanie przekrwienia; śledziona twarda i powiększona w tym stopniu, co w zimnicy, albo znów jakby rozrzedzona, jak w durzycy. W wielu również przypadkach widziano w wielkich stawach ropiaste nasięki, które, uwydatniając się cechującymi objawami, za życia jeszcze przez wielu lekarzy rozpoznane były.

Leczenie przy podobnie ważnych zmianach, jakie wywołuje w ustroju zapalenie opon mózgo-rdzeniowych epidemiczne, ma się rozumieć, jest mało skuteczne. Wszystkie dotychczas znane sposoby leczenia wydały niepomysłny wypadek (Hirsch). Bezwzględnie szkodliwem okazało się ściśle przeciw-zapalne leczenie, a przedewszystkiem puszczanie krwi; cokolwiek lepszą przysługę świadczyły miejscowe odciągania krwi za pomocą pijawek, lub środki drażniące skórę. Środki drastyczne w największym stopniu szkodziły, wywołując zgubne zadrażnienie w kiszkiach, jak również i kalomel. Chauffard w Awinionie (Avignon), jak utrzymuje, dobre skutki osiągnął z zadawania w wielkich dawkach makowca (*opium*), inni lekarze jednak nie potwierdzają skuteczności tegoż. Szwedzcy lekarze zadawali takowy w małych dawkach, a jeden ze światłych tamtejszych lekarzy, dr Lindström, oświadcza, że takowe o tyle okazują się skuteczne, iż uspokajają chwilowo chorych. Wdychania chloroformu, chinina, również w skutkach oczekiwania zawiodły. Hanuschke zaleca ogólne i miejscowe odciągania krwi: ogólne w cięższych, a szczęśliwie przebiegających przypadkach; miejscowe odciągania krwi i umiejętnie przykładane zimne okłady również wszędzie były używane. Po usunięciu zatkania stolca za pomocą kalomelu albo nalewu senesowego złożonego (*inf. sennae comp.*) podawano roztwór chloru, nakoniec i chloroform, bez żadnej korzyści. Dr Frenzel używa po większej części miejscowych odciągań krwi, rzadko ogólnych; przytém zaleca okłady lodowe, wcierania szarj maści (*ung. griseum*) aż do nastąpienia ślinotoku, co 2 godziny kalomel w dwugranowych dawkach, ol. kleszczowiny

(*ol. ricini*) do nastąpienia stolców i enemy. Wunderlich poleca miejscowe odciąganie krwi i okłady lodowe; w jednym przypadku z nadzwyczajnemi bólami połączonym morfina przynosiła chwilową ulgę, nadto wdychania chloroformu dobrą przysługę wyświadczały. Wunderlich w 3ch przypadkach przez siebie leczonych, w których cała sprawa chorobna szczęśliwie się zakończyła, używał jodku potasu (*kali hydroiodicum*), po pół drachmy na dzień i poleca takowy dawać przez 3 — 11, 13 dni w powyższej dawce. W ostatnich nareszcie czasach zaleconém zostało podskórne zastrzykiwanie atropiny z dosyć pomyślnym skutkiem, bo przynajmniej z ulgą dla chorego. W końcu dodamy, że co do środków zapobiegających, to wszyscy lekarze, z blizka spostrzegający tę straszną chorobę, oświadczają się za odosobnieniem chorych (*Isolirung*), jak również za pilném i ścisłém przewietrzaniem (*Ventilation*), miejscowości zajętych przez chorobę; szczególnież należy unikać wszelkiego zacieśnienia ludności czyto w mieszkaniach prywatnych, czy téż w koszarach i tym podobnych miejscowościach.

(Niektóre szczegóły o epidemiczném zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych panującym w r. b. w mieście Kole (pow. Konińskim) znajdzie czytelnik poniżej pod działem *Wiadomości krajowych*.—Przyp. Redak.)

P O G L Ą D

NA PRZYCZYNY, HISTORIĄ I ROZWIJANIE SIĘ CHORÓB ZARAŻLIWYCH U ŻWIERZĄT W STOSUNKU DO CZŁOWIEKA.

Przez Dra Mieczysława MALCZA.

(Dalszy ciąg.—Zob. LII, str. 509 i t. LIII, str. 72.)

Ospa krowia (*variolae vaccinae*), w wysokim stopniu ważna choroba w stosunku do ospy ludzkiej, zbadaną została szczegółowo przez znakomitego Jennera, Viborga, Sacco i innych w zeszłém stuleciu. Za naszych czasów dokonano mnóstwo zajmujących i znakomitych badań nad nią, a mianowicie prof. Hering w Sztutgarcie w roku 1832., 1839. i 1849, w Anglii zaś Secely. Ospa krów, jak wiadomo, również jak ospa

innych zwierząt, może być rodnia i rzekoma, albo, jak ją zwą pospolicie, wietrzna (*variolae spuriae*). Pierwsza jestto samostnie rozwijająca się wysypka krostowata na wymionach u krów, w małym stopniu lub wcale nie gorączkowa, która, będąc zaszczepiona, przyjmuje się u człowieka i zwierząt domowych. Ospa rzekoma pojawia się nie tylko wyłącznie na brodawkach, jak to błędnie utrzymują niektórzy autorowie, lecz i na całych wymionach.

Prawdziwa przyczyna ospy krowiej nie jest wiadomą. Jedni sądzili, że choroba ta pochodzi z przeniesienia ospy ludzkiej na krowy. Inni znów, a między niemi znakomity Jenner, na zasadzie kilku wyłącznych doświadczeń i badań, utrzymywali, że ospa krów jestto po prostu przeniesiona gruda koni (*paronychia equina*) i dla tego zarazek grudy nazwali konianką (*equina*) przez analogią z krowianką (*vaccina*), przypisując grudzie własność chroniącą od ospy. Wszystkie te jednak wyjaśnienia o pochodzeniu ospy nie są zaspokajające. Ospa krów najczęściej zjawia się w lecie (w maju i lipcu, na łąkach), lub w późnej jesieni (w oborach), chociaż pojedyncze przypadki mogą się wydarzać w zimie. Częstszą jest bezporównania u krów utrzymywanych w oborach, aniżeli u krów wypasanych na polach. Na téj tedy zasadzie przyjmowano, jako przyczynę powodującą, wpływ wilgotnej atmosfery. Często choroba zjawia się prawie epidemicznie na wielu indywiduach, a przytém w rozmaitych miejscowościach, w skutku czego w tym razie możnaby poczytywać chorobę jako zależną od wpływów miazmatycznych. Do przyjęcia pierwiastkowej ospy uzdolnione są tylko krowy, przynajmniej nie spostrzegano jój w ten sposób powstającej u samców (buhajów), chociaż może być tym ostatnim zaszczepioną. Najczęściej zauważano pojawienie się jój u krów pierwszy raz dojonych. Najgłówniejszą jednak i niewątpliwie najpierwszą przyczyną ospy krów jest zaraza roznoszona szczególnie rękami dojących: tym sposobem, choroba może trwać kilka miesięcy w jednym stadzie, dopóki zupełnie nie zniknie. Dojący krowy rzadko dostają wysypki, która w przeciwnym razie pokazuje się na palcach, dłoniach, twarzy, w postaci kilku krost (*pustulae*), trwają-

cych przez 7 do 9 dni wraz z lekką gorączką. Zdarzyły się jednak przypadki, że zaraza krwię ospy powodowała u ludzi ospę wietrzną nawet, a jak twierdzi Spinola, (co jednak jest wątpliwem), ospę rodnią. Dotychczas pytanie, czy krowy raz tylko chorują na ospę w swoim życiu, nie zostało rozwiązaniem: zapewne ospa, pojawiająca się drugi lub trzeci raz, jest rzekomą, czyli wietrzną. Zarazek choroby należy do stałych (*c. fixum*) i zawiera się w przezroczystej limfie krost (*pustulae*). W porównaniu z owczą ospą krowia dosyć stosunkowo długo utrzymuje swoją moc i może być zaszczepiona wszystkim zwierzętom z krwią ciepłą; nie wszystkie jednak mają jednakowe usposobienie do przyjęcia zarazy.

G. Küchenmeister w liście otwartym do prof. Hebra p. n. „O naturze jadu ospowego i drodze wprowadzenia tegoż do ciała“ (1), podaje dwa doświadczenia, tyżące się tego przedmiotu, a mianowicie: 1) Baran był zagnalonym do oddychania powietrzem które skierowane zostało w ten sposób, aby przechodziło przez rurki włoskowe napełnione świeżą limfą z dziecka: zwierzę nie zachorowało; z czego K. wnioskuje, że limfa zawierała jad ospowy w stanie utajonym (*im latenten Zustande*). 2) Podobnym sposobem baran oddychał przez koszulę noszoną przez 12 godzin przez chorego na ospę, u którego krosty rozwinęły się w pęcherzyki zakłęśnięte. Na dziewiąty dzień zwierzę dostało ospy. Ztąd autor wnosi, że: a) jad może się udzielić przez płuca; b) że istnieje jad ospowy w stanie płynnym i lotnym; c) że jad ten jest uorganizowany i że jeszcze przed powstaniem ropienia uwalnia się z ciała; d) że jad ten związany jest z wyłodem przeziewu skór nego (*Hautperspirationsproduct*) i z takowym razem ciało opuszcza; e) że jad ten zdolny jest do wyschnięcia (*austrocknungsfähig*); f) a przez to staje się stałym zarazkiem (*festes Contagium*).

Ospa wietrzna odróżnia się od naturalnej w części kolorem i budową krost, w części zaś przebiegiem samej sprawy

(1) G. Küchenmeister: Ueber die Natur des Pockengiftes und die Wege seiner Importation in den Körper. (Offener Brief an Prof. Hebra). Wochenblatt d. Ges. d. Aerzte in Wien. 1864. Nr 35. (Centralblatt für die med. Wissenschaften 1864. 15. October. Nr 44.)

wysypkowej. Z resztą, ze względu na liczne zboczenia ospy naturalnej, tylko szczepienie może rozstrzygnąć o rodzaju wysypki. Rozróżnienie dwóch tych postaci jest wielkiej wagi dla wybrania prawdziwej ospy ochronnej, chociaż dotychczas nie spostrzegano, aby szczepienie ospy wietrznej wywoływało złe skutki ludziom; gdyż takowa albo wcale nie przyjmuje się, albo przebiega tak prędko i w tak małym stopniu, że poczytanie jęj za naturalną jest niemożliwym.

Na początku r. p. Akademia lekarska w Paryżu przez kilka miesięcy prawie wyłącznie zajmowała się kwestyą krowianki i tak zwanęj konianki (*cow-pox and horse-pox*). Zdania mówców były podzielone, a jedność w zapatrywaniu się na rozmaite wnioski nie uwieńczyła tak długo toczonych rozpraw. Co do szczegółów odsyłamy czytelnika do obszernych sprawozdań dra Kulskiego w przeszłorocznej *Kronice lekarskiej zagranicznej* Pamiętnika lekarskiego. (Zob. Pam. Tow. lek. Warsz., t. LI, str. 84—89, 237—241 i 443—446.)

W końcu przytoczymy parę historycznych uwag nad szczepieniem ospy.

Szczepienie ospy rodnięj od dawna znane było w Chinach, Indyach Wschodnich, Arabii i Gruzji. Na początku XVIII. wieku wprowadzone zostało ze Wschodu do Grecyi, o czém wiadomość przywiozła z sobą do Europy Lady Montaigne. W Europie w okolicach, w których kwitnie chodowla bydła na wielką skalę, jak w północno-zachodnich Niemczech, a szczególnięj w Holsztynie, i w południowych hrabstwach Anglii, zauważono, że wysypka, jaka powstaje u krów na wymionach, udziela się ludziom dojącyym takowe, a przytém chroni ich od zachorowania na ospę rodnią. Od tego czasu zaczęto czynić doświadczenia ze szczepieniem. Pierwsze doświadczenie wykonane zostało, jak się zdaje, jeszcze w 1765. roku; następnie, w 1791. r. Plett, nauczyciel wiejski w Stackendorf w Holsztynie, zaszczepił krowiankę trojgu dzieciom swoim. Chwała jednak najpierwszego rozumowanego szczepienia słusznie należy się angielskiemu lekarzowi, Edwardowi Jenner („*generi humano carus*“), który pierwsze badanie nad krowianką przedsięwziął jeszcze w 1775. roku, a pierwsze zaszczepienie takowęj

uskutecznił dnia 14. maja 1796. roku. W miarę rozchodzenia się wieści o znakomitym wynalazku Jennera na lądzie stałym Europy, bezzwłocznie lekarze różnych krajów zajęli się zbadaniem i ulepszeniem krowianki, w czém odznaczył się włoski lekarz Sacco. Ma się rozumieć, iż zaraz poczęły się rodzić pytania co do pochodzenia ospy krów. Między innymi wypowiedzianém było wówczas zdanie, że ospa krów jest prawdziwą ospą ludzką, osłabioną w skutek przeniesienia jój na wymiona krów; przeciwko temu zdaniu jednak przemawiała ta okoliczność, że, chociaż ospa ludzka, zaszczepiona na wymionach krów: przyjęła się; jednak, przeniesiona znów z krowy na człowieka, nie ograniczyła się miejscową sprawą, lecz spowodowała wysypkę krostowatą (*pustulae*), a przytém na takich miejscach, gdzie ospa nie została zaszczepioną, a więc nie była téż osłabioną. Inni, a między nimi sam Jenner, twierdzili, że ospa krów (*vaccina*) pochodzi od grudy końskiej (*equina*) (1). Doświadczenia liczne, ostatnimi czasy zebrane, co do zjawiania się ospy rodniój u takich ludzi, którym poprzednio zaszczepiono ospę ochronną, zrodziły myśl, czy nie osłabia się krowianka w skutek ciągłego przenoszenia jój z człowieka na człowieka i czy nie byłoby potrzebném odświeżyć, niejako wzmoćnić materją ospową nowém zaczerpywaniem jój od krów? Pomimo starań w tym przedmiocie, aby ją otrzymaé w dawnéj czystości u krów, nie podobna było tego dokonaé, nie bacząc nawet na wielkie nagrody, jakie w tym celu wyznaczały rządy. Niepomyślne te skutki usiłowań podały myśl szczepienia ospy rodniój ludzkiej krowom w celu osłabienia jój i otrzymania tym sposobem ospy dobrych własności; myśl tę podjął Sunderland. Carjanico w Prusach zaszedł jeszcze dalej, szczepiąc ludzką krowiankę (*vaccina*) znów krowom, w celu otrzymania prawdziwój ochronnój materji. Doświadczenia obydwu tych lekarzy napotkały na silny opór ze strony innych; zaczęto sprawdzaé ich doświadczenia, a wielu otrzymało zupełnie przeciwne wypadki, poczytując sztucznie wywołaną wysypkę za nieprawdziwą na téj podstawie, że krostki nie miały

(1) O czém niżej wspominamy.—Przyp. autora.

w środku dostatecznych zagłębień, jakoteż nie były otoczone różową obwódką. Spinola w 1835. r. powtórzył doświadczenia Carjanico, które najzupełniej korzystnie wypadły. Brał zarazek krowiankowy wprost z dzieci, którym zaszczepioną została ospa ochronna, i zaszczepiał takowy krowom. Wprawdzie zagłębień nie było widać, z tém wszystkiém krowianka okazała się doskonałą i ten sam płyn Spinola zaszczepił swemu synowi z zupełnym skutkiem. Wkrótce potem wynalazł prawdziwą ospę u krów. Chcąc się przekonać, jak dalece może być przenoszona takowa ospa, zaszczepiał ją wszystkim zwierzętom domowym, nie wyłączając drobiu. U wszystkich (z wyjątkiem konia i ptaków) doświadczenia udały się. Przenosił on również ospę rodną kóz na krowy, a jeszcze lepiej na owce, dla których ospa ta stała się również ochronną. Krowianka w mniejszym stopniu zabezpieczyła owce. Spinola przytacza przypadek, gdzie dwa niemowlęta, którym nie była zaszczepiona ospa, zaraziwszy się ospą krowią, dostały prawdziwej ospy ludzkiej; ztąd wnioskuje, że w czasie panującej ospy u krów nie trzeba się dotykać kobiet, które się zajmują dojeniem, nie oczyściwszy się wprzód, aby tym sposobem nie zarazić przypadkiem dzieci, którym krowianka nie była jeszcze zaszczepioną.

Gruda gorączkowa konia, inaczéj zwana ochronną, (*paronychia equi erysipelatoso, serosa, herpetica; panaritium equi erysipelatosum; impetigo erysipelatodes* (?). *Schutzmauke* (Viborg). *Eaux aux jambes, javart simple*), stanowi chorobę właściwą rodzajowi konia, przyjmując niekiedy cechy prawdziwej epizoocyi. Treść choroby stanowi objawienie się wysypki właściwego rodzaju na tylnej powierzchni pięciny, mianowicie nóg tylnych i mających białą sierść, jak również i na nadpięciu. Pęcherzyki te po pęknięciu wydzielają ciecz lepłą przejrzystą, żółtawą, która, zetknąwszy się z powietrzem, krzepnie, zamieniając się na strup zlepiający sierść. Okolica pęcherzyków tych jednocześnie bywa przesiąknięta i mocno zaczerwieniona, a pod naskórkiem okazuje się ciecz galeretowata, nieprzyjemnej woni. Ciecz tedy, zawarta w po-

wyżej opisanych pęcherzykach, stanowi płyn nazwany konianką (*equina*), obdarzony w pewnych warunkach własnością wywoływania ospy u krowy i człowieka. Płyn więc takowy, jako taki, jest tém, czém krowianka, ochraniającym od ospy rodniej.

Funke upewnia (1), że konianka od niepamiętnych czasów znaną była w Anglii i w Holsztynie pomiędzy ludnością. Jenner najpierwszy, a potem Sacco, La Fontaine, Viborg, Jensen i inni na mocy licznych doświadczeń utrzymywali, że ospa krów jestto gruda końska, przeniesiona tylko na krowy, przypisując zarazem grudzie takowej, zaszczepionej, własność chronienia człowieka i krowy od ospy naturalnej. Inni autorzy uważali grudę za liszaje. Spinola pod nazwiskiem grudy pojmuje pierwiastkowo rozwijającą się gorączkową, umiejscowioną tylko na częściach wyżej przywiedzionych. Reynal utrzymuje, że gruda końska w pewnych okolicznościach może spowodować ospę krowią i uchronić ludzi od ospy (2). Inni autorzy zupełnie temu zaprzeczają.

Nareszcie Lafosse, profesor szkoły weter. w Tuluzie, w 1860. r. (3) zaszczepił, w obecności uczniów szkoły, na wymionie młodej krowy płyn pęcherzyków grudy, poczem w krótcie objawiły się na tém miejscu piękne krosty. Dr. Cayre, lekarz Tuluzki, zaszczepił krowiankę téj krowy kilkorgu dzieciom, które nie przebyły jeszcze ospy; poczem pokazało się u nich kilka pięknych krost perłowego koloru, z zagłębieniem (*ombilic*) i z obwódka różową, które ciągle powiększały się z dnia na dzień bez śladu różowatego zapalenia. Płyn zebrany z rzezonéj krowy zaszczepiono także drugiej krowie, z której krowianka zaszczepiona dzieciom spowodowała u nich również piękną ospę. Następnie w Tuluzie szczepiono wielu dzieciom płyn powyższy i żadne z nich nie okazało się chorém, a u wszystkich szczepienie udało się wybornie.

(1) Handbuch der speciellen Pathologie der Haussäugethiere. Leipzig 1852. t. II.

(2) Dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétér. V.

(3) L'Union médicale 1860.— Ob. Pamiętn. T. lekars. 1860. za m. październik, artykuł prof. Seifmana, Mag. Weterynaryi, w Warszawie.

Fakta te mówią wyraźnie, że konianka (*equina*), w pewnych, nie zbadanych należycie dotąd warunkach, może zastąpić krowiankę (*vaccina*), a zatem mogłaby stanowić środek daleko dogodniejszy (gruda u nas często się wydarza), niż ospa krowia, do szczepienia ochronnego. Zresztą rozumie się, że przedmiot ten powinien być jeszcze dalej rozbiegany ze względu na tak wielką swoją ważność.

Przyczyny uzdalniające do nabycia zarazy zależą: 1) od usposobienia zwierzęcia do przyjęcia jadu. do organizmu; usposobienie takie zależy od pośredniej rasy konia, białych nóg i w ogóle białej maści ich sierści, od kataralnego zajęcia błon śluzowych, przeładowywania koni pożywieniem, i t. d.; 2) albo też przyczyny takie są czysto przypadkowe. Gruda gorączkowa panuje często epizootycznie w krajach w nizinie położonych, na co bezwątpienia stan pogody wielki wpływ wywiera. Przyczyny powodujące jednak działają częściej jako wpływy miejscowe: w zimie i na jesień gruda zdarza się częściej, kiedy drogi pokryte są śniegiem, pomieszczonym z nawozem i błotem, w którym więzną konie. Dla tego gruda częściej panuje w większych miastach, niż po wsiach, gdyż w polu śnieg jest czystszy; podobnie zimno i odwilż wielki wpływ mają: woda śniegowa szkodliwiej wtedy działa, niż śnieg suchy. Co do możliwości udzielenia się grudy drogą zarazy, zdania są podzielone. Bezwątpienia ropa nie dobrych własności, z wrzodów grudy pochodząca, jest zaraźliwą do pewnego stopnia zaraza ta jednak jest słabą i nie stałą.

Rodzajowi konia (osła, muła, zebry) właściwe są dwie choroby zaraźliwe nadzwyczaj do siebie zbliżone, a mianowicie: **nosaczna koni** (*ozaena, malleus humidus, maliasmus, typhus mallodes, morbus mallearis, rhinocarcinoma, coryza virulenta, morbus lymphaticus malignus; Rotz; morve*) i **tylczak** (*malleus sarciminosus, sarcimen equorum, cachexia lymphatica, sarciminosa; Wurm; farcin*) Są to dwie choroby nadzwyczaj zaraźliwe, co do wzajemnego ze sobą związku których, jak również właściwej ich natury, dotychczas patologicznie nie są w zgodzie. Przyczyną tego rozdwojenia jest ta oko-

liczność, że różni badacze oddawna mieli rozmaite o nich pojęcia i często pod nazwą nosacizny i tylczaka pojmowali dwa różniące się od siebie stany chorobne, żadnego wcale związku z sobą nie mające. Dzisiaj jednak pojęcia o chorobach tych o tyle się posunęły, że większość patologów uważa obie choroby jako wyłącznie zdolne do rozwinięcia w sobie zarazy o wspólnych własnościach, z tą wszakże różnicą, że zjawiska chorobne w nosaciznie cechują się zajęciem błony śluzowej nosa i sąsiednich gruczołów chłonniczych; gdy tymczasem w tylczaku cierpią głównie gruczoły chłonicze skórne, przedstawiając złogi gruzłów między sobą złączonych, znajdujących się pod skórą. Anatomiczne zmiany w obu chorobach właściwie są jednorodne, a przytém takie, w których zejście w sposoczenie i owrzodzenie nie jest nieuniknionem, jak sądzono dawniej. Widziemy tu bardzo często ostatecznie tworzenie się szczególnego rodzaju gruzłów zdolnych (choć nie zawsze) do przejścia w sposoczenie, składających się, jak tego dowiódł Virchow (1), z wybujałych komórek (*zellige Wucherung*), które, zamieniając się w miazgę twarogowatą, rozmiękczają się i tym sposobem dają początek wrzodom.

Nosacizna może się rozwijać w części samorodnie, to znów w skutek innych chorób, lub też zaszczepienia zarazy. W pierwszym przypadku, jeżeli powstaje samorodnie, to tylko w skutek zbiegu wielu warunków chorobnych, jak np. zły strawy, niezdrowego pomieszczenia, braku czystego powietrza, wyniszczenia sił i t. d. Częściej wyradza się z innych chorób, a głównie z zozłów (*catarrhus glandulosus equi, adenitis*), w których spostrzegamy zdolność do przerzutów (*metastases*): wrzody tutaj tworzące się mają z postaci rażące podobieństwo do wiewiora (*chancre*); powstają ony z gruzłów przechodzących w ropienie i rozmiękczenie. Nadto nosacizna powstać może z wszelkiej innéj gorączki nieżytowej, z suchot płucnych, przetok, zapalenia jąder, i t. d. Twierdzenie, jakoby choroba mogła się rozwinąć w skutek wstrzykiwania czystéj ropy (*pus bonum*) w żyły zdrowego konia, jak twierdzą pp. Bouley

(1) Virchow w m. wak.

i Renault, w skutek czego mają się rozwijać charakterystyczne wrzody w nosie, potrzebuje sprawdzenia na polu ściślejszych badań (Virchow). Bez porównania części choroba rozwija się w skutek zarażenia, przez udzielanie zarazku za pośrednictwem śluzu z nosa zarażonego konia, czyto z pokarmem, czytéż z napojem. Zarazę na drodze miazmatycznej (samorodnej) poprzedza zawsze rodzaj osłabienia organizmu, połączone z podwyższoną szczególniej czułością układu gruczołowego; okoliczność ta zbliża nosaciznę do skrofułów ludzkich i gruźlicy człowieka i zwierząt, témbardziej, że i przebieg choroby jest więcéj przewlekły, a śmierć nigdy nie następuje tak szybko, jak to ma miejsce we wścieklicznie, albo w czarnej kroście.

P. Magne na posiedzeniu Akademii lekarskiej Paryskiej z dn. 30. sierpnia r. p. podawał trojaką przyczynę powstawania nosacizny, a mianowicie: zbytne osłabienie w skutek zmęczenia, niestosowny pokarm i niedostatek takowego dla zwierzęcia (1). Co do pierwszej okoliczności przytacza rozmaite dane dotyczące się koni, które zachorowują w krajach, gdzie jest wiele dróg kamiennych i gdzie zmęczenie ich dochodzi do wysokiego stopnia, przyczém ruchy oddechowe są nadzwyczaj przyspieszone. Pożywienie koni użytych do wożenia, ciągnięcia towarów i t. d. powinno się składać z siana, słomy i owsa; jeśli przy ciężkiej robocie dostają strawę gorszą, jak np. lucernę i t. d., wtedy łatwo mogą zachorować na powyższą chorobę. Przytaczał autor również wiele przykładów, z których wykazuje, że można ochronić konie od zarazy, dając im po 25 kwart owsa dziennie. Na poparcie swoich wniosków powoływał się na dane zaczerpnięte z wyprawy dzisiejszej francuzkiej do Meksyku, gdzie konie przez cztery do pięciu godzin są w marszu, ciągnąc obłogi (bagaze) i t. p. ciężary bez przestanku, a pomimo tego nie zachorowują, będąc żywione kukurydzą i sianem, z których pierwsza jest dla nich wyborynym materiałem oddechowym. Jednym słowem, podług p. Magne, przyczyny ogólne nie są

(1) Discussion sur la pustule et les maladies spécifiques. Gazette des hôpitaux 1864. Nr 102. Séance de l'Académie de Médecine.

zdolne do wywołania nosaczyny, ale powoduje ją brak równowagi między utratą zasobów krwi podczas oddychania i dostarczeniem takowych przez pokarmy oddechowe. PP. Bouley, Bouillaud, J. Guérin są przekonania, że nosaczyna może powstać samorodnie. Teorya ich opiera się na dawniej zasadzie humoralistów, a mianowicie na zmianie soków powstającej samorodnie, t. j. pod wpływem warunków higienicznych nieprzyjaznych. Podług ich zdania nosaczyna graniczy z chorobami swoistymi wzorowemi, jak ospa i inne tak zwane choroby zgniłe, (gorączka durzycowa i t. d.); poczytują ją oni za chorobę mieszaną, konieczną jakoby do usprawiedliwienia założenia, że nie ma w medycynie, tak jak w ogóle w świecie fizycznym, wzorów odosobnionych (*types isolés*) (1).

Tylko wyłącznie zwierzęta jednokopytowe (*solidungula*) mają zdolność do wywołania tej choroby, jak to wyżej wspomnieliśmy. U innych zwierząt nosaczyna samorodnie nie powstaje, a jeśli czasami zdarza się, to tylko drogą zarazy; to, co nazywają nosaczyną u owiec, jest poprostu zwyczajnym przewlekłym niezłym. W czém jednak spoczywa owa zdolność do wywołania choroby, nie wiadomo; wady pierwiastkowego wykształcenia fizycznego, zboczenia chorobne w wewnętrznych narządziach, wyniszczenie płciowe przedwczesne, słabo rozwinięte mięśnie, znacznie rozwinięty układ limfatyczny, głód i t. d. zapewne grają pod tym względem ważną rolę.

Do przyczyn przypadkowych zaliczamy: szkodliwość wszelkiego rodzaju pod względem higienicznym, jakoto wilgotne pomieszczenie, paszę na nizinach, miejscach błotnistych, pokarm nieświeży, złą wodę, i t. p. warunki, w skutku których nosaczyna rozwija się na drodze samorodnej; szczególnież zdarza się to w czasie wojen, kiedy nosaczyna panuje prawie epizootycznie, jak np. w r. 1812. do 1814. w szeregach konnicy francuzkiej (Wagenfeld). Dalej, częste bez potrzeby uskuteczniane upusty krwi koniom, zwyczajny niezły oskrzelony, zapalenia płuc i opłucnej (*pleuropneumonia*), suchoty różnych

(1) Gazette des hôpitaux N. 96. Séance de l'Académie de Méd. du 17 août 1864.

narzędzi, świerzba, mechaniczne urazy błony śluzowej nosa, sprawy wysypkowe wewnątrz ukryte, a szczególnie tyłczak. Nakoniec najgłówniejszą przyczyną jest zaraza.

Badania nad zaraźliwością nosacizny zasługują na uwagę. We Francyi *Godine*, zdaje się, najpierwszy utrzymywał, że jad téj choroby nie jest zaraźliwy; to samo twierdził *Dupuy*. Podobne zdania, wygłaszane najczęściej bez podstawy przez szkołę *Alfortską*, były powodem do nadzwyczajnego rozgałęzienia się nosacizny we Francyi, szczególnie w konnicy. Szkoła *Lyońska* i *Tuluzka* przeciwnie, idąc za zdaniem angielskich i niemieckich weterynarzy, trzymały zawsze za zarazę. Od r. 1840. do 1850. towarzystwo weterynaryjne w Paryżu toczyło żywe spory w tym przedmiocie: *Barthélémy* (starszy) przemawiał za zarazą, równie jak *Gelle*, *Auginard* i *Delorme*; przeciwnie zaś twierdził *Renault*, głównie co do postaci przewlekłej, a zdanie jego pociągnęło za sobą większość francuzkich weterynarzy. Nakoniec w skutek doświadczeń na obszerną stopę przedsięwziętych ze szczepieniem nosacizny na kawaleryjskich koniach dowiedziono, że tylko postać ostra jest zaraźliwą, przewlekła zaś tylko wtedy, kiedy przechodzi w ostrą. Na mocy takich pewników, śmiertelność nadzwyczaj wielką w owym czasie tłumaczono jako pochodząca ze złego doglądania i utrzymania koni. Pomimo to jednak w 1855. roku w Lyonie 1^o/_o koni z garnizonu tamtejszego padło w skutku nosacizny. Dopiero w obecnym czasie pytanie o zaraźliwość jadu rozstrzygnięto ostatecznie. Mianowicie doświadczenia: *Viborga*, *Lafosse'a*, *Vatel'a* (1), *Wolstein'a* (2), *Girarda* i innych, przedsięwzięte ze szczepieniem jadu na zdrowych zwierzętach, wykazują, że zupełnie wykształcony jad zawsze ma zdolność do rozwinięcia w sobie zarazku, za pomocą którego choroba może się udzielać w całej rozciągłości; jak również, że zaraza nosacizny może wyrodzić nietylko nosaciznę, ale i tyłczak. Wcieraając śluz zwierzęcia chorego na nosaciznę w błonę śluzową

(1) *Journal prat. de méd. vétérin.* Paris 1826.

(2) *Wolstein: Bemerkungen über die Entstehung und Verbreitung des Rotzes.* Hamburg 1807.

nosa u zdrowego konia, możemy wywołać powstanie nosacizny; wprowadzając zaś takowy w skórę (za pomocą nacięcia), rozwijamy tylczak; wydzielina z wrzodów w tylczaku tworzących się może wywołać także obydwie te choroby. Zaraza tak w przewlekłej, jak i w ostrój postaci, należy do stałych, zdaniem większości dzisiejszych weterynarzy. Z drugiej strony, powiada Virchow, mamy wiele doświadczeń, które jakoby dowiodły, że zaraza nosacizny może się udzielać i przez powietrze; doświadczenia te jednak nie posiadają stanowczo przekonywającej siły, gdyż w naturze znajduje się bardzo wiele dróg do przeniesienia zarazy w stałej postaci; dlatego też zdanie o lotności zarazki przyjąć można jedynie przypuszczając jednoczesne działanie wyłącznych i dotychczas niewyjaśnionych dla nas warunków. Zwykłym przenośnikiem (*vehiculum*) zarazy, przynajmniej w początkach choroby, kiedy ta wyraża się tylko miejscową sprawą, jest śluz z nosa i wydzielina wrzodów (tak w nosaciznie, jak i w tylczaku); takowa jednak znajduje się jeszcze i w pęcherzykach, które się jeszcze nie otworzyły, w ślinie, łzach, moczu, wydzielinie skóry, jak również i we krwi, jak świadczy o tém Viborg (1). Ztąd się okazuje, że jad nosacizny należy do rzędu chemicznych czynników, fermentów. B. Langenbeck wynalazł szczególnego rodzaju grzybek w śluzie z nosa chorych koni, który poczytuje za przenośnik zarazy; Virchow jednak, pomimo ścisłych poszukiwań tego nowotworu w śluzie powyższej natury w silnie rozwiniętej nosaciznie, nie mógł go znaleźć, za to znajdował go w zwyczajnej wydzielinie kataralnej u koni. Grzybek ten należał do rodzaju *Puccinia* i zapewne jest odpowiedni grzybkowi, który napotykamy w strupniu (*favus*). Skład chemiczny zarazliwej istoty w nosaciznie dotychczas nie jest wiadomy. Lassaigue (2) w śluzie z nosa chorego konia wziętym znalazł większą ilość białka, aniżeli zwykle, fosforan wapna, sól kuchenną (zawsze znajdujące się) i węglan sody. Na sucho treść jadowita może

(1) Kurze Nachrichten über Rotz, Wurm u. Kropf der Pferde. Copenhagen 1797.

(2) Journ. prat. de médec. vétér. 1826. p. 417.

być przechowaną przez 3 miesiące i więcej przy ciepłocie + 10 do 14° R. (Viborg), nie tracąc bynajmniej na zaraźliwości; wystawiona na działanie czystego atmosferycznego powietrza, jakoteż wysokiej temperatury, traci na sile. Podług Hertwiga, + 45° ciepła i—10° do 15° R. zimna są dostateczne do zniszczenia zarazy; podobnie wyziewy chloru, kwasy mineralne, roztwór potażu gryzącego i wapna. Doświadczenia, czynione w Alfort w 1841. i 1842. roku, okazują, że zaraza w ostrzej postaci, wprowadzona do organizmu zapomocą szczepienia, tak w 7ém pokoleniu, jak i w pierwszym jednakową posiadała siłę; materya wysuszona na powietrzu, będąc zwilżona wodą w 6 tygodni po zaszczepieniu, wydała wrzody, jakie widzimy w ostrzej postaci tylczaka. Jad zarazy może działać nie tylko na jednokopytne zwierzęta, ale i na wielką ilość innych ssących. I tak, zaszczepiony, przyjął się na psach (Burgess, Renault, Leblanc), kozach (Hertwig, Prinz), owcach (Renault), królikach (Schilling) (1). W ogóle zdolność zwierząt tych do zarazy nie jest wielka, a choroba w nich rozwija się w postaci więcej przewlekłej. Nakoniec, zaraza nosacizny może się udzielać człowiekowi: fakt ten dowiedziony został ostatecznie za naszych już czasów; co więcej, ze wszystkich gatunków zwierząt (prócz jednokopytowych) człowiek ma największą zdolność do zarażenia się.

Nosacizna, jako choroba osobna (specjalna) u człowieka, wykrytą została niedawno, a mianowicie zaledwie w ostatnich 20 latach. Przedtém zjawiska jęj poczytano za zupełnie miejscowe, zaliczając do działu innych ran nieczystych, z których następnie powstawać miały zjawiska nosacizny niebezpieczne dla życia (Waldinger, Henckel, Sydow, Lorin). Lekarze wojskowi pruscy najpierwsi szczegółowo opracowali chorobę u człowieka. Schilling mianowicie w 1821. roku w Berlinie opisał pierwszy niewątpliwy przypadek w tym rodzaju; następnie Rust ogłosił drugi podobny opis choroby, poczem ukazało się mnóstwo opisów nosacizny u człowieka, jakie udzie-

(1) Schilling: Merkwürdige Krankheits-und Sections Geschichte etc, Magazin f. d. ges. Heilk. herausg. von Rust. Berlin 1821. B. XI.

lili Wolff (1), Grossheim, Seidler, Eck, Brunzłow, Lesser i inni. Równocześnie prawie zwrócono w Anglii uwagę na tę chorobę, gdzie szczególnie Travers i Elliotson (2) ogłosili znakomite pod tym względem prace. Nakoniec Rayer w 1837. r. zebrał wszystkie rozrzucone wiadomości z rozmaitych dzieł o téj chorobie i ostatecznie zaliczył ją do dziedziny patologii człowieka.

Nosaczna najprędzej przyjmuje się na ciele ludzkim przez przeniesienie zarazy (za pośrednictwem ropy lub krwi zwierzęcia) na zranioną skórę. Zараżenie może również mieć miejsce przez proste dotknięcie; przynajmniej są przypadki, gdzie ludzie zarażali się tylko skutkiem wycierania twarzy nieczystymi rękami lub chustkami, na których znajdował się śluz z nosa, nie mając jednocześnie żadnego zranienia ani na rękach, ani na twarzy. W podobnym razie nosaczna okazywała się najprzód na twarzy, jako zjawisko miejscowe. Znane są również przypadki, gdzie widocznie bezpośrednie przeniesienie zarazy na powierzchnię ciała nie miało miejsca, a takowe zapewne powstało w skutku wejścia zarazy w postaci lotnej w krew przez płuca. Wreszcie najnowsze badania wskazują, że zaraza nosaczny nie tylko od zwierząt, ale i z człowieka może się udzielić człowiekowi, jak to spostrzegano szczególnie w szpitalach Paryzkich, gdzie studenci medycyny często zarażają się nosaczną nie tylko przy łóżku chorego, ale i przy otwarciu zwłok. Ludzie mający najwięcej styczności ze zwierzętami najczęściej zarażają się od nich. Choroba u człowieka okazuje się w téj samej postaci, jak u zwierząt, czyto jako prawdziwa nosaczna, czytóż jako tylczak, (szczególniej w ostrej postaci); w wysypkowej jednak postaci częściej bywa u człowieka, przyczem wysypka na skórze, jak również i złogi w narządach wewnętrznych, mają postać więcej ropni lub owrzodzeń, niż gruźleń; dla tego dawniejsi autorzy opisywali je w kształ-

(1) Wolff: Ueber die durch Uebertragung des Rotzcontagiums der Pferde auf Menschen erzeugte Krankheit. (Pr. med. Vereinszeit. 1835.)

(2) Elliotson: On the glanders in the human subject. (Med. chir. Transact. Vol. XVI, p. 1 and 171.)

cie krost, ropni i złogów przerzutowych, wynikłych ze sprawy ropnicowej (*pyaemia*). Z tego powodu rozpoznanie ich przedstawia nadzwyczajne trudności, tak, że bez danych z wywodu chorobnego (*anamnesis*) często trudno jest je rozróżnić od innych postaci ropnicy, jak np. połogowych (1). Często dla rozstrzygnięcia pytania pozostaje tylko przekonanie się za pomocą szczepienia. Co się tyczy samorodnego powstania nosaczyny u człowieka, przyjętego ostatniemi czasy przez pp. Trouseau i Tessier, pytanie to ostatecznie nie jest rozstrzygnięte.

Wysypka w nosaciznie, jak już Rayer (2) zauważył, stanowi oddzielną postać, nie podobną ani do ospowej, ani do wszelkiego innego rodzaju wysypek; najwięcej zdaje się mieć podobieństwo do krosty (*pustula*), chociaż właściwie nią nie jest. Ponieważ składa się głównie ze złogów treści dosyć twardej i zbitej, koloru nieokreślonego (ani białego, ani żółtawo-białego), przeto z postaci więcej się zbliża do gruzłów nosaciznowych. Podobnie jak u zwierząt, wysypka ta u człowieka zajmuje wnętrze nosa, połyku, jamę ust, i t. d. Pierwsze zjawiska w nosaciznie mogą być wzięte za zwykłe zatrucie jadem trypim, lub inną jaką zgniłą treścią; dalej za durzycę (*typhus*), lub gościec (*rheumatismus*), z zapaleniem syfilitycznym nosa (*ozaena syphilitica*). Różnica nosaczyny od krosty złośliwej zależy na tém, że w pierwszej chorobie będąca wysypka, charakterystyczna gruzelkowa na skórze znajduje się w większej ilości, a gorączka zwykle poprzedza jęj pojawienie się; w drugim razie przeciwnie gorączka okazuje się już po utworzeniu się wąglika.

Wyżej powiedzieliśmy, że nosaczyna i tylczak są zbliżone z sobą choroby, zdolne do rozwinięcia w sobie zarazy jednych i tych samych własności, różniące się od siebie tylko umiejscowieniem sprawy chorobnej. Dawniej jednak inaczej sądzono.

(1) Gazette des hôpitaux 1845, août. N. 95.

(2) Rayer: De la morve et du farcin chez l'homme. Paris 1837. Breschet et Rayer: De la morve chez l'homme, chez les solipèdes et quelques autres mammifères. (Recueil de méd. vet. 1840; t. XVII.)

I tak starożytni Grecy przypisywali powstawanie nosacizny tej okoliczności, że 1) konie nie mają wcale pęcherzyka żółciowego, 2) że w skutek tego żółć wchodzi do krwi, a następnie dostaje się do serca i mózgu. Arystoteles pojmował chorobę jako zwyczajną wydzielinę z nosa, białozółtawej treści, połączoną często z wydzieliną łez. Ze zdaniem tém zgadzał się Vegetius, zwany ojcem weterynaryi, rzymianin (1). Grecy nazywali nosaciznę wyrazem *rhhialis*, Vegetius zaś *malleus v. morbus humidus*. W nowszych czasach, a mianowicie w 1669. r. angielscy weterynarze Gibbson i Broaker poczytywali chorobę za żołączy (*adenitis*), ostatni nawet odejmował chorobie własność zaraźliwą. Następnie Lafosse starszy nie nadawał nosaciznie znaczenia choroby ogólnej, lecz poczytywał ją za sprawę miejscową, uwydatniającą się zapaleniem przewlekłym błony śluzowej nosa; dla tego leczenie w tym przypadku zalecał czysto miejscowe. Lafosse młodszy wyznawał przekonanie ojca swojego, przyjąwszy prócz tego siedm gatunków śluzu wyciekającego z nosa, przez co jeszcze w gorszym świetle pojęcia o chorobie przedstawił. Paulet porównywał nosaciznę zwierząt z chorobą syfilityczną człowieka, jakkolwiek Bourgeois zupełnie zbił to twierdzenie, wykazawszy za pomocą anatomicznych danych, że obydwie te choroby nie mają do siebie najmniejszego podobieństwa. W tym już czasie kilku weterynarzy, mianowicie Blaine i inni, po raz pierwszy wypowiedzieli zdanie o tożsamości nosacizny i tylczaka. W początkach bieżącego wieku Dupuy, profesor szkoły w Alfort, wydał zajmujące dzieło o nosaciznie p. n. „*De l'affection tuberculeuse, vulgairement appelée morve etc.* Paris 1817.“, w którym wypowiada przekonanie, przyjęte już poprzednio przez szkołę Wiedeńską (Engel, Dittrich), o podobieństwie nosacizny z gruźlicą, odgrywającą tak ważną

(1) Uwaga Właściwie Vegetiusów, było dwóch: jeden Flavius Vegetius Renatus, który żył w końcu XIV. stulecia po n. Chr., a który pisał o sztuce wojennej (*De re militari libri quinque*); drugim był Publius Vegetius Renatus, który napisał dzieło p. n. „*Artis veterinariae libri quatuor*.“ Dzieło to, jak obecnie dowiedziono, jest utworem XII. lub XIII. wieku.

rolę w patologii zwierząt; odmawiał jednak jej wszelkiej własności zaraźliwej na tej podstawie, że gruźlica nie jest zaraźliwą. Zdanie swoje o tożsamości obydwóch chorób opierał głównie na tej okoliczności, że w płucach koni dotkniętych nosacizną zawsze znajdował gruzelki, czego jednak nie znajdowali stronnicy szkoły Lyońskiej, i z tego powodu zawiązał się spór w tym przedmiocie. Z utworzeniem się tak zwaną szkołą fizyologiczną we Francji, reprezentowaną przez Broussais'go, znów zaczęto uważać nosaciznę jako chorobę czysto miejscową (Vatel). Już Viborg (*Kurze Nachrichten über Rotz, Wurm und Kropf der Pferde. Copenhagen 1717.*), który przez wstrzykiwanie materii nosacizny w żyły zdrowego konia wywołał u tegoż prawdziwą nosaciznę, dowiódł, że w nosaciznie rozwija się we krwi szczególna jadowita treść, zdolna do tworzenia wrzodów na błonie śluzowej dróg oddechowych. Teoria Broussais'go z wolna ustępowała miejsca zdaniu patologów humoralistów. Od czasu, jak Dance i Cruveilhier zwrócili uwagę na tak zwane zapalenie żył i naczyń limfatycznych, zaczęto nadawać szczególną wagę zajęciu splotów żylnych i naczyń powyższych w nosie, przypisując powstawanie nosacizny wessaniu ropy, przy czém porównywano chorobę ze złośliwymi gorączkami, rozwijającemi się tak często u operowanych lub położnic. Tessier, który zmienił niezgodną z rozumowaniem teorią o wessaniu ropy na więcjéj prawidłowe pojęcie o tak zwaném zakażeniu ropném (*diathesis purulenta*), poczytał i nosaciznę za jedną z licznych postaci, w których w saméj już krwi pierwiastkowo rozwija się szczególna skłonność do tworzenia się ropy. Zdanie to jeszcze więcjéj rozwinęli Renault i Bouley, profesorowie szkoły w Alfort. Takie są różnice zdań patologów w przedmiocie treści nosacizny i tylczaka.

Wyżéj mówiliśmy o różnicach pojęć co do zaraźliwości i niezaraźliwości obydwóch tych chorób. Spór ten tém jest trudniejszy do załatwienia, że patologowie od najdawniejszych czasów mieli najbłędniejsze wyobrażenia o nosaciznie i tylczaku, uważając je za zupełnie różniące się od siebie choroby. Dzisiaj tę różnicę w zdaniach przynajmniej o tyle usunięto, że

pod nazwą obu tych spraw zgodzono się rozumieć te tylko, które są zdolne rozwinąć zarazę, i to jednego gatunku.

Cechami odróżniającymi obie choroby, są: z jednej strony obecność przyrzutu (*contagium*), z drugiej własności jego skutków w budowie ustroju. Zmiany te dokładnie zbadał Virchow: są one do siebie zupełnie zbliżone w obu chorobach; polegają nietylko na tworzeniu się wrzodów, jak to dawniej przypuszczano, lub na wydzielaniu się szczególnego rodzaju wysięku, ile na występowaniu oddzielnych gruzłów, które ostatecznie dopiero przechodzą w owrzodzenie. Niezależnie od tworzenia się ich czyto na błonach śluzowych nosa (właściwa nosacizna), czytż w gruczołach limfatycznych i na skórze (tylczak), lub w płucach (nosacizna płucna), wszędzie na szczycie ich rozwoju Virchow znajdował skład ich następujący: miazga jednolita (*homogene Masse*), koloru żółto-białego, sucha, dosyć twarda i krucha, podobna do twarogu, tworząca na błonach śluzowych nosa drobne gruzełki, wielkości prosa lub grochu; na skórze zaś w tylczaku nawarstwienia twarogowatej miazgi. W samej rzeczy istota takowa nadzwyczaj jest podobna do miazgi gruzliczej tak, że, jeżeli tworzenie się gruzełka spoczywa na tak zw. strupieszeniu niedokrwiątym (*anämische Necrose*), jak utrzymuje Virchow (1), to, wspólnie z p. Dupuy, musimy uznać podobieństwo pomiędzy tworami nosacizny a gruzełkiem. Badania drobnowidowe wykazują jak w gruzełku, tak i tutaj, obecność w tworze chorobowym miazgi bezkształtnej, ziarnistej, kruchej, w której można rozpoznać mniejszą lub większą ilość niezankłych jeszcze komórek, następnie włókna, wiele drobnutkich kulek tłuszczu: czyli, jednym słowem, ten sam rozpad (*detritus*), który zwykle znajdujemy przy twarogowatej czyli gruzliczej przemianie rozmaitych tkanek. W gruzłach tych właściwie prawdziwego wysięku nie widzimy. Na błonie śluzowej nosa z początku spostrzegamy mniej więcej mocny niezyt w sąsiedztwie gruzłów, który jest przyczyną wydzielania się śluzu w znacznej ilości. Podobnież w gruczołach limfatycznych, w miazdrze skóry tworzy się naj-

(1) W m. wsk., str. 407.

przód obrzmienie surowicze (*ödematöse Anschwellung*), a w największej ilości wysięk tworzy się w płucach. W mięszu bowiem takowych tworzy się wielka ilość gruzełków, po większej części na obwodzie powleczonej warstwami wysięku opłucnego, włókniastego, gdy jednocześnie pozostały miąższ płuc jest w stanie zwątrobienia (*rotzige Pneumonie*). Tworzenie się tych małych gruzełków w płucach szczególnie ma miejsce przy przebiegu powolnym choroby. Takowe głównie znajdujemy pod opłucną i na dolnym brzegu; składają się one z gromady pęcherzyków (*Alveolen*), wypełnionych komórkami (1). Często widzimy zjednoczenie się wielu takich gruzełków; z drugiej strony znajdują się niekiedy jednocześnie i większe, wychodzące z jednego punktu promieniami w skutek pęknięcia drobnych naczyń bywają zabarwione na czerwono, niekiedy znów widzimy je mniej lub więcej zziarnione (*granulirte Tuberkeln*), lub zupełnie stłuczone. W wyjątkowych razach jednocześnie na wielu punktach następuje przemiana takowych w płyn ropny; zmianę tę spostrzegamy w więcej ostrym przebiegu choroby. Cała sprawa chorobowa przebiega przy wyraźnie zapalnych oznakach. Przyczyną tworzenia się gruzełków jest miejscowe zakażenie jadem (*infectio*) tkanki płuca, zaraza zaś wniesiona zostaje przez płuca.

Widziemy z powyższego opisu zmian w płucach spostrzeganym, że zarówno tyłczak, jak nosacizna, mają rażące podobieństwo z gruźlicą tak ze zmian w budowie, jakoteż z własności przyczyn warunkujących, które ostatecznie pociągają za sobą ogólne osłabienie ustroju z nadczułością układu chłoniczego (limfatycznego) w wysokim stopniu rozwiniętą, do czego dodać należy całkiem powolny przebieg choroby. Z drugiej strony ponieważ gruźlica jest i koniom właściwą i niezaraźliwą, gdy rzeez przeciwnie ma się z tyłczakiem i nosacizną: przeto Virchow twierdzi, że, jakkolwiek obie te choroby przedstawiają najzupełniejsze podobieństwo z gruźlicą, to jednak noszą na sobie cechy wyłączości i swoistości.

(1) Roloff: Die Rotzknoten in den Lungen. (Magazin f. Thierheilkunde 1864. 357—374. Centralbl. f. d. med. Wiss. N. 42; — October).

U bydła rogatego, owiec, trzody chlewnój (rzadko u koni) okazuje się czasami epizoocya, cechująca się zjawiskami zajęcia różowatego błony śluzowej paszczy, obok tworzenia się w niej jednoczesnego wysypki pęcherzykowatęj, jak również na nogach, w okolicy kopyt, a u krów na wymionach. Chorobą tą jest t. zw. **zaraza pyska i racie**, czyli **pleśniawica**, *aphthae epizooticae*, *paronychia epizoot.*, *bullae epizoot.*, *febris uphthosa s. bullosa contagiosa*; zwana też zarazą pyskową (jeśli jest tylko cierpienie paszczy), albo zarazą racie (jeśli wysypka jest tylko w okolicy racie). Cierpienie to w rozlicznych swoich postaciach dotyka wszystkie nasze zwierzęta domowe, nie wyłączając drobiu, czasami i dziczyznę; może się również udzielać człowiekowi.

Choroba ta jest jedną z najdawniejszych na naszym łądzie, Podobnie, jak i inne epizoocye. przebiega często na ogromnej przestrzeni ziemi, jak np. od morza Kaspijskiego do oceanu Atlantyckiego, a przytęm po większej części idęc ze wschodu na zachód i trzymając się kierunku rzek i dolin. Epizoocye tęj zarazy wydarzały się wielokrotnie w Europie w rozmaitych czasach. I tak w XVIII. wieku szczególną siłą odznaczały się epizoocye w 1714. i 1763. roku. W naszym wieku, a szczególniej przed 30 laty, choroba ta była bardzo rozpowszechnioną w Europie; obecnie nawet bynajmniej nie przestaje się pojawiać, a lubo nie zawsze występuje na wielkiej przestrzeni, to jednak panuje corocznie. W latach 1833, 1834, 1838., 1839., jakotęż w 1842. i 1846., siła jęj była bardzo znaczną; dodamy, że w całym XIX. wieku charakter wysypkowy jest panującym w całym obszarze wszystkich chorób.

Przyczyny dokładnie nie są wiadome. Różnica umiejscowienia sprawy chorobnej zależy prawdopodobnie od właściwości kaźdęj epizoocyi: zauważano bowiem, że podczas jednych epizoocyj wszystkie zwierzęta zachorowują tylko na zarazę pyskowa, podczas innych znów na chorobę racie. Co do pochodzenia choroby. to sądzą, że takowa powstaje tak w skutek oddzielnego zaduchu (miazmatu), jakotęż i wyłącznego przyrzutu (*contagium*) których warunki (atmosferyczne lub telluryczne) nie są nam znane, Choroba, raz rozwinięta w skutku za-

duchu, może się dalej rozszerzać w skutek przyrzutu czyli zarazku (jakkolwiek siła zarażliwości nie jest wielką). Zarazek ten należy do rzędu stałych, (*c. fixum*), zawiera się głównie w płynie pęcherzyków, chociaż krew, mleko i inne wydzieliny mniej lub więcej są zarażające. Zараżenie najczęściej następuje przez dotknięcie się, t. j. bezpośrednio, udzielać się może również przenośnie, szczególnie zaś, przez używanie na pokarm mięsa, a jeszcze więcej mleka zwierząt chorych. Pierwsze oznaki po nastąpieniu zarażenia się okazują się bardzo prędko, co przypomina nam trochę wąglik, z którym choroba ta ma wiele analogii. Zaraza raz nabyta nie niszczy zdolności do powtórnego przyjęcia takowej, jakkolwiek takową na długi czas usuwa. Wiele doświadczeń było przedsięwziętych w celu przekonania się o zarażliwości zarazy pyska i racic i wysypki u krów na wymionach. Fakt pojawiania się pleśniawek w ustach u dzieci w skutek używania na pokarm mleka niegotowanego jest powszechnie i oddawna znanym. Mniej liczne są przykłady wysypki między palcami u człowieka. Obecnie jest rzeczą dowiedzioną, że choroba ta udziela się człowiekowi czyto przez dotknięcie się do chorego zwierzęcia, czytóż przez mleko. Profesor Hertwig z dwoma innymi lekarzami postanowili sprawdzić fakt ten na sobie, pijąc przez kilka dni mleko od krów mających wysypkę na wymionach. Już na drugi dzień poczuł on lekkie gorączkowe objawy, ból głowy, dreszcze, suchość w ustach i swędzenie pomiędzy palcami u rąk. W ciągu trzech następnych dni okazało się spuchnięcie błony śluzowej jamy ust i języka, a wkrótce ukazały się i pęcherzyki (*aphthae*), które, powiększając się w przeciągu kilku następnych dni, pękły, pozostawiając po sobie ciemnoczerwone plamy, które następnie powolnie zniknęły. Podobna wysypka objawiła się i na palcach rąk. U dwóch towarzyszy Hertwiga wysypka ograniczyła się na jamie ust. Doświadczenie to znakomitego weterynarza, znanego z sumiennych badań i postrzeżeń, stanowczo przemawia za zarażliwością powyższej zarazy. Gotowane mleko traci w sobie własności zarazy; przynajmniej dotychczas nie znamy ani jednego wydarzenia podobnego rodzaju. W ogóle dla zarażenia się potrzebną jest znaczna ilość mleka; wyjątek

jednak, ma się rozumieć, stanowią dzieci, zarażające się daleko prędzej. Masło i séry przyrządzane z takiego mléka rzadko są zarażające.

Najbliższej przyczyny pleśniawicy, jak innych zadusznie-zaraźliwych chorób, trzeba szukać w szczególnym stanie składu krwi, zmienionego przez działanie zaduchu (*miasma*). Waldinger upatruje rodzaj podobieństwa między tą chorobą a karbunkiem, poczytując pierwszą za słabszy stopień drugiej. Zdanie to o tyle zyskuje na prawdopodobieństwie, iż w miarę częstszego ukazywania się w Europie pleśniawicy wąglik stosunkowo rzadziej się objawia. Spinola przytacza przykład, gdzie z 80 chorych krów 7 pozostało przy życiu; w następnym jednak roku z liczby téj 5 padło na karbunkuł, reszta ocalała. Niektórzy znów z weterynarzy widzą podobieństwo w téj chorobie do płonicy (szkarlatyny) człowieka, dowodząc, że ta ostatnia, zaszczipiona rogaciznie, wywołuje epizootyczną zarazę racic, a ta znów, szczepiona, przemienia się na płonicę. Zdanie to jednak nie ma żadnej podstawy, tém więcej, że płonica panuje u bydła, jako choroba niezależna, wyłączna.

Epizooeyca powyższa w 1838. roku poczęła grasować od morza Kaspijskiego, wkrótce ukazała się w Polsce i w Niemczech, gdzie w przeciągu miesiąca stała się powszechną w całym kraju. W 1839. r. panowała we Francyi, a w 1840. widziano ją w Anglii. Pędzone bydło najczęściej roznosi zarazę, a szczególnie hurty świń. Zwierzęta te do Niemiec najwięcej są dostarczane z Węgier i z Podola, dla tego téż zaraza dostaje się do Niemiec z tych krain, w kierunku ze wschodu na zachód. Przeciwnie przy pędzeniu takowych z zachodu choroba rozprzestrzenia się również w tym kierunku, tak, że miejsca, w których epizooeyca raz już panowała przy posuwaniu się jój w powyższym kierunku, powtórnie przez nią bywają dotknięte w skutku zarazy (t. z. droga powrotu). Między domowym drobiem choroba bardzo często przebiega z nadzwyczajną szybkością, przewyższającą o wiele przebieg wąglika.

Korzyści, osiągnane przez szczepienie, zależą na pierwszym ukończeniu epizooeyi, jakotéż na łagodnym jój przebiegu. Zauważono, że rozmaite sprawy błonicowe (dyfterytyczne) u dzie-

ci, w jamie ust pojawiające się, często przypadają równocześnie z epizootycznymi pleśniawkami u krów. Mléko podobnych zwierząt szczególnie wówczas jest szkodliwém, kiedy epizoocya powyższa panuje jednocześnie z karbunkulem u bydła, Bezpośrednia zaraza u ludzi najczęściej następuje w skutek przeniesienia śliny chorych zwierząt na rozmaite narządy organizmu. Hildebrand spostrzegał w skutku tego pleśniawicę u ludzi na błonach śluzowych jamy ust, spojówki (*conjunctiva*), wysypkę zbliżającą się do bąblicy (*pemphigus*) na skórze, a nawet wągliki. Nozéron przytacza przypadek, w którym pewna kobieta w celu wyssania mléka ze swoich piersi użyła do tego cielęcia chorego; w skutek czego w krótkce objawiła się u niej sprawa zapalna, która przeszła w stwardnienie, wymagające ostatecznie wyłuszczenia całej piersi.

(Dokończenie nastąpi)

O EPIDEMII W St. PETERSBURGU.

Napisał **Dr. EBOROWICZ.**

Sądzę, że nie będzie bezkorzyści zebrać wszystkie dane dotyczące téj strasznej i tak dziwnej choroby; otóż z zestawień licznych artykułów pomieszczonych w różnych dziennikach tak niemieckich i francuzkich, jakoteż i krajowych, opisujących chorobę po dziś dzień grasującą w St Petersburgu, podaje publiczności lekarskiej, com się wywiedział i wyczytał o nagminnie panującej niemocy w pomienioném mieście.

W każdym razie nie jest ona dżumą (*pestis*), jak z początku niektóre dzienniki głosiły, ani durzycą wysypkową (*febris typhoidea exanthematica*); ale jest chorobą odrębną, właściwą, która już panowała nagminnie w niektórych okolicach Europy, a szczególnie w Irlandyi i Szkocyi, a przez lekarzy angielskich i francuzkich opisaną jako *relapsing fever, fièvre*

à rechute, to jest gorączka powrotna (1). W nrze 53. roku zeszłego dziennika *Berliner klinische Wochenschrift* znajdujemy pobieżną wzmianką z podpisem profesora Botkina o epidemii panującej w St. Petersburgu, ale z powodu małej liczby przypadków w niej zamieszczonych nie można było stanowczo orzec o charakterze pomienionej choroby. Od tego czasu liczne i coraz więcej pomnażające się przypadki obudziły piśmiennictwo lekarskie. I tak dr. Hermann opisał gorączkę powrotną, opierając się na przeszło 700 przypadkach (2), zgodnie zresztą ze spostrzeżeniami profesora Botkina; treść artykułu dra Hermann'a podaję w niniejszém (3).

Gorączka powrotna żółciowa pojawiła się w łecie roku 1864. w St. Petersburgu. Pierwsze spostrzeżenia dr. Hermann'a ze szpitalu Obuchowskiego pochodzą z miesiąca sierpnia t. r.; od tego czasu zaczynają się pojawiać coraz liczniejsze, a zawsze zgodne spostrzeżenia. W każdym razie w tej postaci jest ona straszną, albowiem dużo ofiar wtrąca do grobu.

Cały obraz choroby przedstawia się w dwóch, rzadziej w trzech napadach gorączkowych, oddzielonych od siebie wyraźnemi zwolnieniami. W chwili, kiedy ustaje napad, zwalnia także i gorączka. Sprawa chorobowa umiejscowia się naj-

(1) *Relapsing fever*, zwana niekiedy *five days fever*, *seven days fever*, *fièvre de cinq jours*, *fièvre de sept jours*, *mild yellow fever*, *fièvre jaune bénigne*, grasując w Dublinie r. 1739., zwróciła na się po raz pierwszy uwagę lekarzy. W r. 1817. i 1818. panowała w Edynburgu i opisaną była przez drów Welsch i Christison. Następnie w latach 1842. i 1843. pojawiła się powtórnie w tém samym mieście, a wtedy już jako choroba swoista, odrębna spostrzegana, opisaną została przez pp. Mackenzie, Cormack, Craigie i wielu innych. Pojawiła się w Londynie roku 1847. i opisana starannie przez dra Jenner, którą odróżnił od tak zwanéj *typhus fever*, jakoteż i od *febris typhoidea*, z którą łącznie panuje (Zob. *British and Foreign Medico-Chirurgial Review*, June 1851.) Wczacie oblężenia Sebastopola dr. Tolozan zwrócił na nią uwagę, a następnie starannie opisał.

(2) *Die febris recurrens in St. Petersburg; Beobachtungen aus dem Obuchoffschen Hospitale* (Petersb. med. Zeitschr. 1865. 1 — 29.).

(3) *Centralblatt für medicinische Wissenschaften* Nr. 25. 1865. r.

części w śledzionie, która przybiera duże rozmiary, następnie zaś w narządzie żółciowym. Napada nagle, już dreszczami gwałtownymi, już zimnem przebiegającym po członkach. Następnie przystępują: ból głowy, pragnienie, brak łaknienia, wymioty i upadek sił. Do tych objawów przyłączają się rozwolnienie, lub zaparcie stolca. Łamanie po kościach, bole w mięśniach i stawach, jakby gośćcowe, przystępują niekiedy w tym okresie, aby już więcej nie opuścić chorego przez cały przebieg choroby.

Po uprzedniczych zjawiskach, zwykle dobę całą trwających, występują zjawiska właściwe chorobowe. Twarz rysów zmienionych, zaogniona; często już dnia 3go, niekiedy dopiero 4go, żółcieje. Ból głowy bywa mocny; skóra sucha, gorąca, niekiedy jednak wilgotna. Ciepłota dochodzi do 39, 40 a nawet do 41 stopni C.; liczba oddechów 20 do 22 na minutę. Często brzuch bywa wzdęty; wątroba nieco zwiększona, a zawsze śledziona. Mocne pragnienie, brak łaknienia; stolce zwykle płynne, obfite, jasno żółte. Mocz wydziela się skąpo, z odczynem kwaśnym, zawiera kiedy niekiedy białko; ciężar wł. 1,016 do 1024, w zwolnieniach schodzi od 1,009 do 1,007. Bole w mięśniach ciągłe, osłabienie wielkie, odrętwienie. Tętno zaraz z samego początku uderza od 100 do 120 razy na minutę, w dalszym zaś ciągu choroby od 100 do 140. Bredzenie, bezsenność, niekiedy majaczenie. Stan powyższy trwa przecięciowo dni 7, (4 dni najmniej, 10 najdłużej); następnie w chwili, kiedy wszystkie zjawiska doszły do najwyższego szczytu, nagle zwalniają, ustępują, najczęściej po obfitych potach; poczem następuje jakby uczucie dobrego mienia się. Chory słaby i bezkrwisty wchodzi, zdaje się, jakby w ozdrowienie, najczęściej zwodnicze, albowiem w 4 do 10 dni po ustąpieniu pierwszego napadu przystępuje nagle, bez żadnej widocznej przyczyny, nowy napad ze swemi właściwemi zjawiskami, jednak w mniejszym natężeniu. Takie dwa napady stanowią zwykle całą chorobę; widywano jednak podobne napady po 2 do 3 razy się powtarzające.

W przypadkach gwałtownych śmierć następuje w pierwszym napadzie. Upadek sił znaczny, obrzmienie surowicze

ogólne, majaczenie, później śpiączka, zapowiadają blizką śmierć. Widziano drgawki raz jeden.

Taki jest przykład najprostszy gorączki powrotnej; co się postaci żółciowej dotyczy (*febris recurrens biliosa*), ta się odznacza bardziej uwydatnionemi zjawiskami wątrobowemi. Zaczyna się od wymiotów żółciowych prawie ciągłych, żółtaczka jest wydatniejsza, zjawiska mózgowe wcześniejsze, omdlenie, krwotoki z różnych okolic: oto obraz zjawisk żółtaczki groźnej. Przepowiednia jest smutna, jednak nie należy rozpaczać, albowiem widywano, jak po śpiączce kilkodniowej i przy środkach drażniących, a szczególnie w oblewaniach zimną wodą, chorzy przychodzili do zdrowia. Zjawiska groźne, jakimi są stolce płynne czarniawe, wymioty krwawe, lub podobne do fusów od kawy, żółtaczka mocna, śpiączka, zwolnienie członków (zimnych i sinych) sprowadzają śmierć pomiędzy 10. a 12. dniem choroby.

Rozbiór szczegółowy objawów gorączkowych wydał następujące dane. Po bardzo krótkim okresie przedwstępnym, ciepłota dochodzi do 40, 41, a nawet do 42 stopni C; w rannych godzinach bywa zwolnienie od pół do 1 stopnia. W czasie wolnym od napadu ciepłota ciała jest prawidłowa, a nawet i niższa. Tętno w czasie napadu uderza od 100 do 160; w wolnym od napadu uderza 45 do 72 na minutę; tętno małe, przyspiesza się pod wpływem najmniejszego pobudzenia; nigdy nie było dwubitne (*p. dicrotus*). Okres wolny od napadów trwa od 4 do 10 dni.

Wielokrotnie i zawsze bez żadnego skutku starano się uprzeczyć napady zadawaniem siarczanu chininy. Napad kończy się nagle przełomem, najczęściej potami trwającymi 12, 24, a nawet i 36 godzin. W tym czasie tętno spada nagle ze 100, 120, do 60 albo 40 uderzeń na minutę. Ciepłota ciała spada o 1 do 4 stopni; poczem następuje bezgorączka. Rzadko chorzy przychodzą do zdrowia zwolna, stopniowo, *per lysin*, chyba że mają jakieś powikłania chorobowe.

Cechy stanowcze gorączki powrotnej stanowią: zwolnienie członków, zimno, sinica, bole gośćcowe, a nadewszystko obrzmienie śledziony, które już w 2. lub 3. dniu choroby jest widocz-

ne; obrzmienie śledziony postępuje zwolna; wymioty krwiste cechują postać żółciową.

Choroba trwa różnie, to jest od 21, 23 do 30, 40, albo 52 dni. Śmiertelność wynosiła w szpitalu Obuchowskim 10,77 na 100. Ale w postaci żółciowej ze zjawiskami mocznicowemi i cholerycznemi śmiertelność wynosiła jak 2 do 3.

Otwarcia zwłok wykazały następujące wybitniejsze zmiany: śledziona zawsze powiększona, ciężkość jęj dochodzi 3 funtów; mięsz jęj kruchy, ziarnisty, ciążka Malpighi'ego powiększone. Wątroba obrzmała, ale w mniejszym stopniu, niż śledziona. Komórki wątrobowe nieprzejrzyste, zawierające w sobie nadmierną ilość ziarenek tłuszczowych. Pęcherzyk żółciowy napełniony żółcią gęstą. Przewód żółciowy dokieszkowy czyli wspólny (*canalis choledochus*) wolny, ale ujście przy dwunastnicy, błona jęj śluzowa, jakotęż i błona śluzowa żołądka, wykazują nieżyt silny, w niektórych razach z wynacznieniem z naczyń włoskowych; błona śluzowa jelit cienkich nastrzykniona, bez najmniejszych zmian tak w kępkach Peyera, jakotęż i gruczołkach samotnych.

Zwyrodnienie tłuszczowe komórek nabłonkowych nerek jest częste. W ogóle tak ośrodek nerwowy, jak i nerwy obwodowe nie wykazują żadnych zmian. Włókna mięśniowe serca są siedliskiem zwyrodnieniu ziarnkowatemu, a mięśnie życia zwierzęcego, szczególniej ramion i łytek, zwyrodnieniu tłuszczowemu.

Choroba jest zaraźliwa; kilku lekarzy, jak i służba szpitalna, ulegli téjże. Mało ofiar zabrała w klasach średniej i wyższej, za to nadzwyczajną liczbę pomiędzy robotnikami młodemi i silnemi. Epidemia powstała podczas lata w 1864. r., (w czerwcu i lipcu), srożyła się w czasie jcsieni i zimny tegoż roku i do téj chwili panuje. Pomiedzy przyczynami, które, zdaje się, wpływały na jęj rozwinięcie, nadmienię: nagromadzenie w ciasném miejscu wielu osób, spożywanie kartofli zgnitych, chleba ze sporyszem; nadmiar napojów wyskokowych usposabia do choroby. Podczas grasującej epidemii nie było w szpitalu w oddziale klinicznym ani jednę osobę zapadłę na tyfus, albo gorączkę durzycową (Botkin).

Zdaje się, że gorączka powrotna nie była znaną w St. Petersburgu i po raz pierwszy zjawiała się w tém mieście, ale podług doniesień dr. Bernsteina z Odesy zjawiała się w ostatniem mieście w ciągu r. 1863. (*Petersburger Medicinalbote*, Nr. 29. 1864.).

Ze sprawozdania wysłanego przez ambasadora angielskiego przy dworze rosyjskim do swego rządu wyciągam jeszcze co następuje: Stan zdrowia w St. Petersburgu nie jest w ogóle tak zatrważający i śmiertelność jest mało co większą od innych lat w tym samym czasie. Dnia 15. marca 1864. r. było w szpitalach 2744 chorych; dnia 15. marca 1865. r. było 3812 chorych. Śmiertelność jednego dnia wzrosła do liczby 118; w ogóle zaś wynosiła 70 do 80 osób. Co się zaś tyczy śmierci z gorączki powrotnej, ta wynosiła w szpitalach od 25 do 30 dziennie, to jest prawie 50 na 100. Początek epidemii jedni naznaczają w miesiącu sierpniu roku 1864, drudzy zaś w miesiącu listopadzie. Dr. Iworling, lekarz gubernii Permskiej, zapewnia, iż widział 40 przypadków choroby epidemicznej podobnej do téj, którą miał sposobność widzieć w Ameryce w latach 1857. i 1858. Nigdzie nie spostrzegano dżumy tak zwanéj Syberyjskiej z dymienicami połączonej.

Z pism krajowych o niniejszój chorobie wypisuję następujące szczegóły: Panujący teraz tyfus odróżnia się od gorączek tyfoidalnych, ukazujących się w St. Petersburgu w początku jesieni i w początku wiosny, tylko wielkiem rozpowszechnieniem i siłą swych przypadków, przyczém gorączka żółciowa i w szczególności gorączka powrotna, należące do tego rzędu chorób tyfoidalnych, ukazały się w Petersburgu po raz pierwszy.

Choroby te ukazywały się przedtém w 1840 r. w Moskwie, w 1857. – 1858. r. w Nowoarchangielsku (w ruskiej Ameryce) i w 1864. r. w Odesie. Z Petersburga choroba ta teraz rozszerzyła się po wielu powiatach gubernii Petersburskiej i Nowogrodzkiej wzdłuż linii dróg żelaznych. Tyfus z plamami szczególniej był silny w guberniach Nowogrodzkiej, Penzeńskiej, Tauryckiej i Charkowskiej. Epidemia tyfoidalna była słabszą w guberniach Astrachańskiej, Witebskiej, Mińskiej,

Wołyńskiej, Włodzimierskiej, Kałużskiej, Kijowskiej, Kurskiej i Twerskiej.

Zaraźliwość panującej teraz epidemii potwierdzona została przez fakta, przyczém były dwa przypadki śmierci lekarzy; w mieszkaniach robotników choroba rozszerza się z powodu zepsutego powietrza, bezpośredniego zetknięcia się z choremi i ich ubraniem.

Choroba, rozpoczynając się w końcu sierpnia r. z, przyczém zdarzało się do 6 przypadków dziennie, rozwijała się szybko, tak, że w listopadzie liczono do 500 przypadków choroby. W końcu stycznia i początku lutego r. b. zachorowywało do 150 osób dziennie udających się do szpitali. Ogólna zaś liczba zachorowujących wynosiła przeszło 250, a nawet 300 osób. Obecnie liczba przypadków gorączki powrotnej zmniejszyła się, a w zamian ukazały się tyfus z krwawymi plamami i gorączka tyfoidalna, na którą zmienia się gorączka powrotna w drugim paroksyzmie. Teraz zachorowywa na te choroby od 100 do 150 osób dziennie. Choroba ukazuje się w dwóch kształtach: prostym i żółciowym. Przy samym początku choroby daje się uczuwać dreszcz w całym ciele, dwukrotnie lub jednokrotnie, ale długo. Po minięciu dreszczu chory słabnie, uczuwa ból głowy i pragnienie, mdłości, którym nieraz towarzyszą wymioty, i traci apetyt. Potém osłabienie zmniejsza się, a okazuje się ból w kończynach, co zresztą trwa niedługo i prędko znika. Po większej części chorzy cierpią na zatwardzenie.

Po upływie 24 godzin choroba zaczyna objawiać się wyraźniej; twarz się zmienia, rysy zapadają, skóra staje się gorącą (do 41° Cels.) i suchą, głowa ciężka i ukazuje się w niej szum, język bywa wilgotny i czerwony na końcu i na bokach. W większej części przypadków oddech jest wolny, czasem chory kaszle bez wydalania płwocin. Brzuch nie rozdyma się, ale przy dotknięciu okazuje się ból. Chory uczuwa gnecenie w lewym boku. Wątroba znacznie się powiększa, śledziona się wzdyma; uczuwa się wstręt do pokarmów i nabiera się silnego pragnienia. Wypróżnienia zwykłe, ale nie gęste. Mocz wydziela się łatwo, cokolwiek kwaśny, czasem białkawy.

Oslabienie wzmagą się, następnie powstaje zawrot głowy i chory nie może stać na nogach. Tętno, poczynając od 100, dochodzi do 130 i do 170 uderzeń na minutę. Majaczenie rzadko się zdarza.

Przypadki te trwają 4, 7, a nawet 10 dni. Potem następuje pot, napady słabną, czasem w ciągu 30 godzin, bez zmniejszenia wszakże osłabienia i drgania mięśniów.

Pozorne polepszenie zdrowia trwa kilka dni; nagle zaczyna się trzęsienie, dreszcze i ukazuje się wznowienie opisanych wyżej przypadków w ciągu kilku dni. Zresztą drugi napad bywa słabszy od pierwszego i trwa krócej od niego. Czasem chory doznaje jeszcze jednego lub dwóch słabszych napadów, które zostawiają po sobie wielkie wycieńczenie.

Powrót chorego do zdrowia odbywa się bardzo powoli.

Śmierć następuje czasem po pierwszym napadzie, przed ukazaniem się drugich dreszczów, z krwotoku w mózgu i płucach, lub z zapalenia opon mózgowych, lub też w skutek bezwładu serca; jeżeli śmierć następuje po dalszym rozwoju choroby, to chory umiera z powodu zapalenia płuc, lub ropnia w śledzionie i nerkach, z niezytu w kiszkiach, lub wodnej opuchliny. Bywały przypadki śmierci z powodu zapalenia z zakażeniem gruczołów za uszami i w pachach.

Drugą postać choroby stanowi gorączka powrotna żółciowa, wynikająca z pierwszej postaci, lub wprost ukazująca się od początku choroby. Od pierwszego dnia okazuje się stan żółtaczkowy, wymioty żółciowe, silny ból głowy, majaczenie i osłabienie. Chory zresztą nie zawsze umiera, ale powrót do zdrowia następuje nadzwyczaj powoli. Przy otwarciu zwłok pokazuje się zapalenie narządów brzusznych, szczególnie śledziony i wątroby (powiększonych w objętości), a czasem i nerek. Okazywał się także stan niezytowy błony śluzowej żołądka i kiszki, czasem przechodzący i do błony śluzowej przewodów żółciowych, stanowiący przyczynę objawów żółtaczkowych. W niektórych przypadkach dało się widzieć zapalenie płuc i krwotok w tkankach śledziony, a czasem i jej przerwanie.

Choroba ta głównie dotyka mężczyzn, a szczególnie tych, co oddają się pijaństwu.

W każdym razie nie znaleziono odpowiedniego sposobu leczenia. Zwykle, z uwzględnieniem stanu narządów brzusznych, zalecają kwasy mineralne (*elixir acid. Halleri*) i chlor. Jako środki uśmierzające przypadkowe, stosownie do miejscowych objawów, zapisują: leki przeczyszczające, strój bobrowy, kalomel, ciepłe okłady. Siarczan chininy nie zawsze dawał dobre wypadki; jednakże sprawia ulgę w cierpieniach i wzmacnia przy wyzdrowianiu (z dodatkiem żelaza).

Z początku z liczby 20 chorych na gorączkę powrotną umierał 1, poczem w czasie wzmocnienia choroby 1 umarły przypadał na 10 chorych. Największa śmiertelność przypadała na durzycę z plamami i gorączkę durzycową (1 umarły na 5 chorych, a nawet na 4). Od początku choroby do 1. lutego w St. Petersburgu umarłych było o 2000 więcej, niż w odpowiednich miesiącach roku poprzedniego. Na gorączkę powrotną i durzycę umierało dziennie od 25 do 30 osób. Najwyższa cyfra umarłych była 60. (*Dziennik Warszawski, Gazeta Polska*).

O ile sądzić można z poprzedzających opisów, zachodzi znaczne podobieństwo między chorobą, w Petersburgu panującą, a gorączką powrotną (*relapsing fever*) autorów angielskich; różnice dające się dopatrzeć zasadzają się raczej na charakterze podrzędnych objawów, które zwykle natrafiają się w epidemiach tej samej choroby, pojawiających się w różnych epokach czasu.

W końcu zestawiam dla podobieństwa z dzisiejszą epidemią opis gorączki powrotnej (*relapsing fever*) przez autorów angielskich podany, który znajdujemy w przekładzie francuskim w dziele „*Eléments de pathologie médicale* p. Requin“ (vol. 4, pag. 123).

„Wybucho nagle dreszczem; następnie silny ból głowy, bole w mięśniach i stawach, jakby gośćcowe; mocna gorączka, tętno uderza od 100 do 120 razy na minutę, skora sucha i gorąca; bredzenie, bezsenność, niekiedy majaczenie; brak łaknienia, częste gniecenie i ból żołądka, nudności i wymioty

żółciowe; brak zwykłych objawów brzusznych, jak wzdęcia, bólów w okolicach biodrowych, rozwolnienia. Często po 3 lub 4 dniach choroby skóra przybiera barwę żółtawą, która następnie ciemnieje i wtedy wymioty żółciowe są częstsze, często w przypadkach groźnych następują i krwotoki z różnych okolic, stolce płynne, czarniawe, a wymioty bywają do fusów od kawy podobne. Około 5., 6., lub 7. dnia choroby, kiedy wszystkie objawy udają się być w natężeniu, nagle po silnych potach zmniejszają się lub znikają, i tak chory przychodzi do zdrowia, co jest rzadkim przypadkiem; częściej zaś (w 19 przypadkach na 20) w 5. lub 8. dniu po zniknięciu pierwszego napadu powracają takie same objawy, jak poprzednio, ale jeszcze w większym natężeniu, czasem zaś ony są łżejsze. Takie dwa napady stanowią chorobę; widziano jednak zapadanie po 2, a nawet i po 3 razy. Gorączka powrotna jest rzadką śmiertelną; w epidemii, którą panowała w Edynburgu w roku 1842. i 1843. umierały najczęściej na nią dzieci, starcy, lub młodzież osłabiona. Otwarcie zwłok wykazywało statecznie śledzionę zwiększoną, błonę śluzową kiszek nastrzykniętą, zresztą żadnego obrażenia ani w gruczołach Peyer'a, ani w gruczołach samotnych. Dotychczas powyższą chorobę spostrzegano tylko w Anglii, w Szkocyi, w Irlandyi i w Ameryce północnej (1). Radzono bez żadnego skutku siarczan chininy dla zapobieżenia powrotowi.“

Pisane dnia 26. kwietnia 1865. r.

(1) Podług prof. Griesingera w czasie grasującej durzycy, która panowała w latach 1847. i 1848. w niektórych okolicach Szlązka. Virchow's Handbuch, Bd. 2, Abth. 2.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

POSIEDZENIA ODDZIAŁOWE.

ODDZIAŁ ANATOMII, FIZYOLOGII I NAUK PRZYRODNICZYCH.

Posiedzenie 9te, z dn. 28. czerwca 1864. r.

Przewodniczący Oddziału p. Hoyer.

I. Dar. II. Zanik ostry wątroby. III. Torbielak (*cystoma*) jajnika.
IV. Okazy drobnowidowe.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia —

I. P. Natanson ofiarował do zbiorów Towarzystwa olbrzymią kość ramieniową jakiegoś przedpotopowca, nadesłaną przez dra Jawurka z Wiskitek.

II. *Sprawozdawca* (dr. Brodowski) okazał wątrobę zmarłego temi czasy w szpitalu Ujazdowskim przy oznakach t. zw. żółtaczkę złośliwą (*icterus gravis*) żołnierza, który aż do ostatniej choroby dobrém cieszył się zdrowiem. Choroba ta z razu nie zdawała się zakrawać na niebezpieczną. Atletycznej budowy chory, którego skóra szczególnie na twarzy i tułowiu uległa dość mocnemu zabarwieniu żółtemu, uskarżał się na ogólne osłabienie, ból głowy i w dołku sercowym; język biało obłożony; gorączki żadnej. Wszystko to trwa od dni sześciu. W szpitalu w przeciągu całego tygodnia nie zaszła żadna ważniejsza zmiana, tylko osłabienie cokolwiek się zwiększyło. W dniu 8ym pobytu w szpitalu, a w 14ym choroby wszczyna się ból nader dolegliwy w prawém podżebrzu, wraz z zawrotami głowy. Dnia 15go choroby wieczorem wymioty, a w nocy majaczenie, niespokojność w wysokim stopniu (*anxietas*), tętno drobne, przyśpieszone (przeszło 100 na minutę), ciepłota ciała nieco podniesiona. W dniu 16ym rozdrażnienie (*excita-*

tio) stopniowo ustępuje miejsca przytłumieniu (*depressio*) i przyłącza się śpiączka, która 20go dnia choroby kończy się śmiercią. Wątroba tego chorego posiadała wszystkie cechy właściwe t. zw. ostremu zanikowi tego narzędzia (*atrophia hepatis acuta s. flava*): była co najmniej o połowę zmniejszona, obwisła do tego stopnia, iż w zwłokach znaleziono ją opadniętą ku tyłowi i zakrytą rozdętymi kiszkaami; ważyła tylko funtów $2\frac{3}{4}$; bardzo wietką jednak nie była, a to skutkiem poprzednio zaszłego rozrostu tkanki łącznej odstępowej (*hepatitis interstitialis chronica s. cirrhosis hepatis*), jak o tém przekonywał bardzo mały, bo w postaci nic nie znaczącego dodatku do płatu prawego przedstawiający się płat lewy, twardy, o powierzchni ziarenkowatej, jak niemniej i powierzchnia rozkroju nadmienionego płatu prawego, na której dostrzegać się dawały bardzo wyraźne biało-szarawe prążki gałązkowate, w kierunku drobnych gałązek żyły wrotnej przebiegające. Wzmiankowana powierzchnia rozkroju była koloru żółto-szafrowego, obsiana jakby drobniutkimi nalotami, przy ukośném świetle połyskującymi; budowy zrazikowej nie było na nią ani śladu. Naloty te pod drobnowidem okazały się kryształami tyrozyny, nadto wykrywał drobnowid masę drobinową, rozpadową, tu i owdzie żółto zabarwioną, jakoteż i barwnik żółci w bryłkach, znany pod nazwą bilifulwiny. *Sprawozdawca* nadmienia przytém, że wzmiankowanych nalotów nie było na powierzchni *świeżych* rozkrojów wątroby, że takowe jednak po wystawieniu tych powierzchni na działanie powietrza bardzo prędko, bo po upływie pół godziny już się zjawily i ilość ich szybko się zwiększała. Badanie drobnowidowe skrawków, branych z powierzchni świeżego rozkroju, także nie wykrywało tyrozyny. Nie znaleziono jój również w tym przypadku ani we krwi żyły wątrobowej, anitéż na ścianach tego naczynia. Nie ulega zatém wątpliwości, zdaniem *sprawozdawcy*, że tyrozyna w tym przypadku stanowiła objaw zwłokowy, z taką wszakże szybkością występujący, z jaką nie powstaje w żadnym innym stanie chorobnym wątroby, ani w stanie jój prawidłowym. W ostatku *sprawozdawca* dodaje, że i w innych narzędziach były także zboczenia, jakie pospolicie towarzyszą ostre-

mu zanikowi wątroby, a mianowicie: w płucach, obok mocnego przekrwienia, liczne i dosyć obszerne t. zw. nadzianki krwawe (*infarctus haemorrhag.*), zwłaszcza z tyłu i u dołu; w sercu i w większych naczyniach krew' płynna, ciemno-wisniowa; w żołądku kilka uncyj płynu do fusów kawy podobnego, obok zmian właściwych średniemu stopniowi zapalenia żołądka; w mózgowiu nic godnego uwagi.

III. Następnie *sprawozdawca* przedstawił torbielak (*kystoma*) jajnika, wyłuszczone przed kilką dniami przez kol. Głisczyńskiego. Nowotwór ten był bardzo znacznej objętości, zawierał przeszło 8 funtów płynu wodnisteo, ciemno-brunatnego, który wypuszczono podczas operacyi, miał postać mniej więcej kulistą. Na jego powierzchni znajdowały się dość liczne wypuklenia rozmaitej wielkości, od objętości orzecha włoskiego do dużego jabłka, które odpowiadały mniejszym torbielom, łączącym się po większej części z wnętrzem torbieli macierzystej. Ściany w mowie będącego nowotworu były grube na $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ centimetra i składały się ze zbitęj tkanki łącznej. Na wewnętrznej ich powierzchni znajdowały się skupione w kilku miejscach dość liczne niewielkie twory brodawkowate, także z dosyć zbitęj tkanki łącznej złożone (*fibroma papillure*), w naczynia obfite. Niektóre z tych brodawek posiadały wewnątrz jamki zawierające płyn surowiczy przeźroczysty.

IV. Przy końcu posiedzenia p. Seifman pokazywał pod drobnowidem włosniki (*trichinae*) tak mięśniowe, jak kiszkowe, *sprawozdawca* zaś tyrozynę.

Posiedzenie 10te, dnia 30. sierpnia 1864. r.

Przewodniczący Oddziału p. Hoyer.

I. Budowa początków przewodów żółciowych. II. Okazy drobnowidowe nastrzykane.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z posiedzenia poprzedzającego—

I. *Przewodniczący* okazał pod drobnowidem nastrzykane przez siebie początki przewodów żółciowych, przedstawiają-

cych się w postaci sieci znajdującej się wewnątrz zrazików wątroby, przyczém nadmienić, że podobna siatka była już dostrzeżoną wewnątrz zrazików wątroby przez Schmidta, Budgete'go i innych i poczytywaną przez nich także za początki przewodów żółciowych, Reichert zaś utrzymywał, że to są naczynia limfatyczne. Ostatniemi czasy Andrejewic, pracując pod okiem Brücke'go, otrzymał za pośrednictwem nastrzykiwania w przewody żółciowe taką samą sieć wewnątrz-zrazikową i także uważa ją za początek przewodów żółciowych. Wzmiankowana siatka tém się różni od sieci naczyniowej, że beleczi ostatniej grubsze są od beleczek tamtej; obie te sieci wzajemnie się przeplatają. Dotychczas nie ma jeszcze pewności, czy te najdrobniejsze wewnątrz-zrazikowe przewody mają własne ścianki, czytéż na utworzenie ich składają się komórki wątrobowe. Schmidt był zdania, że przewody te mają własne ścianki i utrzymywał nawet, że widział w nich jądra. A chociaż kol. Hoyer ani Andrejewic nigdy nie widzieli w nich podwójnych obrysów (konturów), jakby tego w razie obecności ścian pomienionych spodziewać się wypadało; z drugiej jednak strony okrągły kształt światła w mowie będących przewodów i ta okoliczność, że się napotyka niekiedy na przewody te porzrucane w związku z komórkami wątrobianemi, zdają się przemawiać za obecnością w nich ścian własnych.

II. P. Hoyer okazywał nadto nastrzyknięte przez się naczynia włosowate wątroby wraz z gałązkami między-i wewnątrz-zrazikowemi, naczynia krwionośne nerek, płuc, błony śluzowej kiszek, mięśni, gruczołów limfatycznych, naczynia limfatyczne strzępków kiszek (*villi*), i t. d.

Posiedzenie 11te, z dnia 27. września 1864.

Przewodniczący p. Hoyer.

I. O budowie ciałek Paciniego, rogówki i t. d. II. O tonach mięśniowych.

Protokół ostatniego posiedzenia z powodu nieobecności *sprawozdawcy* nie był odczytany.

I. P. Hoyer w dalszym ciągu doniesień o swych poszukiwaniach w przedmiocie budowy histologicznej niektórych tworów tkanki łącznej, do nabłonka podobieństwo mających, wspomniał najprzód o krytyce prof. Reichert'a i jego asystenta Hartman'a, którzy uwydatnione przez saletran srebra kontury komórek nabłonkowych uważają za sztucznie tworzący się osadz ziarek srebra; a następnie przytoczył pracę Harpeck'a, który luki w tkance rogówki przez v. Recklinghausen'a opisane uważa za utwory sztuczne, powstające wskutek popekania tkanki, saletranem srebra napojonej.

Następnie, popierając swe słowa okazami drobnowidowemi, p. H. mówił o dalszych swych spostrzeżeniach w tym kierunku czynionych, a mianowicie nad budową ścięgien i rogówki. Gdy, potrzymawszy ścięgno żaby nad parą wodną, zetrzemy z niego nabłonek i w ten sposób ogołocone włożymy w roztwór saletranu srebra: w skrawkach tak otrzymanego preparatu okażą się komórki płaskie, okrągłe (leżące więc pod nabłonkiem), a między nimi istota międzykomórkowa; w innych zaś miejscach komórki bardziej gwiazdkowate i przedstawiające obraz podobny do rogówki. Komórki, będąc otoczone puszkami sprężystymi, tworzą razem z istotą międzykomórkową oddzielną sprężystą pochwę ścięgna. W tej pochwie ścięgien znalazł p. H. naczynia, o których w pierwszej chwili sądził, że to są naczynia limfatyczne, miejscami rozszerzone, wystające nabłonkiem; ale później przekonał się, że są to rzeczywiste naczynia krwionośne.

Z poszukiwań swych p. H. wyprowadza ten ogólny wniosek, że w tkance łącznej istnieją odstępki wypełnione komórkami płaskimi (w rogówce gwiazdowatymi), których obrysy stają się wyraźnymi za pomocą saletranu srebra. Podobne obrazy znalazł p. H. pod pochwę (*neurilema*) cienkich nerwów. Warstwy istoty międzykomórkowej są więc poprzedzielane odstępami, które w pewnych warunkach mogą się powiększyć, np. w ciałkach Paciniego (gdzie stanowią owe odstępki między warstwami współśrodkowemi), albo w stanach chorobnych, np. przy wodnicy (*oedema*), a komórki zawarte w tych odstępach okrywać będą w takim razie powierzchnią otaczają-

cěj tkanki i przyjmą formę podobną do nabłonków. Odstępy te stanowią prawdopodobnie tak zwane „*Lymphraeume*“ Ludwiga i Tomsa'ego.

P. Natanson przy těj sposobności wspomniął o ciągłym ruchu i przemianach komórek zawartych w tych odstępach tkanki łącznej, przechodzących przez stopniowe przemiany w tkaniny limfy, i rzucił myśl, czyby płyny farbowane wpuszczane w tkankę łączną nie ułatwiły badania tych stosunków.

P. Hoyer nadmienił, że doświadczenia tego rodzaju były robione.

II. W końcu posiedzenia p. Szokalski mówił o tonach mięśniowych, na które w ostatnich czasach znów zwrócił uwagę Volkman. Spozstrzegał on te tony przy stetanizowaniu mięśnia okrężnego powieki: najniższy słyszalny ton w ten sposób otrzymany ma 32 wibracyj, można go podnieść przez silniejsze stetanizowanie mięśnia, a dźwiękiem swym podobny jest do szmeru młoteczka maszyny indukcyjnej.

Posiedzenie 12te, z dnia 29. listopada 1864. r.

Przewodniczący p. Hoyer.

I. Działanie kwasu karbolowego. II. Nowy fotometr. III. *Paragenia* światła. IV. Sfygmograf Mareya.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z posiedzenia poprzedzającego —

I P. Chomętowski odczytał o własnościach kwasu karbolowego i używaniu tegoż w celach lekarskich, przyczém głównie kładł nacisk na to, że kw. karbolowy okazał się bardzo pożytecznym w wielu chorobach skóry, jak *eczema*, *psoriasis* i t. p., a nadto najdzielniejszym i najtańszym ze wszystkich środków odwiezających (*désinfectants*).

II. P. Szokalski przedstawił swego pomysłu przyrząd do mierzenia w siatkówce wrażliwości na światło. Przyrząd taki, zdaniem kol. Szok., może oddać wielkie usługi lekarzowi

trudniącemu się oftalmiatryą; wiadomo bowiem, że w wielu chorobach ocznych, jak np. w kurzej ślepcie, w zapaleniu tęczówki barwnistém (*retinitis pigmentosa*) i t. p., wzmiankowana wrażliwość siatkówki na światło jest zmniejszona: otóż lekarzowi może wiele zależeć na tém, aby wiedzieć stopień tego zmniejszenia w rozmaitych okresach choroby i leczenia. Przyrząd p. Szokalskiego składa się z rury walcowatej i wkładających się do niej jedno na drugie szkielec ciemnych wypukło-wklęsłych, jednostajnej grubości. Ilość szkielec potrzebnych do zupełnego zakrycia światła zwyczajnej świecy stearynowej służy za miarę w mowie będącej wrażliwości. Dla oka kol. Szokalskiego 10 takich szkielec zakrywa najzupełniej światło świecy.

P. N a t a n s o n znajduje fotometr kol. Szokalskiego niedokładnym pod tym względem, że szkielec są za grube, a zatem stopniowanie zasłaniania światła nie jest tak delikatne, jakby żądać należało dla osiągnięcia powyższych celów. Sądzi nadto, że takie stopniowanie lepiej dałoby się uskutecznić za pośrednictwem dwóch prostokątnych graniastosłupów trójkątnych (pryzm), także ze szkielec ciemnego, stykających się z sobą powierzchniami przeciwprostokątnymi i posuwających się w kierunku tych powierzchni. Chodzi tylko o wynalezienie mechanizmu, za pomocą którego to przesuwanie odbywałoby się mogło.

III. Poczém p. N a t a n s o n udzielił wiadomość o nowych spostrzeżeniach dotyczących t. zw. paragenii światła.

IV. W końcu posiedzenia *przewodniczący* (p. Hoyer) okazał sfigmograf Mareya, oraz używanie tego narzędzia; przyczém nadmienił, że Marey za pośrednictwem swego sfigmografu dowiódł, że zwyczajne (normalne) tętno jest dwubitnym (*pulsus dicrotus*).

Posiedzenie 13te, z dnia 22. grudnia 1864. r.

Przewodniczący Oddziału p. Hoyer.

I. Zjazd oftalmologów (o wspólném umiejscowieniu środka ruchu gałki oka i skrzyżowania linii kierunkowych). II. Płod zeschnięty. III. *Aneurysma dissecans aortae ascend.*

Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia—

I. P. Szokalski zdał sprawę z czynności zjazdu oftalmologów, który się odbył ostatnimi czasy w Heidelbergu, zwracając szczególną uwagę na doświadczenia p. Giraud-Teulon, dowodzące wspólnego umiejscowienia środka ruchu gałki oka, oraz punktu skrzyżowania linii kierunkowych.

„Rozróżniamy w oku (są słowa kol. Szokalskiego) dwa nader ważne punkta pod względem fizyologicznym: środek ruchu gałki, który przypada w środku jęj kulistości, oraz punkt skrzyżowania linii kierunkowych, który, stosownie do wyrachowań dawniejszych Listinga i nowszych Helmholtza, ma leżęć w okolicy tylnej ściany soczewki, a zatem znacznie bliżęć ku przodowi od poprzedzającego.

„Nie brakło już dawnieję na porozumieniach, iż oba te punkta padają w jednym miejscu, to jest w środku kulistości gałki; twierdziłem to już przed kilkunastą laty w listach moich do profesora Majera o *patrzeniu i spoglądaniu*, sądząc, że punkt skrzyżowania, który jest zarazem wierzchołkiem wszystkich kątów optycznych, powinien odpowiadać środkowi ruchu gałki ocznej, jeżeli ma istnieć harmonia pomiędzy tēm, co widzeniem a patrzeniem lub spoglądaniem nazywamy. Volkman był także tego zdania i dowiódł następującę doświadczeniem, że oba rzeczony punkta istotnie się do jednego miejsca w środku kulistości gałki odnoszą. Bierze on gałkę oczną świeżo zmarłego człowieka, najlepiej jasnego blondyna lub Albinosa, i zawiesza ją na nitce uczeponęj na jęj obwodzie równikowym tak, ażeby środek błony rogowej i plamka żółta na jednym znalazły się poziomie. Robi się to w ciemnym pokoju, a następnie, jeżeli się świecę przed błoną rogową w odległości kilkunastu stóp ustawi na tymże samym poziomie, to obrazek jęj płomienia okaże nam się przez białkówkę na tylnej części gałki, a stwierdzimy natenczas, że ów obrazek, nitka i świeca na jednej znajdują się linii. Przekonawszy się o tēm, weźmy potęm świecę i, nie poruszając zawieszzonego oka, przestawmy ją kilka stóp na bok, a zobaczymy, że i natenczas obrazek, nitka i płomień świecy na jednej znajdują się linii, co w żaden sposób miejsca mieęby nie mogło, gdyby punkt skrzyżowania leżał znacznie bliżęć od środka gałki. Nowe poszukiwania

p. Giraud-Teulon, a mianowicie krytyczne jego prace nad rachunkami niemieckich optyków, poparły dziś jeszcze więcej zdanie Volkman'a. Następujące doświadczenie, które nam uczony ten francuzki badacz na ostatniem zgromadzeniu Towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu okazał, zdaje się, ostatecznie wspólnego umiejscowienia obu wyżej wzmiankowanych punktów dowodzić. P. Giraud-Teulon używa w tym celu swego obuocznego oftalmoskopu, lecz i jednooczny zwykły oftalmoskop Jaegera może może nam tu posłużyć. Jeden lub drugi ustawia się względem spostrzeganego oka w ten sposób, iżby obrazek oświetlającej lampy wyraźnie na błonę siatkową padał; jeżeli natenczas oko spostrzegane wykonywa ruchy bezwzględnie na jaką stronę, to obrazek ów albo zupełnie stoi na miejscu, albotóż tylko nader się słabo porusza. Okoliczność ta nie mogłaby mieć miejsca, gdyby punkt skrzyżowania leżał nierównie bliżej od środka ruchu; poruszenia obrazka, które za pomocą mikrometru przed okiem spostrzeganem ustawionego łatwo mierzyć się dadzą, musiałyby koniecznie znakomicie być rozleglejsze, jak o tém za pomocą nader prostego rachunku, mając wzgląd na znajome rozmiary gałki ocznej, łatwo przekonać się można. Widziemy więc, że teoria Listinga, stwierdzona nowszemi wyrachowaniami Helmholtza, znacznie tu jest podkopana, o ile się rozsunięcia obu rzeczonych punktów dotyczy. Spodziewać się należy, że okoliczność tę nowsze poszukiwania wyświecą; nie zawadzi zaś dzisiaj zaznaczyć obecny stan kwestyi w oczekiwaniu na późniejsze wywody.

II. Poczém *sprawozdawca* (dr Brodowski) okazał uschnięty (zmumifikowany) płód, znaleziony przezeń w jamie otrzewnej podczas badania zwłok 50-letniej kobiety. Płód ten przytwierdzony był za pośrednictwem zbitej tkanki łącznej do listka otrzewnej okrywającego z tyłu pęcherz moczowy po prawej stronie, grzbiet zwrócony ku przodowi i górze, głowa zaś ku lewej stronie matki; tak głowa, jak i kończyny ułożone były w ten sposób, jak to miewa miejsce podczas prawidłowej ciąży macicznej. Długość tego płodu od wierzchołka głowy do dolnego końca tułowia wynosiła blisko 1 1/2 centim. Otrzewna w po-

bliżu żadnych zmian nie przedstawiała; jajowody były do jajników mocno przyrosłe.

III. Następnie *sprawozdawca* zwrócił uwagę kolegów na drugi okaz, z innych zwłok pochodzący, a mianowicie na aortę, pęknięcie ścian której było w tym przypadku przyczyną śmierci. Pęknięcie to, jak się okazało z badań mikroskopowych, było spowodowane stłuczeniem przeważnie pierwiastków anatomicznych wchodzących w skład błony średniej, a poczęści i błony wewnętrznej; znajdowało się ono na wypukłości części wstępującej aorty, a odbyło się, jak zwykle, w kierunku podłużnym, zajmując przestrzeń blisko 6 centim. W górnej połowie tego naruszenia całości aorty przerwane były błona wewnętrzna i do połowy średnia, wskutek czego pomiędzy warstwy ostatniej dostała się krew, z której utworzył się skrzep. Skrzep ten był już dość twardy, po części nawet odbarwiony (a więc dawniejszy), wypukłał resztę nie przerwaną ścianę na zewnątrz w postaci płaskiego guza mającego przy podstawie około 3 centim. średnicy. W dolnej zaś połowie opisywanego naruszenia całości ścian aorty uległy pęknięciu w całości obie błony, t. j. wewnętrzna i średnia; wylew krwi z razu nastąpił pod błoną zewnętrzną, która w znacznej przestrzeni oddzieloną została od średniej, a w końcu przerwała się i błona zewnętrzna, skutkiem czego powstał krwotok śmiertelny do osierdzia. Mamy jednem słowem przed sobą przepęknięty do osierdzia t. zw. *aneurysma dissecans aortae ascendentis*.

Dr. Brodowski.

POSIEDZENIA OGÓLNE.

Posiedzenie 23. (administracyjne), d. 6. grud. 1864. r.

Prezes p. Natanson.

I. Sprawdzenie listy członków. II. Ś. p. Andrzej Janikowski. III. Sprawozdanie Delegacji rachunkowej. Druk katalogu Biblioteki. Czasopisma mające być zaprenumerowanemi. IV. Oddziały Towarzystwa. V. Termin obrachunku Kasy wsparcia. VI. Wniosek do zmiany Ustawy w przedmiocie porządku dyskusyj. VII. Wybory i kandydatura.

Obecnych członków 18.

Z powodu nieobecności *sekretarza dorocznego, prezes* do prowadzenia protokołu zaprosił kol. Baranowskiego.

I. Odczytano i sprawdzono listę członków czynnych, honorowych, korespondentów i przybranych Towarzystwa; zmarli wciągu r. 1864. wykreśleni zostali ze spisu.

II. *Prezes* zawiadamia o śmierci dra Andrzeja Janikowskiego, dziekana członków Towarzystwa lekarskiego. Zacny, szanowany, pracę życia całego dał nauce; skończył jak żołnierz na posterunku, ostatnie chwile życia jego poświęcone były pracy nad reformą służby zdrowia w kraju. Pogrzeb ma nastąpić w dniu jutrzejszym; członkowie Towarzystwa niemylnie zechcą liczném zebraniem wyrazić uznanie dla zmarłego.

III. P. Grabowski odczytuje w imieniu Delegacji rachunkowej, złożonej z koll. Markusfelda, Stummera i sprawozdawcy, 1) szczegółowy opis stanu i ruchu majątku Towarzystwa z r. 1864. (1), 2) sprawozdanie z rewii-

(1) Z rachunków Towarzystwa za rok 1864. okazuje się:

a) że *przychody wynosily* rs. 1566 k. 22¹/₂, (a mianowicie: pozostałość z r. 1863. rs. 441 k. 35¹/₂, z opłat wstępnych rs. 18, ze składek kwartalnych rs. 621. od księgarza Kaufmanna za Pamiętnik lek. rs. 313 k. 47, zasiłek od Rządu na Pamiętnik lek. rs. 150, ze sprzedaży duplikatów dzieł z Biblioteki rs. 4 k. 40, za kupony od Listów Zastawnych rs. 18);

b) *rozchody wynosily* rs. 1316 k. 32, (a mianowicie wydatki gospodarcze rs. 464 k. 93, przedpłata za czasopisma rs. 135 k. 70¹/₂, kupno dzieł rs. 5, oprawa książek rs. 54 k. 89, druk Pamiętnika rs. 505 k. 79¹/₂, Redakcyi tegoż rs. 150);

c) *pozostało więc w kasie Towarzystwa na r. 1865.* rs. 249 kop. 90¹/₂.

zy rachunków Kasy wsparcia podupadłych lekarzy i 3) projekt Budżetu Towarzystwa na rok 1865.

Prezes. Odnośnie budżetu na rok 1865. podnoszę sprawę druku katalogu Biblioteki Towarzystwa. Druk kosztować ma 50 do 60 rubli, jestto kwota znaczna, wiele jednak przemawia za wydaniem katalogu. A najprzód decyzya w tém względzie już była raz zapadła w Towarzystwie. Katalogu nie wydano, bo Biblioteka nie była w porządku, w jakim dziś jest. Z drugiej strony bez katalogu z najlepszej biblioteki mało korzystać można. Druk więc katalogu, jak sądzę, jest słuszny i konieczny.

Zgromadzenie pozycyą odnośną do druku katalogu przyjmuje.

Niektórzy Członkowie przemawiają za zmniejszeniem liczby prenumerowanych pism peryodycznych lekarskich. *Prezes* odczytuje propozycyę motywowaną p. Janikowskiego. (Stanisława) dotyczącą wykreślenia pism następujących z liczby prenumerowanych: *Abeille médicale*, *Gazette médicale de Paris*, *Prager Vierteljahrschrift* i *Annales d'hygiène publique* (1).

P. Kulesza oświadcza się przeciw nazbyt sławionemu pismu *Centralblatt*, jako mało pożytecznemu.

Prezes podnosi wartość pisma zganionego przez p. Kuleszę i przemawia za utrzymaniem go w liczbie prenumerowanych.

P. Kulesza. Wciąż wzmagająca się liczba członków Towarzystwa skłonić powinna Zgromadzenie do utrzymania wszystkich pism prenumerowanych.

(1) Powody były podane następujące: 1) *L'Abeille médicale* ze wszystkich gazet lekarskich paryżskich ma najmniejszą wartość; 2) *Gazette médicale de Paris* ma kierunek przeważnie historyczny i literacki; 3) *Prager Vierteljahrschrift* w ostatnich czasach coraz mniej zaleca się artykułami oryginalnymi, główną więc wartość tego pisma stanowią wyciągi (*Analekten*), które jeszcze dokładniejsze mamy w *Schmidts Jahrbücher* i w *Centralblatt für med. Wiss.*; 4) wreszcie *Annales d'hygiène publique* jesto czasopismo specjalne, które wielu członków Towarzystwa zkađ inąd czytuje.

Sekretarz stały (p. Szokalski) zaleca ostrożność przy rozporządzaniu funduszami Towarzystwa na rok przyszły. Budżet obliczony na przyszłość, więc polegający na przypuszczeniach, zapowiada remanent; ale i ten remanent jest tylko przypuszczalny i bardzo obawiać się należy, że wydatki roczne przewyższą dochody roczne, zwłaszcza, że tak znaczny wydatek zagłosowany został, t. j. druk katalogu.

Prezes nie widzi słuszności obaw, nie dających się uzasadnić, i proponuje następnie głosowanie co do pism francuzkich: czy wszystkie mają być utrzymane? czy, i jakie mają być wykreślone?

Głosowanie rozstrzyga za utrzymaniem wszystkich pism francuzkich.

Na wniosek (na piśmie) nieobecnego *sekretarza rocznego*, *Prager Vierteljahrschrift* wykreślono z liczby pism prenumerowanych.

Podobnie wykreślono *Wiener Wochenschrift*.

Na wniosek *prezesa*, postanowiono zaprenumerować na rok przyszły *Cosmos*, jako pismo poświęcone naukom przyrodoznictw, bo takiego Towarzystwo dotychczas nie posiada.

IV. *Prezes*. Z powodu nieuczęszczanie członków Oddziału chirurgicznego na posiedzenia tegoż oddziału, stawiono pytanie, czy oddział ten ma być na dal utrzymany lub nie? Za utrzymaniem oświadczyli się piśmiennie koll. Le Brun, Chwat, Pawlikowski i inni. Pytanie to przedstawia się obecnie ogólnemu Zgromadzeniu.

Wice-prezes przemawia przeciwko istnieniu oddziałów. Pochłaniają one ważne sprawy takie, które ogólnie Towarzystwo obchodzi i które na ogólnych zebraniach wnoszone i z korzyścią rozbierane być mogą.

Prezes. Wszystko, co na oddziałach jest ważniejsze i ogólnie zajmujące, wszystko to Towarzystwo wie z protokołów czytanych na posiedzeniach ogólnych. Prócz tego ważniejsze kwestye z oddziałów mogą i powinny być wnoszone na ogólnych zebraniach. Oddziały, zapewniając możność specjalnej dyskusji, nie czynią w niczem uszczerbku ogólnym zebraniom.

Sekretarz stały. Na dziś chodzi tu tylko o Oddział chirurgiczny. Przedmioty chirurgii w samej rzeczy ogólnie interesują, a oftalmologia przypadła Oddziałowi anatomii i fizjologii. Jednakże zdania piśmiennie podane przemawiają za utrzymaniem Oddziału chirurgicznego.

P. Le Brun wnosi, aby ci, którzy pismem i podpisem wyrazili chęć utrzymania oddziału, zechcieli też chodzić na posiedzenia tegoż.

Prezes zawiadamia, że Oddział chorób umysłowych przechodzi do skutku: ośmiu członków Towarzystwa podpisanych jest, jako chcących brać udział w pracach oddziału.

V. *Sekretarz stały* wnosi, ażeby obrachunek Kasy wsparcia i Kasy Towarzystwa nie dział się jednocześnie: Kasa Towarzystwa obliczoną być winna przed posiedzeniem administracyjnym, więc przed końcem roku; Kasa wsparcia ma inny termin, który ją obowiązuje, a mianowicie miesiąc marzec.

Zgromadzenie wniosek przyjmuje.

VI. *Sekretarz stały.* Na posiedzeniach dorocznych administracyjnych wolno jest przedstawiać wnioski odnoszące się do Ustawy, mające na względzie jej objaśnienie, dopełnienie, lub rozwinięcie. Otóż wniosek tego rodzaju chcę stawić. Dyskusya w łonie Towarzystwa jest tworem nowszym, tworem ostatnich lat. Dawniej treść posiedzeń stanowiły jedynie opisy widzianego, krótko podawane spostrzeżenia, które wcale rozpraw nie wywoływały. Dyskusya, jak mówię, jest nową, dopiero się rozwija. To, co się rozwija, powinno być pielęgnowane, ale i dozоровane. Odnośnie do rozpraw, jakie obecnie są powszednie w Towarzystwie, każdy zapewne przyzna, że ony są niekiedy nie bez zarzutu. Należałoby więc dać dyskusyi nowe bezpieczeństwa przez poczynienie pewnych zastrzeżeń. Tak np. 1) że głos ma ten tylko, komu go dał *prezes*; 2) że głos w danym przedmiocie tylko dwa razy zabierać można; 3) że wreszcie prezydujący, który ma dozór nad biegiem dyskusyi, który rozprawy, wychodzące po za granice, w kierunki właściwe wprowadza, i t. d., że *prezes*, o ile sam, jako strona dyskutująca chce wystąpić, winien przewodnictwo w ręce wice-prezesa składać.

Prezes. Powołując się na § 23. Działu IV. Ustawy Towarzystwa, przypominam, iż wnioski do zmian w Ustawie przedstawione być powinny na piśmie z wyłuszczeniem powodów i oddane do ocenienia osobnemu komitetowi; przytém nadmienić muszę, że nie poczuwam się do winy za częstego zabierania głosu.

Sekretarz stały. Niech kol *prezes* słów moich nie bierze do siebie; patrzę lat 10 na rozprawy, patrzę na udział w nich wszystkich z kolei prezesów i widzę, że wszyscy tak czynili. W Akademii lekarskiej francuzkiej jest obyczaj, że prezes zawsze ustępuje z miejsca przydziałnego, ile razy chce brać udział w rozprawach jako jedna ze stron.

Prezes stawia wniosek, aby utworzony został Komitet do rozpatrzenia i następnie przedstawienia propozycji kol. *sekretarza stałego*.

(Skład Komitetu: *Sekretarz stały*, pp. Tyrchowski, Hoyer i Baranowski).

VII. Głosowanie: a) *na członka honorowego* przedstawiony uprzednio przez ś. p. Janikowskiego i *prezesa* nestor lekarzy krakowskich, p. Brodowicz, przechodzi jednomyślnie.

b) *na członków korespondentów*: p. Kulski z Radomska, znany powszechnie z kroniki naukowo-lekarskiej drukowanej w Pamiętniku Tow. lek., pp. Madurowicz, Teichmann, Piotrowski, profesorowie uniwersytetu Jagiellońskiego, i dr Oettinger w Krakowie, przechodzą jednomyślnie.

c) *na członka czynnego*: p. Janusz Ferdynand Nowakowski większością głosów.

PP. Brodowski i Baranowski przedstawiają na członka czynnego Tow. lek. p. Feliksa Sommera, załączając jego pracę naukową: „O wypłowaniu stawu łokciowego.“ (Sprawozdawca p. Chwat).

Posiedzenie 24te, dnia 20. grudnia 1864. r.

Prezes p. Natanson.

I. II. Sprawozdania. III. Kamień moczowy. IV. Odbarwianie nalewki jodowej.

Obecnych członków 17.

Prezes powitał nowego członka czynnego Towarzystwa, p. J. Ferd. Nowakowskiego.

I. P. Apte odczytał: 1) Sprawozdanie z rozprawy p. L. Mikołaja Brunera (syna) „O kwasie moczowym“ i poparł przedstawienie tegoż na członka czynnego Towarzystwa. 2) Sprawozdanie z rozprawki napisanej w rosyjskim języku przez p. Leskova o klinice położniczej w Kijowie.

II. P. J. F. Nowakowski odczytał sprawozdanie z dzieł w czeskim języku nadesłanych przez dra Wacława Stańka z Pragi czeskiej (Anatomia i Atlas anatomiczny) i wspólnie z *prezesem* przedstawił autora na członka korespondenta Towarzystwa.

III. P. Le Brun okazał kolegom kamień moczowy wielkości jaja gęsiego ważący około 11 uncyj, wydobyty po śmierci z pęcherza moczowego człowieka, który przeszło lat 30 chorował i którego obie nerki w najwyższym stopniu były przetoczone.

IV. P. Karpiński mówił o doświadczeniach swoich, z których wynika, że ślina i rosół wywierają na nalewkę jodową działanie odbarwiające w obecności boraksu.

P. Baranowski nadmienił, że doświadczenia te w niczem nie nadwierzają wartości próby za pomocą nalewki jodowej na kwas moczowy w moczu.

Prezes wspomniął o praktycznym sposobie przekonania się, czy jod zadawany choremu przechodzi w mocz. Ku temu celowi nalewa się w kieliszek mocz, a następnie kwas saletrzany po ścianach kieliszka ostrożnie, aby kwas spadł na dno. Wrzuciwszy wtedy okruszynę bułki w mocz, spostrzeżemy, że w chwili, kiedy okruszyna dotknie się warstwy powierzchniowej kwasu saletrzanego, zaniebieszczy się, jeżeli ślad zaledwie jodu

w moczu się znajduje. Dziwna, że obecność kwasu moczowego nie przeszkadza objawieniu się tego odczynu.

S. J.

ROK 1865.

Posiedzenie 1sze (wyborcze), dn. 3. stycznia 1865. r.

Prezes p. Natanson.

I. Wspomnienie zmarłych członków Towarzystwa. II. Wybory.

Obecnych członków 28.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu dwóch ostatnich posiedzeń przeszłorocznych,

I. *Prezes* doniósł kolegom o śmierci jednego z członków korespondentów Towarzystwa, dra Jana Goltza z Komarna (gub. Lubelska). Ś. p. Goltz, sędziwy wiekiem, zasługą domową i ziemiańską, życie zakończył w Warszawie.

Drugą dotkliwą stratę poniosło Towarzystwo od czasu ostatniego posiedzenia przez skon dra Jana Bęciewicza, którego wszyscy znaliśmy dawno i szanowaliśmy, a w gronie naszym przez długie lata przywykliśmy stale go widywać. Był on gorliwym członkiem naszego Towarzystwa, przez trzy lata z rządu prezesem; ostatnią wolą swoją przekazał znaczne fundusze na cele użytku powszechnego, między innymi na Kasę wsparcia podupadłych lekarzy i na rzecz Towarzystwa lekarskiego.

Z kolei *prezes* odczytał list dra Stanisława Janikowskiego donoszący o legacie uczynionym przez ojca jego, ś. p. dra Andrzeja Janikowskiego, w summie złp sześć tysięcy na rzecz Kasy wsparcia podupadłych lekarzy, wdów i sierot biednych po nich pozostałych.

II. Wreszcie *prezes* wspólnie z *sekretarzem dorocznym* przedstawił na członka honorowego Towarzystwa dra Leopolda Leo, jednego z pierwszych współredaktorów Pamiętnika lekarskiego Warszawskiego, b. redaktora czasopisma p. n. *Magazin für Natur-und Heilkunde in Polen*, mającego w nastę-

pnym tygodniu obchodzić 50-letni jubileusz zawodu praktycznego lekarskiego. W skutek balotowania dr Leo większością głosów obrany został członkiem honorowym Towarzystwa.

Następnie przystąpiono do wyborów dorocznych urzędników Towarzystwa, w skutek których obrani zostali:

prezesem p. Natanson,

wice-prezesem p. Majewski,

sekretarzem dorocznym p. Jan Braun,

bibliotekarzem p. Stanisław Janikowski,

członkami Komitetu Kasy wsparcia podupadłych lekarzy: pp. Helbich, Mianowski i Le Brun.

Nakoniec członkiem czynnym Towarzystwa p. Ludwik Mikołaj Bruner (syn), a członkiem korespondentem p. Wacław Staniek w Pradze czeskiej.

Posiedzenie 2ie, dnia 17. stycznia 1865. r.

Prezes p. Natanson.

Dzieła nadesłane. II. Oddział psychiatryczny i Komitet chorób epidem. III. Testament ś. p. Bączewicza. IV. Zmiany w Ustawie.

Obecnych członków 18.

Protokół ostatniego posiedzenia nie mógł być odczytany z powodu nieobecności byłego sekretarza rocznego.

I. Nadesłano do biblioteki Towarzystwa:

1. Wykaz Szkoły Głównej na drugie półrocze 1864. r. zawierający na wstępie rozprawę prof. Struvego „o psychologicznej zasadzie teorii poznawania.“ (Sprawozdawca p. Płaskowski).

2. Протоколы засѣданія общества морскихъ врачей въ Кронштадѣ.

3. Протоколъ годоваго засѣданія врачей восточной Сибири 26. Іюня 1864.

4. Проектъ устава вспомогательной кассы для пособія нуждающимся врачамъ и ихъ семействамъ. (Sprawozdanie z 3ch ostatnich broszur przyjął na siebie kol. Wilczkowski).

II. *Prezes* zawiadamia Towarzystwo o utworzeniu Oddziału psychiatrycznego. Oddział ten w zakresie działań swoich położył sobie za cel nie tylko wyłączne zajęcie się chorobami umysłowymi, lecz wszystkimi chorobami układu nerwowego. *Prezes* zachęca kolegów, aby chcieli być tegoż uczestnikami. Zarazem wyraża ubolewanie, że Komitet chorób epidemicznych i tym razem dla braku członków nie zebrał się. Dawniej posiedzenia tego komitetu zbierały się regularnie; teraz blisko od roku ani jedno z posiedzeń do skutku nie doszło. Ponieważ zaś posiedzenia takich komitetów wszędzie wydają najlepsze owoce, do życzeniaby było, aby takowe i u nas wznowione być mogły. Ze swój strony proponuje albo kolejne przyjmowanie komitetu u członków w domu, co, mając miejsce raz na kwartał, żadnemu z uczestników uciążliwém stać się nie może; lub też wyznaczyć raz na kwartał jedno z posiedzeń zwyczajnych Towarzystwa na odczytywanie prac Komitetu chorób epidemicznych.

P. Helbich przemawia za pierwszym wnioskiem, uważając, że zbieranie się takie kolejne kolegów u jednego przyczyni się, oprócz korzyści naukowych, do ścieśnienia węzłów koleżeńskich.

Sekretarz stały. Zgadając się na korzyści zebrania kolejnego przez kol. Helbicha przytoczonych, uważa wszelako, że pod względem naukowym zebrania te do żadnych nie doprowadzą wypadków. Dawniej Komitet chorób epidemicznych głównie złożony był z lekarzy naczelnych szpitali. Dziś lekarze naczelnicy, jedni dla licznych zatrudnień, inni dla wieku, udziału w posiedzeniach brać nie mogą. Udział ordynatorów pojedynczych szpitali nie może zastąpić obecności lekarzy naczelnych: lekarze ordynujący bowiem przy najlepszych chęciach mogą przedstawiać jedynie sprawozdania z pojedynczych oddziałów, ich nadzorowi powierzonych; ogólny pogląd na ruch chorych mogą dać tylko lekarze naczelnicy, gdyż w rękę ich wszystkie sprawozdania się skupiają. Ponieważ zaś z przyczyn wyżej przytoczonych lekarze naczelnicy na posiedzeniach komitetu obecnymi nie będą, przeto i posiedzenia te rzeczywistej wartości mieć nie mogą. *Sekretarz stały* zapytuje, czy nie lepiejby

było odnieść się z prośbą do lekarzy naczelnych, ażeby sprawozdania swoje urzędowe w odpisach Towarzystwu udzielać zechcieli.

P. Libchen uważa, że rozmaite są powody, dla których w obecnym czasie prace komitetu nie przynoszą tych owoców, co dawniej; że głównym wszelako powodem, zdaniem jego, jest ten, iż członkowie komitetu nie zbierają się u siebie kolejno, a mianowicie dla tego, że każdy z przyjmujących był obowiązany przygotować pracę, którąby kolegom mógł przedstawić. Co się zaś tyczy odpisów sprawozdań urzędowych, to kol. Libchen sądzi, że przesyłanie takowych Towarzystwu nie byłoby właściwem, gdyż sprawozdania nie mogą się wdawać w szczegóły naukowe i są zbyt ogółowo redagowane; przytrafiło się bowiem jemu samemu, że sprawozdanie takie obszernie, z uwagami naukowymi, zostało mu odesłane z nadmienieniem, że sprawozdanie tego rodzaju kwalifikuje się dla Towarzystwa lekarskiego.

Sekretarz stały obstaje przy swoim zdaniu.

Prezes uważa przesądzanie takie kwestyi za niewłaściwe. Przy obeszaniu kurendy będzie można wiedzieć, kto w posiedzeniach komitetu zechce mieć udział. Uczestnikami komitetu mogą być nie tylko lekarze naczelnicy, lecz i ordynatorowie szpitali. Co do udzielania odpisów sprawozdań, to prośbę tę lekarzom naczelnym przesłać można.

Towarzystwo przyjmuje wniosek prezesa.

III. *Prezes* następnie przedstawia Towarzystwu testament ś. p. kol. Bącewicz a, i zapytuje, czy Towarzystwo sobie życzy, aby testament ten w całości był odczytany, lub tylko punkta tyczące się zapisów, przez nieboszczyka dla Towarzystwa poczynionych.

Towarzystwo wyraża życzenie, aby cały testament odczytany został.

Sekretarz roczny odczytuje takowy. Testamentem swoim ś. p. kolega Bącewicz zapisuje na wybudowanie domu dla Towarzystwa lekarskiego złp. 150,000, dla Kasy wsparcia lekarzy podupadłych, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych złp. 50,000.

Na wniosek jednego z członków Towarzystwo po odczytaniu testamentu przez powstanie z miejsc swoich oddaje cześć pamięci zmarłego.

IV. *Sekretarz stały* odczytuje następnie sprawozdanie Komisji wyznaczonej przez Towarzystwo na przedostatniem posiedzeniu dla ocenienia wniosków jego, na témże posiedzeniu podanych, dopełniających Ustawę Towarzystwa, a mianowicie:

1. Ażeby nie wolno było nikomu więcej, niż dwa razy zabierać głos w jednej dyskusji.

2. Ażeby prezydujący nie brał czynnego udziału w rozprawach.

Komisja złożona z pp. Baranowskiego, Hoyera, Tyrchowskiego, i *sekretarza stałego*, po rozpatrzeniu wniosków wyżej przytoczonych, proponuje następujące zmiany w Ustawie:

1. aby w dopełnieniu § 2 Działu IV. zamieścić: „Prezes czuwa, ażeby przemawiający w jednym i tym samym przedmiocie nie za często głos zabierał.“

2. W § 6. Działu III. dodać: „Prezes rozdaje głosy w dyskusji, kieruje nią i streszcza ją w razie potrzeby, lecz swego nie wygłasza zdania. Jeżeli zaś sam chce w dyskusji mieć udział, zdaje przewodnictwo na vice-prezesa.“

P. Korzeniowski sądzi co do 1o wniosku, że paragraf, który dotąd istniał, jest wystarczającym, gdyż nadaje pełną władzę prezesowi.

P. Baranowski uważa, że dodatek proponowany przez Komisją jest tylko ułatwieniem zadania *prezesa*. Bez tego bowiem dodatku *prezes* nikomu głosu odmawiać nie może, na czém dyskusya uciepić musi.

P. Korzeniowski jest zdania, że dodatek proponowany nie tylko że nie ułatwi dyskusji; lecz takowej może stanąć na przeszkodzie, gdyż oddaje ją zupełnie samowolności *prezesa*. Zdaniem jego dyskusya w ten sposób tylko zyskać może, że prezes, zauważywszy, że rozprawy nad jednym przedmiotem zbyt są długie, takowe przerwać może, aby je potem znowu podjąć.

P. Helbich przemawia za stanowczém określeniem, ile razy wolno głos w jednym przedmiocie zabierać.

Prezes robi uwagę, że idzie o to tylko, aby w Ustawie był artykuł, któryby nadawał *prezesowi* prawo odebrania głosu w danym przypadku. Zdarza się bowiem, że dwóch członków prowadzi dyskusyą, która wreszcie przybiera pozor zbyt drażliwy i ostatecznie staje się osobistą, a jednakże *prezes* wedle Ustawy głosu odebrać nie może. Dodatek proponowany przez Komisją nadawałby *prezesowi* prawo odbierania głosu, a tém samém naprowadzenia dyskusyi na właściwą drogę.

P. Korzeniowski przeciwny jest temu, albowiem w danym przypadku odebranie lub udzielenie głosu zależném będzie zupełnie od samowolności prezesa, co zdaniem jego wyrodzić się może w rodzaj tyranii osobistój.

Sekretarz stały proponuje, aby w jednym przedmiocie na jedném posiedzeniu dwa razy wolno było zabierać głos.

P. Libchen jest zdania, że dwukrotne zabieranie głosu może być niedostateczne dla wyjaśnienia kwestyi i dyskusya na takim ograniczeniu ucierpieć może.

Prezes wreszcie proponuje, że, jeżeli który z członków więcej, niż trzy razy w danym przedmiocie zechce zabrać głos, aby to uczynić zależném od uznania prezesa.

Streściwszy dyskusyą, *prezes* poddaje głosowaniu wniosek Komisyi i propozycye członków, w tym przedmiocie czynione.

Towarzystwo przyjmuje wniosek Komisyi większością głosów.

Co do wniosku 2go, p. Korzeniowski powiada, że propozycja ta nie jest nową i we wszystkich stowarzyszeniach uczonych ma miejsce. *Prezes* ustępuje z miejsca swego, gdy chce zabrać głos w dłuższej dyskusyi, i oddaje przewodnictwo *vice-prezesowi*. Jeżeli zaś przemawia w celu kierowania dyskusyi i prowadzenia jój, w takim razie przewodniczyć nie przestaje.

Prezes mówi przeciwko wnioskowi, robiąc uwagę, że niepodobna, aby *prezes* nie wtrącił się do rozpraw w sposób nawiasowy.

P. Baranowski przemawia za wnioskiem Komisyi.

Sekretarz stały obstaje za tém, aby *prezes* w dyskusyi udziału brać nie mógł. Dodaje, że dyskusye Towarzystwa nie doprowadzają nigdy do wyniku, czego dopilnować właściwie jest zadaniem prezesa, któremu on zadosyć uczynić nie może, gdy sam bierze udział w rozprawach.

Prezes, odpierając powyższy zarzut, powiada, że rzeczywiście dyskusye nie doprowadzają do wyników; jednakże jest to ogólną wadą wszystkich towarzystw uczonych i inaczéj być nie może, gdyż dyskusye naukowe nie mogą ostatecznie być rozstrzygane głosowaniem, jak kwestye polityczne. Dostateczną jest dyskusya nad danym przedmiotem, która niektóre punkta wyświeca; wszelako w samej naturze rzeczy traktowanych leży, że stanowczego i ostatecznego wyroku nad niemi wydać nie można. Co do wniosku przez Komisją projektowanego, *prezes* proponuje jeżeli nie uchylenie jego, to przynajmniej zmianę w jego redakcyi, a mianowicie: „Jeżeli *prezes* zabiera głos, przewodnictwo *de facto* przechodzi na wice-prezesa.“

Sekretarz stały, zwracając mowę do tego, co wyżej powiedział, że dyskusye Towarzystwa nie doprowadzają do żadnego wyniku, powiada, że wcale nie miał na myśli, aby dyskusye naukowe ostatecznie były zamykane głosowaniem, lecz tylko, że w ciągu dyskusyi schodzi się z przedmiotu, który stanowił punkt wyjścia, tak, że koniec dyskusyi początkowi nie odpowiada, i tu właśnie jest zadanie *prezesa*, aby dyskusya nie zbaczała z należytego toru. Zadaniu zaś temu *prezes* będzie mógł tylko wtedy zadosyć uczynić, gdy nieustannie będzie zwracał baczenie na cel, do którego dyskusya ma prowadzić, co nie mogłoby mieć miejsca, gdyby *prezes* sam w niej chciał brać udział czynny.

Po rozprawach, w których przemawiają pp. Baranowski, Helbich, Płaskowski i *prezes*, Towarzystwo zgadza się na zmianę redakcyi przez prezesa proponowaną i przyjmuje wniosek Komisji w ten sposób sformułowany: „*Prezes* rozdaje głosy w dyskusyi, kieruje nią i streszcza ją w razie potrzeby. Jeżeli zaś sam chce w dyskusyi mieć udział, prawa *prezesa* przechodzą na *wice-prezesa*.“

Oprócz powyższych 2ch wniosków *sekretarz stały* w imieniu Komisji proponuje wprowadzenie następujących zwyczajów: 1. Odczytanie porządku dziennego na początku i na końcu każdego posiedzenia. 2. Ażeby wnioski nie bywały, jak dotąd, uważane za przyjęte, jeżeli nikt przeciw nim nie występuje, lecz żeby je w każdym razie oddawać pod głosowanie; a wszelkie dysputy z powodu protokołu mają pierwsze miejsce na porządku dziennym.

Pierwsze dwa wnioski Towarzystwo przyjmuje, trzeci zostaje odrzucony.

Rozprawy nad dalszemi wnioskami stawianemi przez *sekretarza stałego* Towarzystwo z przyczyny spóźnionej pory odkłada do następnego posiedzenia.

Prezes za zgodą Towarzystwa dla załatwienia czynności zalegających zwołuje posiedzenie nadzwyczajne na dzień 24. stycznia r. b.

Posiedzenie 3. (nadzwyczajne), d. 24. styczn. 1865. r.

Prezes p. Natanson.

I.—IV. Czynności administracyjne i sprawozdania. V. Wypitowanie kości piszczelowej. VI. *Psoriasis punctata*.

Obecnych członków 19.

Po odczytaniu protokołu ostatniego posiedzenia—

I. P. Libchen zapytuje, czy użycie wyrazu Pan w sprawozdaniach protokołowych jest zwyczajem od dawna przyjętym, czy téż nowo wprowadzonym. Zdaniem jego użycie wyrazu Pan jest niewłaściwe i powinno być zastąpione przez wyraz Kolega.

Prezes zdanie p. Libchena popiera i odwołuje się do Towarzystwa, aby zdanie swoje w tym względzie wyrzekło.

Towarzystwo zgadza się na to, aby na przyszłość w protokółach posiedzeń zamiast wyrazu Pan używany był wyraz Kolega.

Po czém protokół zostaje przyjęty.

II. *Sekretarz stały* przedstawia Towarzystwu dwa wnioski:

1. O utworzeniu Zarządu Towarzystwa lekarskiego, czego wymagają mnożące się czynności administracyjne rozmaitego rodzaju.

2. O postępowaniu względem członków zalegających w opłacie rat przypadających. Mianowicie co do tego ostatniego punktu proponuje, aby ten z członków, któryby przez rok cały należności nie uścił, był pozbawiony prawa brania udziału w głosowaniu i wyborach, a gdyby mimo to przez lat dwa zalegał w opłacie, aby był wykreślony z liczby członków.

Ponieważ wnioski te są zmianą mającą być wprowadzoną w Ustawę, *sekretarz stały* proponuje, aby stosownie do Ustawy takowe były oddane do rozbioru i sprawozdania osobnemu Komitetowi, który wnioski swoje pod roztrząśnienie Towarzystwa podda.

Za zgodą Towarzystwa *prezes* przeznacza na członków komitetu pp. Helbicha, Konitza, *sekretarza stałego*, Tyrchowskiego, i sam się do nich przyłącza.

III. P. Konitz odczytuje następnie sprawozdanie z rozprawy inauguralnej dra Sikorskiego: „O całkowitem wycięciu jajnika“, podanej przez antora Towarzystwu w celu przyjęcia go na członka czynnego. Kończąc sprawozdanie to, p. Konitz ze swój strony proponuje dra Sikorskiego na członka Towarzystwa; wszelako zapytuje, czy podanie inauguralnej rozprawy wystarcza i czy Ustawa nie wymaga, aby w tym celu osobna rozprawa była napisana.

P. Korzeniowski jakkolwiek nie występuje przeciwko kandydaturze doktora Sikorskiego, którego zna z jak najlepszej strony, proponuje jednakże, aby rozprawy inauguralne na przyszłość nie kwalifikowały do przyjęcia autorów na członków Towarzystwa.

Sekretarz stały powiada, że w bardzo wielu towarzystwach naukowych rozprawy inauguralne są dostateczne do przyjmowania członków. Zresztą między rozprawą a rozprawą zachodzi różnica: są prace ważne, wyczerpujące, które przechodzą granice rozprawy inauguralnej. Jeżeli Towarzystwo

uzna wartość podanej pracy, to dla tego, że jest inauguralną, nie można odmówić kandydatury autorowi.

W tenże sposób przemawia p. Tyrchowski, powiadając, że jedynie wartość naukowa podawanej pracy powinna tu być rozstrzygającą

P. Narkiewicz-Jodko mówi przeciwko temu i żąda, aby na przyjęcie członków do Towarzystwa umyślnie w tym celu przygotowane prace były podawane.

Prezes odczytuje paragraf Ustawy, dotyczący się przyjmowania członków i przerywa dalsze roztrząsania nad tym przedmiotem, ponieważ paragraf Ustawy nie zawiera nic takiego, coby wykluczało podawanie rozpraw inauguralnych. Jeżeli zaś który z członków życzy, aby zmiana w tym względzie była w Ustawie wprowadzoną, to niechaj wniosek swój na piśmie przedstawi, a Towarzystwo takowy roztrząśnie.

IV. P. Seifman odczytuje następnie obszernie sprawozdanie z rozprawy dra Malcza: „Pogląd na przyczyny, historią i rozwijanie się chorób zaraźliwych u zwierząt w stosunku do człowieka“, podanej przez autora w celu przyjęcia go na członka czynnego Towarzystwa i popiera kandydaturę.

V. P. Chwat okazuje Towarzystwu część kości piszczałowej wypiłowanej, długości 4ch cali. Przy dokonanej w roku przeszłym operacji zachowana została błona okostna. Część kości wypiłowanej zupełnie się odrodziła.

VI. W końcu posiedzenia p. Weinberg przedstawia Towarzystwu chorobę dotkniętą łuszczem kropkowanym (*psoriasis punctata*). Nie mając żadnych danych, któreby wskazywały, aby cierpienie to wynikało z przyczyn swoistych (specyficznych), p. Weinberg ma zamiar zastosować u niej przetwory arsenikowe i przedstawia chorobę przed użyciem środka, aby w późniejszym czasie Towarzystwo skuteczność jego sprawdzić mogło.

Dr J. Braun.

WIADOMOŚCI ZA KRAJOWE.

KRONIKA LEKARSKA ZAGRANICZNA.

Przez **Dra Juliana KULSKIEGO**

w Radomsku.

Treść: 1. **Paryż.** *Akademia lekarska:* Rozprawy nad udzielaniem się kiły przy szczepieniu ospy ochronnej. 2. Wpływy szkodliwe na robotników we fabrykach barw anilinowych. 3. *Akad. umiejętności:* Badanie zwojów szyjnych współczulnych w stanie prawidłowym. 4. *Tow. lekarzy szpitali:* Zanik mięśniowy postępowy. 5. Kamień oskrzelowy. 6. Torbiel włóknista, zawierający materyą ropiastą, w lewym przysionku serca; pęknięcie, przypadki durzycowe po zbez władnieniu; śmierć. 7. **Londyn.** *Tow. patologiczne:* Badanie pośmiertne przynercz w chorobie Addisona. 8. Rakowiec rogówki. *Tow. medyko-chirurgiczne:* O wyprysku (*eczema*) powiek, łącznicy i rogówki. 10. **Wiedeń.** *Tow. lekarskie:* *Melanosus tuberosa.* 11. Zwichnienie kręgów szyjnych jednostronne. 12. O życiu kurary w leczeniu padaczki. 13. **Berlin.** *Tow. lekarskie:* Omięczaku zaraźliwym (*molluscum contagiosum*). 14. O ropniach tkanki łącznej pozagardzielowych. 15. Budowa drobnowidowa ścian naczyń limfatycznych. 16. **Praga.** *Tow. lekarzy praktycznych:* Życie noworodków bez oddychania. *Nekrologia:* Gratioleta.

Dnia 10. marca 1865. r.

1. *Akademia lekarska* ma komisją ospową, która, oprócz rozpoznawania sprawozdań lekarzy od szczepienia ospy, sama szczepi ospę ochronną; prócz tego zwykle przewodniczący tój komisji, przedstawiając ministrowi lekarzy do nagród, składa sprawozdanie dotyczące ruchu szczepienia. W przeszłym roku p. Depaul odstąpił o tyle od zwyczaju, że dołączył do sprawozdania część naukową, zbierając wszystkie **przypadki udzielonej kiły (syphilis) przy szczepieniu ospy**, którą część Akademia większością głosów usunęła, pozostawia-

jąc prawo rozpraw nad tym punktem. Wszystkie posiedzenia tegoroczne wypełnione są temi rozprawami; przebaczyć mi jednakże zechce szanowny czytelnik, że dla łatwiejszego poglądu i ocenienia przedstawię pokrótce treść tego raportu p. Depaul, który zresztą jest interesującym przez zestawienie wszystkich dotychczas znanych przypadków udzielonej w ten sposób kiły. W innych bowiem częściach nie przedstawia tak co do teorii nic nowego, jakoteż i sposobów ustrzeżenia się od zaszczepienia kiły, co sam czytelnik najlepiej ocenić potrafi. Największą ilość tego rodzaju udzieleń się kiły daje nam piękna i urocza ziemia Włoch, jakby przypominając czasy pierwotnego rozpostarcia się za czasów Karola VIII. u stóp Neapolu dziesiątkującego wojska: tak i dziś możemy po Europie zebrać pojedyncze przypadki, ale takie rozszerzenie jakby epidemiczne kiły tylko ziemia kolebki Romulusa nam przedstawić potrafi. Nie będę tu wchodził w opis tego nieszczęśliwego przypadku, gdyż był on tak głośnym, że nudzić nim powtórnie nie myślę (1); biedna wioszczyna Rivalta unieśmiertelniła się tém smutném wydarzeniem; lecz przypadki od tego czasu zwróciły na się większą uwagę i w krotkiej przyszłości: zdaje mi się, spodziewać się możemy rozwiązania tego węzła Gordyjskiego, co jest właściwym owym roznosicielem przyrzutu, czy krew według p. Viennois, czy téż sama ciecz ospowa; a lekarz, który go rozetnie, położy więcéj zasług dla ludzkości, niż starożytny bohater swém śmiałym rozwiązaniem wyroczni. Zwracam się do pojedynczych przypadków. Dziecię sześćioletnie, zupełnie zdrowe i pochodzące ze zdrowych rodziców, zostaje szczepioném w Irlandyi; na miejscu zaszczepienie rozwija się wrzód potrzebujący długiego czasu do zagojenia się, następnie pojawia się wysypka ogólna trwająca kilka miesięcy, a po upływie trzech lat znajdują się jeszcze plamy miedziowate i wrzody, które dziecę nad przepaść śmierci prawie doprowadziły.—Drugi przypadek dotyczy dziewczynki trzechletniej, zupeł-

(1) Treściwy opis i zestawienie umiejętne faktu tego znajdzie szanowny czytelnik w Przeglądzie lekarskim z roku 1863. i 1864., do tego zaś tłumaczenia z angielskiego odsyłam. Porów. Pam. T. I. W., t. L., st. 73.

nie zdrowej, u której trzy miejsca nakłócia zamieniają się we wrzody głębokie z twardą podstawą i dopiero we dwa miesiące się goją, lecz w miesiąc potem pojawia się ogólna wysypka i dziecię to staje się ofiarą prawdziwego kiłowego zakażenia.—Trzeci przypadek dzieje się w Bawaryi. Dr. Hübner szczepi ośmioro dzieci materyą wziętą z ramienia dziecięcia Małgorzaty N., 29 lat liczącej. U wszystkich tych dzieci przebieg ospy ochronnej jest nieprawidłowym, w miejscu szczepienia tworzą się wrzody, następnie rozwijają się objawy kiły ogólnej, która również pojawia się w postaci lepieży (*condylomata*) u matek i nianieł tych dzieci.—Czwarty przypadek dotyczy dwóch żołnierzy marynarki szczepionych materyą z pysznej krosty żołnierza, który 3 miesiące temu chorował na wrzód kiłowy twardy. Ospa ochronna nie rozwinęła się u nich, ale w miejscu szczepienia po upływie ośmiu dni pojawia się wrzód, który po kilku tygodniach zagaja się. Jednakże w miesiąc później pojawiają objawy kiły ogólnej, która po leczeniu właściwem ustępuje.—Piąty przypadek dotyczy chorej p. Trousseau, która z powodu panującej ospy na sali zostaje szczepioną wraz z czterema innymi dziećmi, u których przebieg ospy ochronnej jest prawidłowym, a jedynie młoda chora w miesiąc potem wraca z cierpiącym barkiem, miejsca szczepienia są owrzodziałe, gruczoły podpachowe obrzmiałe, i wkrótce potem pojawia się różycy kiłowa.—Podobnego rodzaju, jak poprzednie, są przypadki p. Chassaig nac i pp. Devergie i Hérard, a na większą stopę są przypadki p. Adelasio, znowu zebrane na włoskiej ziemi.—Opuszczam szczegóły, gdyż są ony podobne do poprzednich, a rozszerzeniem przybliżają się do smutnego zdarzenia w Rivalta, wyliczanie zaś zaprowadziłoby mię po za szczupłe granice kroniki, i dla tego przechodzę do wniosków pana Depaul. Radzi on dla uniknienia tych nieszczęśliwych przypadków brać ospę ochronną tylko z czystego źródła, a mianowicie utrzymuje, że możność zarażenia zmniejsza się, biorąc ciecz ospową z dzieci starszych nad 2 lub 3 miesiące; przyczem opiera się na tądanej, że kiła dziedziczna przed tym czasem pojawiać się zwykła. Dalej kładzie nacisk na ścisłe zbadanie od stóp do głowy

dziecięcia i przeszłości rodziców, jakotóż i na to, aby przy szczepieniu unikać krwi i brać tylko samą ciecz (limfę) nie zmieszaną, w końcu przekładając igłę nad lancet, gdyż w ten sposób mniejsza ilość płynu się wprowadza i możność, a raczej prawdopodobieństwo zarażenia jest mniejsze. Nie kładzie on wysokiej wartości na ospę krowią, gdyż nie wie, czy zwierzę to wolnym jest od zarażenia kiłowego, jakotóż obawia się szczepienia innych chorób. Położywszy temi wyjątkowemi przypadkami silne miny pod dobroczynny wynalazek J e n n e r a, chce zmniejszyć złe wrażenie, ztąd pochodzące, w sprawozdaniu do ministra, powiadając, że mimo to szczepienie ospy ochronnej nie przestaje być w oczach Akademii jednym z największych dobrodziejstw ludzkości i że starać się trzeba o rozszerzenie tego daru, a cel niniejszego sprawozdania zostaje spełnionym, jeżeli wdroży przekonanie w lekarzy, że przy szczepieniu otoczyć się trzeba największemi ostrożnościami, lubo przypadki podobnego udzielenia się kiły zawsze policzyć trzeba do *najrzadszych*. Piękne zaiste słowa, ale wyglądają one w oczach zimno patrzącego na to, jak gdyby chcieć gasić ogień budowy, której połowa większa leży w płomieniach i prawie walić się zaczyna.—Projekt ten do sprawozdania, jak go Akademia nazwać chciała, doznał z wielu stron zarzutów, a pierwszym mówcą, którego osobistość najwięcej p. D e p a u l dotknął, był p. R i c o r d, który przeciw swemu zwyczajowi wystąpił z *pisaną* obroną odkrycia J e n n e r a w szranki i zwycięzko złamał kopią za tém prawdziwem dobrodziejstwem cierpiącej, a tak mocno pierwej dziesiątkowanej ospą ludzkości. W mowie téj zbija najpierw zarzut, jakoby fałszywe teorie co do zaraźliwości kiły Huntera, których tak silnie bronił, miały wpływać na lekceważenie i nakręcanie spostrzeżeń, gdyż pierwsze przypadki dra C e r i o l i pochodzą z r. 1821, a ztém z czasu przed ogłoszeniem spostrzeżeń szkoły szpitalu Południowego (1); dalej przytacza zdania wszystkich pisarzy,

(1) Jak wiadomo, w szpitalu *du Midi* w Paryżu wykładał R i c o r d; dzieło tegoż dotyczące kiły, a mianowicie co do szczepień kiły i odróżnienia wrzodu kiłowego od rzerzączki, epokę w syfiliografii stanowiące, wyszło w r. 1838.

jakotéz i odpowiedzi dane w r. 1857. komitetowi higienicznemu angielskiemu co się tyczy historii i praktyki szczepienia ospy, gdzie przeważa bezwarunkowo zdanie, że żadna choroba przez szczepienie udzieloną być nie może, a jednak wówczas przypadki Ceriolego, Hübnera i pp. Munell i Whitehead były znane. Zwraca się następnie do chorój p. Trousseau, którój zakażenie kiłowe przez szczepienie uważa za niedostatecznie wykazane i słusznie dziwi się, dla czego czworo razem z nią szczepionych dzieci nie uległo kile, gdy ona po miesiącu niebytności w szpitalu wraca zarażoną, i dla tego uważa zarażenie ospowe za bardzo prawdopodobne, ale nie za pewne. Rozbiera następnie z całą ścisłością inne przypadki, a przyjmując *możliwość udzielenia się kiły* przez szczepienie ospy, stara się dowieść, że środki ostrożności podane przez p. Depaul są niedostateczne. Gdyż nie ma większej trudności, jak przekonanie się, czy rodzice nie ulegali kiedy kile, a kres objawienia się kiły dziedzicznej uważa za zbyt krótki, tak, że szczepiąc nawet z dzieci starszych nad 3 miesiące, nie można być pewnym jeszcze, czy kiła dziedziczna następnie się nie pojawi, gdy w przypadku p. Béziers, przytoczonym przez p. Depaul, dziecię, z którego ciecz ospowa pochodziła, miało 10 miesięcy, a jednak z ospą ochronną udzieliła się kiła. Na dowód późnego pojawiania się kiły przytacza przypadki Didaya, Bertina, Capurona i innych, gdzie dopiero w kilkanaście miesięcy kiła dziedziczna się wywiązała. Twierdzenie to jest zupełnie słusznem: znam rodzię, gdzie pierwsze dziecię poronionem zostało z powodu kiły matki, następne po wyleczeniu rodziców zupełnem w ośm miesięcy dopiero uległo objawom kiłowym; czy w następnych jeszcze później się nie pojawi, twierdzić nie można, gdy nie ulega obecnie wątpliwości, że kiła dziedziczna w miarę liczby dzieci nietylko później się objawia, ale i słabnie. Sprzeciwia się dalej p. Ricord wnioskowi, żeby przy mniejszej ilości nakłóc możność zarażenia się zmniejszała, gdyż nie ilość, lecz jakość przyrzutu gra tu główną rolę. Co się zaś tyczy ostrożności, żeby samą cieczą (limfą), a nie zmieszaną ze krwią szczepić, to uważa ją za słuszną, ale nie za dowiedzioną;

gdyż nie ma najmniejszego dowodu, czy przyrzut kiłowy we krwi tylko istnieć może. (Dopóki późniejsze badania nie odśtonią nam téj grubéj pomroki, myślę, że z osoby kiłą ogólną dotkniętéj strzedz się należy każdego płynu przez ustrój wydzielonego, bo każdy może być rozносителеm kiły i nie widzę powodu, dla czego płyn krosty ospy ochronnéj nie miałyby mieć w sobie przymieszki kiły. Potrzeba tu nadzwyczajnéj oględności i kto wie, czy powrót do zdań wieku XVII, gdzie wszystkie płyny w przymiocie uważano za zaraźliwe, nie poprowadzi prędzej na prawdziwą drogę, z którój nas przedwczesne wnioski Huntera, a za nim Ricorda sprowadziły. J. K.) — W końcu zarzuca tenże, iż sam p. Depaul dotychczas nie zachowywał téj ostatnéj ostrożności, gdyż ciecz zachowana przez Akademią, a używana do szczepienia tak w Akademii, jak i przez lekarzy zaopatrywanych przez komisją w ciecz ochronną, według badania drobnowidowego p. Robin zawiera dosyć ciałek krwi. Nic zresztą nie jest łatwiejszym, jak sprawozdaniem tém odwrócić, a raczej odstraszyć ludność od szczepienia ospy ochronnéj, a z drugiéj strony narażić całe ciało lekarskie na odpowiedzialność za lekkomyślne wybieranie płynu ochronnego pomimo całej usilności w doborze. (Przypadki te, choć i przez p. Depaul policzone do *nadzwyczaj rzadkich*, policzyłbym do szczególniejszych, niewyjaśnionych, lubo prawdziwych, wnosząc z tego, jak u nas szczepienie się odbywa: znam wie, gdzie kiła jest, lub była tak rozszerzoną, że prawie nie było domu, gdzieby nie chorowali rodzice i dzieci starsze na kiłę, a jednak przez kilka lat nie zdarzyło mi się widzieć przypadku kiły przez szczepienie udzielonéj; a że szczepiący felczerzy nie wchodzi w wybór ścisły, lubo zdrowsze dzieci wybierają, to nie ulega wątpliwości, gdyż o podobném niebezpieczeństwie ani im się nawet nie marzyło, jakotéż rzadko kiedy wydarza im się, aby, szczepiąc, uważali na to, żeby krwi nie było. Trzeba pewnego usposobienia ustroju, jeżeli tak wyrazić się wolno, aby tą drogą zaszczepić kiłę, lubo przytoczone przypadki możliwoś té wykazują).—Po tém krótkim zboczeniu przechodzę do następnego mowcy, p. Blot, członka komisji ospowej. Uważa

tenże zdanie p. Depaul za niebezpieczne i przesadzone, gdyż żaden z przypadków nie wytrzyma ostrój krytyki, aby sama ciecz była roznosicielką zarazy, lecz przypisuje to obecności krwi, opierając się na spostrzeżeniach, gdzie szczepiono ospę z dzieci niewątpliwie kiłowych, lecz ta nie udzieliła się, gdyż zachowano ostrożność użycia czystej cieczy bez domieszki krwi (1). Stara się dalej dowieść, że ostrożności zalecane przez p. Depaul są mrzonką; co się zaś tyczy większej części przytoczonych faktów, to te są niedostateczne do zupełnego przekonania, gdyż dają się wytłumaczyć kilkoma stanami chorobnymi, to jest: 1, mogą polegać na wysypkach ospowych ogólnych; 2, ospie żrącej (*phagadénisme vaccinal*); 3, w końcu na różnych wysypkach zwykłych, któreby się i bez szczepienia rozwinąć mogły. Przypuściwszy jednak, mówi on dalej, że przez szczepienie krowianki można zasześcić kiłę, w takim razie najważniejszą jest rzeczą przekonać się, co jest czynnikiem tego zarażenia; a że dotychczas *nikt* nie dowiódł *pewnym* i *szczególowo opisanym faktem*, żeby sam przyrzut ospowy (*virus-vaccin*) posiadał te smutne własności, wypada odnieść je do domieszki krwi; a że tej nadzwyczaj trudno się ustrzedz, gdyż płyn może być bezbarwny, a jednak ciecz krwi zawierać, wypadałoby porzucić szczepienie z ramienia na ramię, i wyznać otwarcie, że dla uniknięcia kiły nie ma innego sposobu, jak pójść czerpać płyn osporodny u swego źródła, to jest

(1) Że udzielenie się kiły przez krew' jest możliwem polega to na doświadczeniu p. Pelizari (r. 1863.), gdzie na trzy doświadczenia jedno było dodatniem; jednakże p. Viennois powiada, że potrzeba było do tego dużej ilości krwi. Doświadczenie to dodatnie jest niezbitym dowodem, że krew' jest roznosicielem przyrzutu kiłowego; lecz dla braku doświadczeń z innymi płynami ustroju zawsze trzeba się mieć na ostrożności i dopóki zupełnie pewnych dowodów niezaraźliwości jakiego z płynów nie będzie, nie ograniczać ich, gdyż teoretyczne określenie naprzód zrobione, może pociągnąć za sobą to, że w doświadczeniach będzie się widzieć to, co się wymarzyło, a nie to, co jest w istocie, jak to miało miejsce z Hunterem i co na tak długi czas prawdziwe pojęcie dawne i słuszne o kile cofnęło.

u krowy.—Następnie po p. Guérin, który głównie przemawiał przeciw przesłaniu tego sprawozdania ministrowi dla szkodliwych nadzwyczaj następstw, gdy rozprawy Akademii dostatecznie lekarzy objaśnią bez wzbudzenia nieufności w ludności, wystąpił p. Trousseau z porywającą jak zwykle mową, lubo żadnej korzyści rozwiązaniu téj zawikłej kwestyi nie przynoszącą. Po wyjaśnieniu faktu poprzednio przytoczonego, gdzie starał się dowieść pewności udzielania kiły przez szczepienie krowianki i zbić wątpliwości tego punktu dotyczące w wykładach p. Ricorda wyrażone, oświadcza, iż przypadki te są *nadzwyczaj* rzadkie i nie mogą stanowić najmniejszego powodu przeciw szczepieniu, gdyż róża po szczepieniu jest daleko częstszą, mianowicie w szpitalach, tak, że sam Trousseau stracił na nią 20 dzieci na sali zawierającej tylko 12 kolebek; jedynie wypadałoby wybierać dzieci ospodajne zupełnie zdrowe i dwa lub trzy lata życia liczące (1). — Na tym punkcie możemy pozostawić rozprawy; mowa p. Depaul była pociskiem przeciw teoryom Ricorda, od których on sam uroczyście odstąpił: nie było mowa akademicka, lecz pamflet, który z zimną krwią i powagą należną przedmiotowi zbijał następnie sam Ricord. Tego rodzaju zboczenia często bardzo wyradzające się w rozprawach Akademii nie prowadzą do celu, nie wyjaśniają kwestyi, ale używają jój, jako puklerza, pod którym z osobistościami walczyć można. Dalsze mowy pp. Devergie, Briquet i Gibert nie posunęły kwestyi ani na piędź dalej i zdaje się, że zbliżają się ku końcowi. (*L'Union méd.* t. XXV, nr. 1—3, 5, 8, 11, 14, 17, 18, 20—23). Korzyść praktyczna jednak z nich jest wielką i nad tym punktem pozwoli mi szanowny czytelnik kilka uwag zrobić. Wykazuje się z nich dowodnie, mimo zaprzeczań, że *kiła udzieloną być może przez szczepienie ospy ochronnej*; dalej, że że niepewnym jest, czy temu zarażeniu pośredniczy sama ciecz z krost, czy téż, jak przeważa zdanie, domieszka krwi; w koń-

(1) Piękną tę mowę w całej rozciągłości znajdzie czytelnik w Przeglądzie lekarskim Nr. 7. i 8. z. r. b.

cu, że nie ma pewności co do wieku, w jakim kiła dziedziczna u dzieci pojawić się może: termin postawiony przez p. Depaul, 2 do 3 miesięcy, jest za krótki, przez p. Trouseau zaś zbyt daleki; według ostatniej pracy p. Roger sądziłbym, jak i z dwóch przypadków mnie znanych, że nie należy nigdy zbierać ospy z dzieci mających mniej, niż rok jeden, gdyż po tym czasie pojawienie się kiły dziedzicznej uważać można *prawie za nieistniejącą*. W kraju naszym zmiana co się tyczy szczepienia ospy jest *konieczną* i *naglącą*; szczepienie dokonywane obecnie przeważnie przez felczerów winno być ściśle zabronioném i powierzone lekarzom, lecz pociągnąć to powinno, na wzór urządzenia francuzkiego, ustanowienie poprzednie okręgów szczepienia i lekarzy ospowych, którym oprócz wynagrodzenia za każde szczepienie zapewniłoby wypadało nagrody za najlepsze sprawozdania. W ten sposób zapobiegłoby się wielu mogącym wyniknąć nieszczęściom i rozpowszechnionoby bardziej szczepienie przez większe wzbudzenie wiary do tegoż.

2. Temuż uczonemu ciału przedłożył p. Bergeron pracę dotyczącą **stanu zdrowia robotników zajętych przy wyrabianiu barw anilinowych**. Wykazuje on, że przy fabrykacji téj podzielić wypada roboty na dwa działy: jedne nie szkodliwe zdrowiu, do których liczy zajęcia w tych oddziałach, gdzie wywięzują się dymy benzyny, tutaj mało bardzo zgęszczone, jakoteż kwasu octowego; drugie szkodliwe, a tu zalicza najpierw dymy kwasu saletrzanego, które wpływają szkodliwie na drogi oddechowe, dalej pary nitrobenzyny i aniliny. Wpływy te są różne: i tak w drogach trawienia sprowadzają krótko trwające i lekkie przypadki nieżytowe, w dziedzinie nerwowej zaś bole głowy i zawroty, znikające wprawdzie po kilku tygodniach zajęcia, dalej omdlenia, a w rzadkich przypadkach śpiączkę głęboką (*coma*) z majaczeniem i drgawkami. Z doświadczeń robionych na zwierzętach wnosi autor, że nitrobenzyna działa uspakajająco (*stupéfiant*), anilina zaś mocno pobudzająco na układ mięśniowy. Oprócz tego oba powyższe przetwory mogą sprowadzić pewien stopień znieczulenia (*analgesia*) kończyn górnych, a wyjątkowo porażenie

mięśniów miejscowe, lubo doświadczenia robione na zwierzętach w warunkach odpowiednich tym, w jakich się robotnicy znajdują, nie sprowadziły tego ostatniego wpływu chorobowego. Nie zdają się również wyziewy te wywierać wpływu na części rodne, prócz ogólnego znużenia (*langueur*), jakiemu cały ustrój ulega. Najstalszym zaś wpływem jest wejrzenie niedokrewne (*aspect anémique*), które przedstawiają robotnicy, a nie zgodne z zużyciem sił, jakich praca wymaga, a dalej brak bicia serca i szmeru sercowego lub tętniczego upoważnia do przyjęcia, że nie ma tu pomniejszenia ilości ciałek krwi, lecz tylko ich odbarwienie, co dalej i ta okoliczność potwierdza, że robotnicy w krótkim czasie po zaniechaniu pracy do pierwotnej barwy wracają. Czy zaś odbarwienie to jest zawisłym od wpływu połączeń węglowych na krew' bezpośrednio zapomocą oddychania; czy też jest następstwem pośredniem zmniejszenia ilości tlenu w powietrzu służącym do oddychania robotnikom; czy też w końcu zastąpienia tego gazu przez połączenia węgla i wpływu na kształt ciałek krwi, które, przynajmniej u zwierząt, pod drobnowidem są sflaszczzone i nie mają własności układania się w rulony: tego autor nie rozstrzyga. Po dłuższym jednakże wpływie wszystkie zupełne objawy niedokrewności pojawić się mogą. Co się tyczy wpływu arszeniku w fabrykach tych używanego, to autor ogranicza tegoż wpływ jedynie na wysypki guzikokrostkowe i owrzodzenia, jak to w fabrykach arszeniku używających ma miejsce. (Tamże Nr. 14.)

3. Znane są ważne prace p. D u c h e n n e (z Boulogne) dotyczące cierpień nerwowych, jak też i użycie przez niego auto-fotografii do okazów drobnowidowych; obecnie przedłożył tenże *Akademii umiejętności* wnioski swe dotyczące badań **zwojów szyjnych nerwu współzulsnego w stanie prawnidłowym**. Rysunki te wykazują, że: 1) bardzo mało komórek jest bezbiegunowych. 2) Że, widziane poprzecznie, łączą się ze sobą po dwie przez przedłużenie. 3) Że, widziane podłużnie, są albo wielobiegunowe, albo w większej części dwubiegunowe. 4) Że w przecięciu podłużnym widzieć można komórki różnych gromad łączące się ze sobą przez wydłużenia

ich końców i tworzące w ten sposób małe ośrodki złożone z pojedynczych komórek. 5) Że wydłużenia te mają pochewkę. 6) Że przecięcia poprzeczne pokazują masy nitek nerwowych zebranych w wiązki, znajdujących się na brzegu zewnętrznym zwojów, gdzie tworzą opaskę zajmującą niekiedy więcej, niż trzecią część obwodu zwoju. 7) Że między komórkami widzieć można bardzo znaczną ilość nitek nerwowych z następującą cechą, to jest, że mają 0,001 — 0,0036 milimetra średnicy i że we wszystkich odróżnić można oś cylindrową oddzieloną od obwodu (*contour*) myeliną. 8) Że zwój szyjny wyższy, jakoteż zwoje niższy i średni, zdają się dawać następne cechy odróżniające w budowie: a) Komórki zwojów średniego i niższego zawierają jądro prawie środkowe z jąderkiem (*nucléole*), lubo niektóre zawierają dwa mniejsze jądra, z barwikiem w różnym stopniu w obwodzie złożonym, a rzadko w całej komórce. Pochewka jest pojedyncza, bezjądrowa, wydłużenia mają cechy osi środkowej (*cylinder axis*) i nie są jądrami przerwane. Tkanka, w której komórki spoczywają, jest również pojedynczą. b) Budowa zaś komórek zwoju wyższego jest więcej złożoną z powodu znacznej ilości obłych i przedłużonych jąder, które między istotą nerwową są rozsiane. Podobnie, jak poprzednie, mają jądro z jąderkiem, lecz to otoczone jest wielką ilością małych ziarn zajmujących pochewkę i zastępujących złogi barwikowe. Wydłużenia zaś mają pozór łańcuchowy utworzony z małych ziarn, a tło, wśród którego rozsiane są komórki, składa się ze znacznej ilości linii podobnych do wydłużeń komórek z powodu obecności jąder jajowatych. W ten sposób zamyśla autor i zwoje pacierzowe, jak i brzuszne zbadane, a to dopiero pewnie doprowadzi do badań patologicznych, tyle potrzebnych dla wyjaśnienia stanów chorobowych, jak np. porażień postępowych bezpowodowych (*essentielles*), które teraz dla braku zmian oku widocznych, jak i znajomości stanu prawidłowego, pozostawały zagadkowym cierpieniem. (Tamże Nr. 12).

4. Zwracając się do tych niewyjaśnionych cierpień, przytoczę pracę p. J a c c o u d dotyczącą jednego z nich, a mianowicie **zaniku mięśniowego postępowego** (*atrophia muscu-*

laris progressiva), przedłożoną *Towarzystwu lekarzy szpitali*. Przytaczam zaś nie dla opisu znanego, ale dla badań drobnowidowych. Spostrzeżenie to jest następujące: Dwóch mężczyzn, jeden lat 57, drugi 26 liczący, zostali przyjęci do szpitalu *la Pitié*, gdzie po kilku dniach pobytu z powodu uduszenia (*asphyxia*) w następstwie zupełnego zniszczenia mięśni wdechowych umarli. Badanie pośmiertne u obu wykazało znaczny zanik korzeni przednich części szyjnej rdzenia i trzech lub czterech pierwszych par nerwów okolicy grzbietowej (*région dorsale*). Badanie drobnowidowe wykazało zanik zwyczajny korzeni pacierzowych, cewki (*tubes*) nerwowe były znacznie w swęj objętości zmniejszone, cylinder ośny znikł, tam zaś, gdzie cewki nie były próżne, rdzeń uległ wyrodzeniu ziarnowemu (*segmentation granuleuse*); co do pochewki, ta była zmiękczoną, ścięcioną, a tu i owdzie napotkać można było krople tłuszczowe. Właściwe pierwiastki rdzenia nie były zmienione, jak istota biała i szara, równie nie uległy zmianie wielkie komórki wielobiegunowe rogów przednich wraz ze swemi wydłużeniami z dwoma lub trzema rozgałęzieniami. Największe zmiany znajdowały się w nerwie współczulnym, które jedném wyrażeniem *wyrodzenia włókno-tłuszczowego* skreślić można. Cały bowiem sznurek szyjny był zmieniony w tkankę włókno-łączną składającą się z blaszek szerszych lub węższych tworzących łuki, wiązki falowe, a prócz tego rozsiane ogniskowe znajdowały się złogi obfite tłuszczu, a cewki nerwowe, ściesznione i zagajone temi chorobnymi utworami, przedstawiały wyższy jeszcze stan zanikowy, niż korzenie rdzeniowe. Zwój zaś wyższy szyjny przedstawiał tylko przerost (*hyperplasie*) istoty korowej i odstępowej (*interstitielle*), lecz cewki nerwowe nie uległy zmianie. Gałęzie zaś łączące (*anastomotiques*) były w stanie zanikowym podobnym tak co do rody, jak i stopnia, do tegoż korzeni przednich, a badanie nerwu pośrodkowego (*n. medianus*) wykazało również prawie wszystkie stopnie zaniku. Autor z dwóch tych przypadków wyprowadza wniosek, że pierwotném cierpieniem jest zajęcie nerwu współczulnego, a następnie dopiero cierpią nerwy i rdzeń; porzuca zaś obie dotychczasowe teorie, to jest: 1) że

cierpienie mięśni jest następownem cierpieniu układu nerwowego; jakoteż 2) że odżywianie niedostateczne mięśniów jest pierwotnem, a rozszerzenie się tegoż pociąga tę samą sprawę chorobową w nerwach, a przypadki ujemne badań pośmiertnych uważa za niedostateczne z tego powodu, że we wszystkich śledzenie nerwu współczulnego zostało pominiętem. (Tamże Nr. 4).

5. Temuż towarzystwu przedłożył p. Guibout **kamień oskrzelowy** ważący 47 centigramów, bardzo twardy, ostry, z 10 lub 12 wydłużeniami lub wyrostkami, które zagłębiały się w oskrzela, tak, że z budowy wnosić można, że znajdował się w kilku jamkach oskrzelowych. Chory, który go wyrzucił, liczył 34 lat i chorował przed sześcią laty na zapalenie płuc, od którego to czasu pozostał mu kaszel i ból w piersi pomiędzy nadbrzuszem (*épigastre*) a prawą piersią. Od dwóch lat tworzyły się od czasu do czasu jamy, a te objawiały się większą dusznością (*gène*) i bolem, jak téż częściejszym kaszlem, przy którym wyrzucał masę ropy cuchnącej. Cierpieniu temu towarzyszyła mocna gorączka i ogólne osłabienie. Szmery były prawidłowe tak w szczycie, jak i w miejscu bolu, a w grudniu 1864. r. chory dostał w takim napadzie krwotoku, z którym ten kamień wydalił się. We trzy dni chory czuł się dobrze, wolny był od bolu, oddech był wolny, kaszel ustał. Od téj chwili chory zupełnem cieszy się zdrowiem i utył. Chory ten, zajęty pracą biórową, nie był narażony na powietrze pyłem jakim przeciążone, jakoteż nie przypomina sobie, aby jakie ciało obce do płuc dostać się miało. Autor, odrzucając możebność utworzenia się tegoż z masy skredowaciałej gruźliczej, uważa tenże za utworzony samodzielnie w rozszerzonej i ropiejącej jamie oskrzelowej, z kąd dopiero wyrostki swe w miarę uwarstwiania się rozgałęział do sąsiednich oskrzeli, dopóki, rozszerzywszy się i zniszczywszy rurki oskrzelowe, które go zatrzymywały, przy wysilaniu wymiotnem nie wy dostał się na zewnątrz.— P. Moutard-Martin utrzymuje, że zawsze jądro stanowi ciało obce i że kamienie te nie są oskrzelowemi, to jest tam biorącemi początek, lecz pochodzą z gruczołów oskrzelowych, gruźleń,

lub masy pyłów wdychanych, tak, że podobny utwór jest zawsze ciałem obcym dla oskrzelów.—P. Gubler, przyjmując poprzednie zdanie, przypuszcza, że, podobnie jak przy kamieniach żółciowych, we wnętrzu dosyć znacznej jamki, położonej w środku płuca zajętego przeciągłym zapaleniem, utworzyć się może kamień kosztem zmienionego śluzu (*mucus*), gdy tenże w jamie długi czas pozostaje.—Przeciwnie p. Barth przypuszcza, że nie utworzył on się w jamie, lecz w mięszu płuc, lub też gruczołach oskrzelowych: gdy p. Vidal jest za utworzeniem wolnym w jamie, gdyż w jednym z jego przypadków, ukończonych śmiercią, kamień znajdował się w jamie oskrzelowej, której błona śluzowa była owrzdziąta, lecz rurka oskrzelowa była cała, a w całym płucu, jak i w gruczołach, nie było złożeń gruźliczych.—Wątpliwości te co do powstania skłoniły p. Besnier do obszerniejszej pracy dotyczącej skamienin (*concrétions*) dróg oddechowych. Za pierwszy punkt wyjścia uważa on odróżnienie *kamieni* od *skamienin*, pierwsze uważając za ograniczone, a drugie w obszerniejszym pojęciu. Zastanowiwszy się nad podziałem p. Cruveilhiera, według którego miano kamienia przynależy tym tylko utworom, które powstają z krystalizacji lub osadzenia się soli, prawidłowo lub nie, w pewnym wydzielanym płynie znajdujących się; gdy przeciwnie skamieniny nie są czem innym, jak skupieniem lub zgęszczeniem (*agglomération ou condensation*) wszystkich stałych części wydzieliny; dalej, że kamienie mają zawsze jądro: autor z powodu z trudności, jakie sprawia podział ten, wymagający rozbioru płynów, z których kamień powstaje, skłania się do pojęć p. Gubler, a mianowicie radzi uważać za kamienie utwory posiadające zawsze wyraźne jądro, około którego układają się warstwy dośrodkowe; a brak tegoż i uwarstwienia cechowały skamieniny. Podział ten i pod względem klinicznym jest ważnym, gdyż pozwala natychmiast ocenić, czy utworzone są w mięszu płuc, lub też w jamach naturalnych lub przypadkowych. Wykazawszy, że pojęcia o kamieniu i skamieninach są dawne, a mianowicie Morgagniego już są na tym samym punkcie dokładności, co obecne, przechodzi do podziału ich na dwa działy: do pierwszego liczy

skupienia mniej lub więcej bezpostaciowe, różnej twardości, tworzące się jużto w jamach, już w mięszu, oznaczone mianem skamienin; do drugiego zaś kamienie prawdziwe, które dzieli na dwie klasy w miarę miejsca tworzenia się, to jest w oskrzelach i płucach i radzi nazwę: *kamieni oskrzelowych i płucnych (broncho-et pneumolithes)*. Co się zaś tyczy tworzenia się tychże, to przyjmuje zdanie pp. Wurtz i Cruveilhier, że pod względem chemicznym zależy od 3 przyczyn: 1) zmiany w składzie płynu utrzymującego ciała w rozpuszczeniu; 2) wytwarzania się nadmiarowego ciała nierozpuszczalnych; 3) wydzielania się nieprawidłowego ciała nierozpuszczalnego zwykle nie znajdującego się w ustroju. Przechodzi w końcu do najważniejszego punktu praktycznego, czy utwory te dają początek pewnym objawom stałym, któreby rozpoznanie za życia robiły możebnym. Wykazuje, że przypadki skamienienia zwykle dopiero badanie pośmiertne okazuje, a okoliczność ta, że tworzą się one najczęściej przy przebiegu gruźlicy, rozpoznanie ich robi niemożebnym, mianowicie jeżeli są otorbielone (*enkysté*). Co się tyczy kamieni, to te dają obraz zwykle zapalenia oskrzelów przeciągłego (*bronchitis chronica*) z rozedmą oskrzelów lub gruźlicą, a towarzyszące mechanicznie wywołane krwotoki tém bardziej mylą obraz i utrudniają lub udaremniają rozpoznanie; mogą one dojść tak wysokiego stopnia, że śmierć za sobą pociągają, lubo z drugiej strony po wydaleniu się kamienia wyzdrowienie może być zupełne. Na tém kończę wiadomość o tych zajmujących rozprawach, gdyż dalsze nic nowego już nie wykazują oprócz tego, że kamienie nierówne, ostre, mogą tworzyć się ze zrośnięcia wielu drobniejszych; punktem najważniejszym praktycznym jest możebność krwotoków śmiertelnych, a zarazem potrzeba ciągłego badania szczytów płuc, aby przy objawach gruźlicy mieć baczność na możebność powodowania ich przez skamieniny w mięszu lub oskrzelach. (Tamże Nr. 16. 22.).

6. Temuż towarzystwu przedstawił p. Vulpian rzadki bardzo opis choroby **torbiela włókniastego, z materią ropiastą w środku, położego w lewém uszku (oreillette) serca**. Teresa L., lat 78, przyjętą została do szpitalu

dnia 12. grudnia 1864. r. W r. 1850. była leczoną na gościec stawowy przeciągły, lubo wyraźnych objawów nie było; od tego czasu dobrém cieszyła się zdrowiem. Dopiero od kilku dni zaczęła się skarżyć na niedomaganie ogólne (*malaise général*), a 12. grudnia rano po mocném zmartwieniu upada z łóżka na ziemię, traci mowę, a zapytywana wskazuje na lewą stronę głowy, przyczém kończyny strony lewej znajdują się w ciągłym ruchu, prawej strony zaś tylko słabe ruchy wykonywają, lecz nie zdają się być zupełnie zbezwładnionemi. Czućcie prawie zupełnie stracone, wieczorem kończyna prawa górna mocno skurczona (*contracturée*), twarz skrzywiona. Kątek lewy ust podniesiony i ku uchu zwrócony. Dnia 13. skurcz mniejszy, chora zdaje się rozumieć stawiane jęj pytania, lecz nie ma władzy ani w języku, ani w rękach. Dnia 14. może usiąść bez pomocy, powiedzieć kilka słów; zdaje się, że nie ma zbezwładnienia tak po jednej, jak i po drugiej stronie; języka jednak wyciągnąć nie może, łatwo bardzo wpada w śpiączkę. Dnia 15. polepszenie znaczniejsze, jedynie chodzić nie może; tętno serca częste, nieregularne, przy pierwszym tonie szmer lekki nie rozchodzący się jednak do tętnicy głównej (*aorta*). Dnia 16. Nieco majaczenia, rzucania się i gadania w nocy; prócz tego wyraźnie dzisiaj chora ma skłonność do zwrotu głowy ku lewej stronie, skarży się na bole w okolicy nerek, kurcze w palcach, ból głowy z chęcią do womitów, pragnienie znaczne. Taki stan utrzymuje się przez dni 17. i 18. Dopiero d. 19. w nocy mocne rzucanie, się ból głowy znaczniejszy. D. 20. oddaje stolec i mocz pod siebie. D. 21. rzucanie się i majaczenie w bardzo wysokim stopniu całą noc, z rana chora uspakaja się, tętno dosyć częste, nierówne. W ten sposób przechodzą z małemi zmianami dnie i noce i chora zakończyła życie dnia 29. grudnia. Opuszczając inne ustępy oględzin przechodzę do zajmującej części, to jest: do *serca*, które jest znacznej objętości, wietkie. Zastawki zdrowe, jedynie półksiężycowe i dwukończysta nieco zgrubiałe. Kilka plam modzelowatych na wewnętrznej ścianie tętnicy głównej, które zwiększają się w łuku, w części piersiowej i brzusznej. W obu komórkach znajduje się krew' niezupełnie skrzepla, czarniawa, więćej

płynna po stronie prawej. Brak skrzepów włóknikowych bezbarwnych. W przysionkach krew' czarniawa galaretowata, w uszku prawém mały świeży skrzep. W uszku lewém znajduje się skrzep dawny, do ścian przylegający, w swym środku rozmiękczone, przedstawiający płyn różowo-szarawy, jakby ropę z małą ilością krwi zmieszaną. Skrzep ten łączy się z innym utworem modły czarki ze średnicą koło 6 centymetrów wynoszącą, włóknikowej, ścięgnistej, znacznego obwodu, której grubość zmienia się w miarę punktów badania, a największa wynosi od 5 do 6 milimetrów. Włóknikowy ten skrzep nie jest niczém inném, jak skrzepem torbielowatym pękniętym. Pozostał się jedynie teraz worek czyli ściany torbiela, które przed ostatnimi przypadkami były całemi i zajmowały wtedy pewnie cały przyniosek. Brzegi pęknięcia są nierówne, nieco czarniawe i wgięte na siebie ku wewnątrz jamy, na której dnie spoczywają. Torbiel ten był najmniej wielkości gołębiego jaja i łączył się ze skrzepem mającym powierzchnią czarniawą a wewnątrz rozmiękczone, jaki uszko zawierało, lubo nie było żadnego połączenia między miazgą zawartą w torbielu a odpowiednią w rozmięczonym dośrodkowo skrzepie. Ściany torbiela były utworzone przez blaszkowate pokłady: z tych zewnętrzne były świeższe, barwy szarej nieco żółtawej, zbitsze; wewnętrzne zaś szare, nieco w odcień czarniawy miejscami wpadające. Powierzchnia zewnętrzna zbita, dosyć gładka, z wyciskiem kolumn mięsnych przysionka; wewnętrzna zaś nierówna, zasiana małemi wyniosłościami ziarnowatemi, a w tych miejscach włóknik z łatwością się oddziela. Torbiel ten przy oględzinach wypełniony był krwią czarniawą, rozplywającą się (*diffuent*), wodą zmyć się dającą; następnego jednak dnia, pociągając trzonkiem noża ścianę wewnątrz, otrzymuje się małą ilość płynu szaro-czerwonawego, a badanie drobnowidowe wykazuje bardzo znaczną ilość drobnych jąder i ciałek białych, z których wiele tłuszczowo jest rozpadłych, jakoteż wolne krople tłuszczu i czerwone ciałka krwi. Oprócz tych znajduje się znaczna ilość małych kryształów igielkowych. Małe odpadki oddzielone z wewnętrznej strony składają się z włóknika ziarnistego zawierającego mnóstwo zziarnień tłuszczowych i

niezliczone ciała białe. Odpadki te są bardzo słabo spojone i z łatwością gniotą się. W innych organach nic zasługującego na uwagę nie dostrzeżono. — Widziemy zatem chorą, która skutkiem mocnego zmartwienia ulega pewnemu rodzajowi udaru, przyczem traci mowę, czucie w kończynach strony prawej, a ruchy w odnogach lewej strony pojawiają się, po których następuje skurcz mięśni (*contractura*). Potem czucie i władze ruchowe wracają, następuje stan gorączkowy z majaczeniem, rzucaniem się w nocy, podobny do durzycy, a śpiączka we dnie, przyczem władze umysłowe są przytępione, lecz nie zniesione. Przypadki te kliniczne nie pozwalają się dorozumiewać pęknięcia torbiela, lecz mają więcej prawdopodobieństwa do rozmiękczenia mózgu starców, a jednak badanie pośmiertne wyświeca nam dostatecznie stan chorobowy. Ilość płynu ropiastego nagle wylewa się do przysionka, ztamtąd do tętnicy głównej i to powoduje napad udarowy wywołany przyływem przez naczynia mózgowie krwi zmieszanej z ciałami obcemi, co pewnie dało powód do częściowego i chwilowego zatkania światła naczyń, a tém samym do niedługo trwającego stanu udarowego. W następstwie dopiero rozwijają się objawy zależne od pewnego rodzaju zakażenia krwi, które objawia się w przebiegu chorobowym jako rozdrażnienie (*excitation*) mocne i następne osłabienie dzienne z bledością twarzy, suchością języka. Zmiany w krążeniu tłómaczą się z łatwością obecnością torbiela włóknikowego w przysionku lewym. W końcu zwraca autor słusznie uwagę, że mimo, iż ilość płynu wlanego w krążenie była dosyć znaczna, jednakże nie było ani objawów, ani zmian pośmiertnych mogących polegać na ropnicy, gdyż nie było za życia napadów zimna, a przy oględzinach nie znaleziono nigdzie złożeń ropnych. (Tamże Nr. 18.).

7. Dotychczasowe badania dotyczące **choroby Addisona** były niekiedy ujemne, a jednak nie ulega wątpliwości, że zajęła ona w patologii stałe i pewne miejsce; obecny prawie wzorowy przypadek tego cierpienia przedstawił p. Dickinson Towarzystwu patologicznemu, który, jako mogący posłużyć za wzór, na którym badania oprzeć można, przytaczam.

Sarah D, lat 39 licząca, umarła w szpitalu Ś. Jerzego. Od ośmnastu tygodni zaczęła tracić siły, a od 12 barwa skóry zaczęła ciemnieć, tak, że przy przyjęciu do szpitalu barwa jęj była uderzającą, oprócz skóry i kolor włosów ściemniał; przy wzmagającym się osłabieniu i częstych wymiotach, chora życie zakończyła, a śmierć poprzedziły lekkie drgawki. — Oględziny pośmiertne wykazały ściemnienie skóry jak u Mulatki, twarz była ciemniejszą niż barki. Po nad każdą rzepką była ciemna plama, najciemniejsza zaś barwa skóry znajdowała się na łytkach i przednich częściach uda ku pachwinom. *Przynercza* były powiększone; *lewe* ważyło $\frac{3}{4}$ uncyi i było zrosnięte z otaczającymi tkankami, twarde, guzikowate na powierzchni, jasno cielistej barwy (*light-buff*). Na przecięciu miało pozór obrzmienia włókniakowego (*fibro plastic*). Środek różnił się od reszty, był miękki, żółtawy i podobny do świeżych gruzełków. Pod drobnowidem część zewnętrzna składała się z masy komórek, dużych i różnego kształtu. Niektóre z nich były wrzecionkowe, inne lancowate, lub zaokrąglone, jakoteż wielokątne, wszystkie zaś miały jądra. Część wewnętrzna zawierała ciała tłuszczu i ropy. Cała ta budowa była szczególną, *sui generis*, w niektórych punktach podobna do narośli włókniakowych, w drugich do złośliwych, lubo od obu tych rodzajów wyraźnie się różniła. *Prawe przynercze* było o $\frac{2}{3}$ lżejsze, ale zresztą w budowie zupełnie podobne. Pod obrzuznią w różnych miejscach widzieć można było małe narośle wielkości ziarn gorczycy, lub mniejsze, twarde, szare, półprzezroczyste, téj samej budowy drobnowidowój, co w przynerczu. Zresztą wszystkie inne narządy, z wyjątkiem jednego lub dwóch odosobnionych gruzełków w płucu, w prawidłowym stanie. Barwa skóry zależała od pojedynczego pokładu barwika w komórkach nabłonkowych (*epithelial*) stykających się z brodawkami (*papillae*); reszta komórek wolną była od złożeń barwиковych, co daje cechę ważną odróżniającą od barwy skóry Indyan, gdzie wprawdzie w najgłębszym pokładzie komórek złożeń barwиковych są największe, ale odtąd stopniowo zmniejszają się ku powierzchni, tak, że z badania drobnowidowego powiedziećby można nawet w krajach podzwrotnikowych o za-

barwieniu chorobą Addisona wywołaném i o naturalném, i odróżnić je od siebie. Jedynie to tylko jest dziwném, że dotychczas mało gdzie prócz Anglii rozpoznano chorobę tę; a jednak brak zmian dających się wy badać w narządach, jedynie coraz znaczniejszy upadek sił, od czasu do czasu wymioty i zabarwienie skóry, są to cechy odróżniające, które mając przed sobą, wątpię, by się w rozpoznawaniu pomylić można było. Te kilka przypadków, spostrzeganych we Francyi i Niemczech, nie miały znowu dostatecznych cech przy badaniu pośmiertném. Cierpienie to jednak, dotychczas bezwarunkowo śmiertelne, zasługuje na wielką uwagę i opracowanie. (*Med. Times* Nr. 758).

8. Nie mogę tu pominąć ciekawego i rzadkiego nader spostrzeżenia temuż towarzystwu przez znakomitego okulistę p. Laurence przedłożonego, a dotyczącego **rakowca (caneroid) rogówki**. Chory, lat 27 liczący, badany w kwietniu 1863. r. przedstawił obraz następujący: Całą zewnętrzną połowę rogówki zajmowała narośl miękką naczyniowa (*vascular*) stożkowata, mająca 4''' w wymiarze poprzecznym, około 3''' od góry do dołu, a na 1½''' wznosząca się nad powierzchnią rogówki. Większa część narośli zdawała się wyrastać z głębszych warstw rogówki, mniejsza zaś część po stronie zewnętrznej nieznacznie przechodziła do przyległej powierzchni białkówki. Liczne nader naczynia biegly z nastrzykanéj mocno łącznicy na powierzchnią narośli, szczególnież téż jedna duża żyłka ze strony wewnętrznej. Chory nie skarżył się na ból w oku, gdyż ten był bardzo mały, a narośl była prawie nieczuła na dotknięcie ciałem obcém, jak np. cienkim zglęb-nikiem. Część rogówki naroślą nie zajęta była zamglona i mocno nastrzykana, a w górnej i zewnętrznej części zrosnięta z powieką górną, mocno zgrabioną i nastrzykaną, powierzchnia zaś téjże powiekowa (*palpebral*) była nierówna z powodu drobniutkich grzybkowych wzniesień podobnych do brodawek (*granulations*). Widzenie ograniczało się w tém oku jedynie na rozróżnieniu światła. Tenże chory badany 17. stycznia b. r. nie przedstawiał znaczniejszych zmian, jedynie łącznica była więcéj nastrzykaną, narośl większą we wszyst-

kich rozmiarach, szczyt zaś jój płąściejszy, miększy, nierówny i ciemnobiałej barwy (owrzodziały); ku temuż bieгло wiele krętych naczyń i rozgałęziało się na powierzchni. Wystawanie narośli z pomiędzy powiek przeszkadzało ich zamknięciu. Powieka górna była znacznie zgrubioną w brzegach, a z dolnej jój powierzchni wyrastały dwie narośle mięsiste, płatowe, każda około 1 1/2''' długa. P. Laurence zwraca uwagę, że rakowce rogówki nie są tak rzadkiemi, gdyż 3 przypadki są opisane w *Ophthalmic Review*, gdy tymczasem w kilku dziełach najnowszych okulistycznych nie ma o nich najmniejszej wzmianki. (Tamże Nr. 761).

9. Wszedłszy w dziedzinę cierpień ocznych, nie mogę pominąć nowego poglądu p. Furneaux Jordan, który pewne **zapalenia oczów przypisuje wypryskom (eczema)**; pracę tę swoją przedstawił on *Towarzystwu medyko-chirurgicznemu*. Powołuje on się na prace p. Mackenzie, który nadmienia, że zapalenie spojówki żółzowe zwykle bywa w połączeniu z wyrzutami skórnymi. W obecnej zaś pracy chce autor wykazać, że nietylko zapalenie oczu (*ophthalmia tarsi*) jest wypryskiem powiek, lecz że właściwe obrzmienie podskórnej tkanki łącznej (*lippitudo*), niektóre odmiany pojedynczego lub nieżyłowego zapalenia oczu, rogówki, jak i niektóre wrzody rogówki, są tylko odmianami choroby wypryskowej. Przypadki, jakie się zdarzają niekiedy, obrzmania znacznego, twardego, bezżywnotnego (*indolent*), bladego lub bladoczerwonowego powiek, nie mają innej przyczyny, jak wyprysk brzegu powiek. Sam wyprysk może być mały, przejść i nic prócz obrzmania po sobie nie pozostawić. Z niewyleczonego wyprysku powiek wynika t. zw. *lippitudo*, podobnie jak z uporczywego i postępującego wyprysku rogówki wynika *pannus*. Oba te stany są odpowiednie czerwonej, nabrzmiałej i wilgotnej skórze dawno trwającego wyprysku. Uważa tenże zapalenie oczu żółzowe jako wyprysk przeciągły, pojedyncze okresy pęcherzyczka (*pimple*), pęcherzyka, wrzodu, najlepiej to wykazują. W wyprysku ostrym spojówki przez kilka dni trwa jednostajne szkarłatne zabarwienie, potem tworzy się masa pęcherzyków (*vesicle*), które szybko przechodzą, pozostawiając

nieregularną lub plamistą (*patchy*) czerwoność, a każda plamka czy łatka ma środek czerwieński, grubszy i niekiedy owrzodziały, wydzielina jest tu śluzo-ropiastą, a zawsze przykrą i uporczywą. Leczone jako wyprysk prędko przechodzą. Zapalenie rogówki żółtawe (*keratitis strumosa*) według autora nie jest również niczém inném, jak wypryskiem. Cechy wypryskowe są tu tak wyraźne, jak gdzieindziej, a zwykle znajduje się prócz tego wyprysk na twarzy, uszach lub innych ulubionych miejscach. Co się tyczy leczenia, to zaleca dietę skromną i leki alkaliczne z małym dodatkiem żelaza, przy zajęciu powiek maści zwykle w wyprysku używane, tylko ze stosowną ostrożnością. (Tamże Nr. 760). Nie można przypuścić, aby autor rozumiał to o wszystkich zapaleniach żółtych: są może modły, które na tém cierpieniu są oparte, i z tych autor ogólny wyprowadził wniosek; czas jednak i ściśle badanie dowiodą, czy przypuszczenie to zasługuje na uwagę, jakkolwiek pozornie jest pociągającym.

10. *Towarzystwu lekarzy wiedeńskiemu* p. Rollet przedstawił ciekawy przypadek cierpienia skórniego, które jako **melanosis tuberosa** bywa oznaczoném. Chorzy, 39 lat liczący kowal, przedstawia na całej skórze niezliczone od wielkości orzecha laskowego aż do téjże jabłka guzy i węzły; są one w dotknięciu miękkie, sprężyste, blade lub ciemno-niebieskie, niektóre z nich popękały i wydzielają brudny, krwawy płyn. Pierwszy guz pojawił się na czole przed rokiem, a do maja było ich już 70, gdy teraz (22. grudnia 1864. r.) na setki liczyćby je można. Chory przytém ma wejrzenie zakażone, schudł i siły jego znacznie są zmniejszone. W narządach wewnętrznych podobnych guzów wybrać nie było można. Badana krew chorego drobnowidowo przedstawia bardzo wiele białych ciałek krwi, lecz nie ma złogów barwika. Mocz ma barwę czarnobrunatną od rozpuszczonego barwika zależną. Ojciec chorego miał mieć podobne guzy na nogach, ale te rozwinęły się dopiero w 70. roku życia. Rozpoznanie brzmiało: *cancer melanodes*. (*Wiener med. Wochenschrift*, Nr. 1.).

11. Temuż towarzystwu p. Schuh przedstawił chorą, u której przy szybkim skręceniu głowy nastąpiło **zwłknięcie lewego skońskiego wyrostka trzeciego kręgu szyj-**

nego, przyczém zwrócił uwagę na zwichnienia kręgów szyjnych w ogólności. Dzieli on zwichnienia te na dwa rodzaje: pierwsze dotyczą zwichnień części szyjnych stosu pacierzowego i te z powodu rozdarcia ścięgien, obrażeń rdzenia pacierzowego, wynacynień, robią chirurga niemym świadkiem zniszczenia; gdy drugie, które tylko jednej strony dotyczą, dostarczają mu otwarte i wdzięczne pole działania. Ostatnie jednakże są nadzwyczaj rzadkie, gdyż autor widział je tylko dwa razy, i są mu również tylko dwa przypadki w literaturze znane. Pierwszy przypadek dotyczył robotnika igieł w r. 1838., 24 lat mającego, który przestraszony krzykiem kolegi, nagle zwrócił głowę i w ten sposób spowodował zwichnienie takie, że głowa, zwrócona i pochylona ku jednej stronie, została nieruchomą i nie mogła być wyprostowaną. Pojawiły się bole rozpromieniające się ku szyi, głowie i odnogom. Chorego położono na poziomém łóżku; operujący, przeciągnawszy ręcznik pod brodę, oddał oba końce pomocnikowi, sam zaś ujął w obie ręce głowę i wykonał odprowadzenie; bole potem znacznie się powiększyły i dopiero po kilku dniach leczenia przeciwzapalnego ustąpiły.— Obecny zaś przypadek dotyczy dziewczyny, która, siedząc w łóżku, nagle zwróciła głowę ku prawej stronie, przyczém uczuła ból w górnej części szyi po lewej stronie i usłyszała szmer, a od téj chwili nie była w stanie zwrócić głowy na lewo, przyczém kończyna górna lewa była w stanie zbezładnienia. To ostatnie trwało tylko koło 10 minut. Głowa była nachylona, nieporuszalna, twarz ku prawej stronie zwrócona. Pomiędzy 2. a 4. kręgiem szyjnym było miejsce bardzo bolesne za przyciśnięciem, a ból rozpromieniał się ztąd ku prawej łopatce, głowie i twarzy, co zresztą wytłomaczyć się daje z łatwością przez naciśnienie (*Zerrung*) górnych nerwów szyjnych i splotu szyjnego (*plexus cervicalis*). Po zachloroformowaniu, sposobem wyżej opisanym wykonał odprowadzenie, przyczém słyszeć można było wyraźny szelest. Ból natychmiast po odprowadzeniu ustąpił. P. R a b l przytacza przy téj sposobności przypadek ze swéj praktyki u dziewczyny niosącej na głowie kosz z owocami, która, gdy ten przy poślizgnięciu się spadał, silnie zwróciła głowę i w téj postawie

pozostała. Wykonał on odprowadzenie u chorąg siedzącej na krześle z unieruchomionemi łopatkami, naciągnąwszy głowę w należyte położenie przez uchwycenie jój za brodę i tyłgłowie, a następnie wykonał pociągnięcie wprost ku górze. Skutek był zupełnym. P. Dumreicher wspomina przytém o dziewczynie 7-letniej, u której przez uderzenie w głowę nastąpiło zwichnienie. Po wyprostowaniu, głowa musiała być utrzymana stale (*fixirt*), gdyż była ruchomą, zdaje się w skutku rozdarcia ścięgien, a może złamania wyrostku kręgowego, które jednak wybadaném być nie mogło. Dziecię przez 14 dni po wypadku majaczyło i miało częściejsze napady drgawek. (Tamże Nr. 5.).

12. P. Benedikt mówił o skutkach leczniczych kurary (*curare*) na posiedzeniu tegoż towarzystwa. Przedstawivszy, że przy doświadczeniach na zwierzętach skutek jest przemijający i dawki pojedyncze nie robią wspólnego skutku, jak téż, że moc trucizny jest różną, radzi z każdą flaszką robić osobne próby i zwraca się do wskazań leczniczych w padaczce (*epilepsia*), w której 15 razy używał tego środka. Sposob użycia jest podskórny i zwykle w okolicy karku robi się wstrzykiwania rozczyntu wodnego świeżo zawsze przygotowanego, trzy razy w tydzień, używając na jedno wstrzykiwanie dawki wynoszącej $\frac{1}{15}$ — $\frac{1}{10}$ grana. Z przypadków tych przytacza następane. Chłopiec 12-letni od 4—5 lat cierpiał na chwilowe napady nieprzytomności z kołowaniem (*Rollen*) oczu; Od Wielkiénocy p. r. przynajmniej raz w tydzień pojawiały się mocne napady padaczki. Po powyższém leczeniu nie było dwa miesiące napadu.—W drugim przypadku napady przychodziły co trzeci dzień. Podczas czteromiesięcznego leczenia napady były tylko dwa razy, a w dnie napadowe pojawiało się tylko zimno, osłabienie i t. p.—W trzecim przypadku, gdzie napad przychodził co drugi dzień, w czasie leczenia był tyl o 1—3 razy w miesiąc i to o wiele słabszy. Przypadki te upoważniają nas do dalszych prób, mianowicie, że w téj tak uporczywój, a przykrój chorobie nie wypada żadnego unikać środka, któryby choć iskierkę nadziei dawał, że choroba jeżeli już nie zupełnie usunięta, to przynajmniej do *minimum* sprowadzoną

wstanie. Nieszczęśliwi chorzy i tym skutkiem będą zadowolnieni. (Tamże Nr. 7.).

13. W przeszłej kronice przytoczyłem rzadki przypadek z kliniki prof. Hebry mięczaka prostego (*molluscum simplex*); obecnie zestawić mogę przypadek **młęczaka zaraźliwego** (*molluscum contagiosum*), którą historią choroby p. Ebert przedłożył *Towarzystwu lekarskiemu Berlińskiemu*, z przypadku spostrzeganego przez p. Virchowa. Berta Schultz, urodzona 7. lutego 1860. r., w czasie karmienia piersią matki (przez rok) nie przedstawiała znaków chorobowych. W 1½ roku życia pokazały się pierwsze ślady obrzmienia kości prawej stopy, mianowicie kości sześciennój (*os cuboideum*), które przeszło w zgorzelinę, ropienie i utworzenie się przetok. W lecie r. 1863. przyłączyło się zapalenie oczu żółzowe, a w jesieni tegoż roku w pobliżu brzegu powieki lewej powstało małe miękkie obrzmienie, które szybko rosło i dosięgło wielkości orzecha laskowego, a z którego od czasu do czasu wydalała się materya biaława łożowa. W krótkim czasie utworzyło się obok tego wiele podobnych białych obrzmiń wielkości grochu aż do bobu, a około Bożego Narodzenia pojawiły się i na prawej dolnej powiece. Ztąd rozszerzyły się na górnych powiekach, grzbiecie nosa, niższej części czoła, na skrońniach i nawet więcej oddalonych częściach twarzy, jak brodzie, wargach, policzkach. Około ocz utworzyły gęsto rozsiane obrzmienia większe i zaczęły wydzielać masę smarową cuchnącą, tworząc mianowicie koło powiek wał. W tym stanie dziecię przyniesioném zostało na klinikę. Budowa i cera żółzowa, nogi krzywicą wygięte, ślady po zgorzeli stopy. W następstwie ciśnienia owych obrzmiń na siebie nastąpiło tu i owdzie zapalenie, obrzmienia były czerwien sze, ropą okryte a w niektórych miejscach powierzchownie tkanki zgorzeli podległy. Wszystkie te obrzmienia w środku swój powierzchni miały wyraźny ciemniejszy punkt, wyraźnie otwór (ujście) gruczołu skór nego, a uciśnięte z boku szczypczykami przy podstawie wydalały z tych punktów biały łożowy rdzeń, który w palcach rozetrzeć można było. Badanie drobnowidowe tych mas, jak i pojedynczych podwiązanych obrzmiń wykazało,

że nie zawierają ony smaru (*sebum*), ani tłuszczu, lecz składają się z naskórnych wybujań (*epidermoidale Wucherung*), były to bowiem obok i na sobie uwarstwione listki płaskich komórek naskórka. Virchow znalazł oprócz tychże, nakrywających w grubiej warstwie rozszerzone i wywrócone ściany gruczołów włosowych, warstwę większych bezjądrowych komórek, podobnych do tychże w rakowcowych utworach. Po podwiązaniu większych obrzmiń dziecię przy dobrém pożywieniu, czystości, kąpielach i wewnętrzném użyciu tranu przyszło do siebie, a po dwóch miesiącach zaledwie kilka małych pozostało; po dłuższém leczeniu ustąpiły ony prawie zupełnie. Chcąc się Virchow przekonać o zaraźliwości, szczepił treśé tychże psu, sobie na barku i przedbarku podskórnice, jak i dziecku idiotycznemu na skroniach i policzkach, ale bez skutku. Prawie powątpiewał o zaraźliwości, gdy dziecię dwuletnie, w przyległym łóżku od dłuższego czasu znajdujące się, takich samych obrzmiń na lewej dolnej powiece dostało. Zdaje się, że dzieci te, bawiąc się, często stykały się ze sobą bezpośrednio i w ten sposób treśé dostać się musiała do otworów gruczołów włosowych, innego bowiem tłumaczenia przyjąć nie można. Według Virchowa są ony więc podobne z budowy drobnowidowej do rakowców. Rozbiór jednakże szczegółowy szan. profesora przechodzi skromne granice kroniki i dla tego pomijam go, przytoczyć tylko muszę, że zdaniem Virchowa odróżnić wypada nie dwa, lecz trzy rodzaje téj choroby, to jest: 1) *fibroma molluscum* (włókniak miękczakowy). 2) *epithelioma molluscum* (rakowiec miękczakowy) i 3) te mody zagmatwane opisane przez lekarzy angielskich, jako pośrednie, to jest miękczak zaraźliwy (*molluscum contagiosum*). (*Allg. med. Central-Zeitung* Nr. 7.).

14. Do ciekawszych cierpień dzieci należą **ropnie tkanek łącznej pozagardzielowe**. Jedno z takich spostrzeżeń udzielił p. Riedel temuż towarzystwu. Dnia 2. grudnia 1864. r. został wezwanym do 5 miesięcy liczącego dziecięcia, które od kilku dni gorączkowało, było niespokojném i przy wszystkich ruchach mocno krzyczało, pierś z chciwością chwyciło, ale zawsze z krzykiem ją porzucało. Część szyi przednia

zdawała się być nieco obrzękłą. W połyku znajdowała się masa śluzu, po którego oddaleniu błona śluzowa okazała się czerwoną. Kaszlu nie było, głos był bez dźwięku, skrzeczący, oddech utrudniony. Następných dni ściana połyku była więcej wypukłą, lecz chełbotania czuć nie było. Po zadaniu środka wymiotnego nastąpiło chwilowa ulga. Stan taki trwał do dnia 15., w którym nabrzmienie zewnętrznie na szyi było wyraźnym, jak i chełbotanie, a dnia 17. otworzono ropień, przy czém ze dwie uncye ropy się wydalily. Ulga była natychmiastowa, głos czysciejszy i głośniejszy, oddech wolniejszy, ssanie łatwiejsze. Pomimo kataplazmów otwór zamknął się, objawy dnia 19. znacznie się pogorszyły, a dnia 20. nastąpiła z powodu uduszenia (*suffocatio*) śmierć. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie: pomiędzy gardzielem a stosem kręgowym znajdował się znacznych bardzo rozmiarów ropień. P. Henoch uważa przypadki te za bardzo rzadkie, od czasu bowiem ogłoszonych przez niego 4 przypadków obecnie na 3000 leczonych dzieci nie zdarzyło mu się widzieć téj choroby. Dopiero przed 14 dniami zdarzył mu się tego rodzaju przypadek, jednak rozpoznanie za życia z powodu obecności małego otworu w połyku, którym ropa odpływać mogła, zrobioném być nie mogło, gdyż obrzmienia znaleźć nie było można. P. Möller uważa ropnie te za nadzwyczaj rzadkie, gdyż na 5—6000 chorych rocznie zaledwie 1—2 przypadków tak u dzieci, jak i dorosłych dostrzegać się daje. (Gamże Nr. 9.) (Jedyny przypadek tego rodzaju, jaki widziałem, był u mężczyzny silnie zbudowanego, 37 lat liczącego. Przebaczy mi szanowny czytelnik, że go tu pokrótce przytoczę; smutne ukończenie przez nieogłędność chorego daje wskazówkę do szybkiego działania. W lipcu r. 1863. przybywa do mnie chory z przypadami sinicy i groźącemi objawami uduszenia; badanie wykazuje ropień ogromnych rozmiarów chełboczący w tylnéj ścianie połyku, który, gniotąc mechanicznie na nagłośnią, przypadki uduszenia sprowadza. Po uciśnieniu palcem przez kilka minut ropnia tak, aby głośnią uwolnić od nacisku, przypadki sinicy ustępują, chory czuje się jakby nowonarodzony. Polecilem mu udanie się do felczera, sam zaś zająłem się zbieraniem narzędzi

do wykonania onkotomii. Nie upłynęło 10 minut, gdy, wychodząc z domu, napotykam chorego przyprowadzonego napowrót, konającego: uciśnienie wrzodu, wpuszczenie powietrza, sztuczne oddychanie nie pozwoliły wrócić ubiegłego życia choremu, który, wyszedłszy odemnie, nie udał się do felczera, lecz do studni i tam chciał pragnienie ugasić. Zaraz po kilku łykach nastąpiły przypadki uduszenia, a wszelka pomoc okazała się daremną. Oględziny pośmiertne wykazały ropień ogromnych rozmiarów od trzonu 3. kręgu szyjnego aż do 4. piersiowego sięgający, cała tkanka łączna szyi głęboka zniszczona, ku bokom rozchodził się aż do tętnic szyjnych. Ropa była cienko płynna, mocno cuchnąca, ilość jej wynosiła około 15 uncyj; zresztą, obok oznak zwykłych uduszenia w innych narządach nic nieprawidłowego nie znalazłem. Czyby życie przy tak rozległym ropieniu mogło być ocalonem, to trudno powiedzieć; ale chwila ta była jedną z najboleśniejszych, jakich kiedykolwiek w życiu doznałem.— J. K.)

15. Badania dotyczące budowy naczyń chłonnych (*Lymphadern*) znane były dotychczas z nastrzykań; jednakże budowa ścian drobnowidowa była niedostatecznie opisaną. Dopiero w r. 1862. v. Recklingshausen wystąpił przeciw zdaniu anatomów, jakoby one swych ścian właściwych nie miały, badając ściany po napojeniu ich roztworem saletranu srebrą: gdyż dostrzegł ciemne linie falowo wygięte i siatkowato łączące się ze sobą, zamykające prawie równiej wielkości pola, i utwory te uważał jako wyrażenie nabłonka ściany ich wyściełającego. Badania te zostały później potwierdzone, lecz znaczenie ich było niepewnem. Obecnie p. Auerbach przedstawił temuż towarzystwu nowe swe poszukiwania pod tym względem. Badał on naczynia te na błonie mięsnej kiszki przygotowane w tym celu w oście drzewnym. co okazało, że badania v. Recklingshausena były niedostateczne, gdyż budowa najwięcej jest podobną (*analog*) do téjże naczyń włosowych krwionośnych. Ściany te przedstawiają się jako bardzo cienka, przezroczysta błonka, zasiana licznymi pięknie eliptycznymi ziarnami znajdującymi się w dość jednakowych odstępach i leżącymi w grubości błonki. A cho-

ciaż grubość rurek limfatycznych różni się od $\frac{1}{50}$ -- $\frac{1}{7}$ milimetra, jednak owa ziarnowa błonka tworzy jedyną ścianę, leżącą wprost na włóknach mięsnych i innych utworach, a mimo to daje się ściana ta oddzielić i samoistnie utrzymać. Sposobem połączonym udało się autorowi otrzywać i figury v. Recklingshausena na innych preparatach, z czego pokazało się, iż powyższe figury są w istocie komórkami, a powyżej opisane ziarna jądrami tychże komórek. W ten sposób usunęła się nieprawidłowość, jaka w opisie Recklingshausena istniała, to jest obecność komórek nabłonkowych bez właściwego im jądra. W ten sposób ściany włosowych naczyń chłonniczych składają się z pojedynczej warstwy bardzo spłaszczonej, jądrowych komórek, które swemi falowemi brzegami ze sobą są spojone. (Tamże Nr. 10).

16. W poprzedniej kronice wspomniałem o pracy p. Bardineta dotyczącej **życia noworodków bez oddychania**; ważny ten ustęp medycyny sądowej znajduje obecnie silne poparcie w pracy prof. Maschki, przedłożonej Towarzystwu lekarzy praktycznych w Pradze. Zaprzecza on, iżby słuszne było pojęcie postawione przez Caspera, że oddychanie a życie to jedno; gdyż brak oddychania według p. M. nie pozwala jeszcze wnioskować o braku życia noworodków. Twierdzenie to opiera na dwóch następnych przypadkach, które dla ważności sądowo-lekarskiej przytaczam. Pierwsze z dzieci po otrzymaniu obrażenia po porodzie zostawało przez 6 godzin w ziemi na kilka stóp zagrzebane z twarzą leżącą na łożysku, które jednocześnie odeszło. Po znalezieniu dziecię było zupełnie zimne, z wyrazem twarzy trupim i za umarłe było uważanem. Dla ostrożności jednak usiłowano je cucić: jakoż po dwóch godzinach przyszło do siebie zupełnie; pierwsze ruchy oddechowe dostrzeżono po godzinnych usiłowaniach cucenia. Dziecię to żyło potem trzy dni i umarło następnie na drgawki. Drugie dziecko przez 23 godzin było uważanem za umarłe, powłoki były zimne, niebieskie, wyraz twarzy trupi. Po tym czasie jednak dostrzeżono silny skurcz serca, lubo z powolnym rytmem. W obu razach obrażenia zewnętrzne nie krwawiły, tętnienia powinny nie było, przystęp

powietrza był wstrzymanym i ciepłota trupich ciałek była bardzo niską. Utrzymanie życia tłomaczy autor obniżeniem żywotności do *minimum*, przez co sprawa wymiany w narządach wewnętrznych była bardzo małą, a w dalszych ustała zupełnie, tak, iż ilość tlenu pozostała we krwi z krążenia płodowego była dostateczną do utrzymania równowagi w rozkładzie ciał ustroju. Brak krwawienia z obrażeń pokazuje o zniesieniu krążenia w naczyniach włosowych, a zarazem o bardzo spowolnionej czynności serca. (Tamże Nr. 14).

17. Kończę obecną kronikę krótkim wspomnieniem męża, który w anatomii porównawczej najwyższe położył zasługi i wzbił się do wyżyn Cuviera, Izydora Geoffroy St. Hilaire, a z żyjących Owena i Huxleya, to jest **Gratiole-ta** profesora w Sorbonnie. Umarł on w sile wieku, bo w 49. roku życia, skołatany ciężką pracą i brakiem, rzecz prawie można, środków utrzymania; a wtedy, kiedy zabłysła piękniejsza jutrzienka i spokój o byt, wtedy nie starczyło już życia, złamanego poprzednio ciężką naukową pracą i nić Ariadny ze szkodą nauki przerwana została. Od r. 1863. przepełniały się sale Sorbonny, aby słuchać jego świetnych odczytów, odznaczających się najpiękniejszą i porywającą wymową, wykładem jasnym i zrozumiałym, jakoteż głęboką nauką i znajomością przedmiotu. Pisma jego unieśmiertniły go, a anatomia porównawcza w swój historyi zapisze go na świetnych kartach swego rozwoju i postępu.

ROZMAITOŚCI.

Ludzie kopalni. Jestto dzisiaj uznanym faktem, że są kości ludzkie kopalne, znajdowano je już kilkakrotnie.

W formacjach t. zw. napływowych (epoki diluwialnej, która z resztą, jako wyrażenie naukowe, nie ma wcale związku z czysto przypuszczalnym potopem), równie jak w jamach, które w tymże okresie się zapełniły, znajdujemy pierwsze ślady człowieka na gruncie europejskim.

Napotyamy tam *ludzkie szczątki* częścią ze zwierzętami już wymarłymi, częścią zaś z takimi, które jeszcze istnieją, ale częstokroć już wywędrowały z miejsca, gdzie teraz ich kości znajdują. Z owych dziś już wygasłych rodzajów, które wówczas jeszcze żyły, wymienimy rodzaje niedźwiedzia, hyeny, tygrysa, pantery; obok tych zaś żyły zwierzęta drapieżne, które i dziś napotyamy na północy: ostrowidz, rosomak, wilk, lis, jeź, kret; dalej mnóstwo przeżuwających, gruboskornych, gryzących, z których również niektóre rodzaje całkiem wyginęły, inne zaś w tych samych miejscach zamieszkują. Wyginęły: jelen olbrzymi, antylopy, koziorożce, rodzaje wołu, słonie, nosorożce, konie rzeczne; gdy tymczasem renifer, tur, łos wywędrowały do pewnych miejscowości, a kozy dzikie, borsuk (Murmeltier), jeżozwierz i inne rodzaje częścią mieszkają w naszych strefach, częścią zaś cofnęły się na wysokie góry, których klimat odpowiada podniebiu krajów północnych.

Człowiek przeto miał stół sownie zwierzyną zastawiony, skoro tylko mógł zawładnąć zwierzętami: prowadził życie myśliwskie.

Narzędzia i broń, których człowiek używał w tych pierwszych czasach, były nader niedostateczne. Krzemień lekko zaostrzony był zarówno bronią, jak nożem; prócz tego szczęki niedźwiedzie i rogi jelenie służyły za narzędzia myśliwskie,

Napotyamy téż tu i owdzie szczątki grubych naczyń garn-carskich.

Oprócz swych grubych narzędzi pozostawili ci ludzie pierwotni w pokładach ziemnych swe *kości*, których liczba dotychczas jest wprawdzie bardzo mała, a mianowicie, oprócz nie wielkiej ilości szczęk, zębów i kości kończyn, tylko trzy *czaszki*, z których jedna była znaleziona w jamie Engis blisko Liège, druga w jamie doliny Neander pod Düsseldorfem, a trzecia dnia 17. czerwca 1864. blisko Abbeville we Francyi. W tém ostatniém miejscu odkryto przed dwoma laty szczękę ludzką, co do prawdziwości której zwołany był nawet zjazd naukowy, który stwierdził rzetelność wykopaliny i stary wiek szczęki. Dotychczas w témże samém miejscu odkryto jeszcze wiele szczątków kości, które przez pierwszorzędných badaczów samych z gruntu wydobyte zostały.

Czaszka z Moulin Quignon obok Abbeville nie jest jeszcze dokładniej zbadana: z jakości szczęki wniósł p. *Quatrefages*, członek franc. Akademii, że musiało to być plemię ludzkie małego wzrostu, z głową prawdopodobnie okrągłą, może podobne do dzisiejszego Lapończyka. Dotychczasowe śledzenia świeżo odkrytych szczątków zdają się potwierdzać jego ówczesny wniosek.

Oto zresztą, co w tym przedmiocie pisze Karol *Vogt*, znakomita powaga w przedmiotach zoologii i paleontologii: „W moich *Odczytach o człowieku* zestawilem wypadki znanych dotychczas poszukiwań czynionych nad dwiema czaszkami z Engis i z doliny Neander i wykazałem, że najbardziej kształtem się zbliżają do plemienia australskiego, albowiem obok znacznej długości mają bardzo niewielką szerokość i niektóre jeszcze właściwe cechy; że czaszka z Engis należała może do kobiety, czaszka zaś z doliny Neander, jak to stwierdzają znalezione tamże inne kości, należała do wielkiego i silnego mężczyzny i jestto najdziksza i najpodobniejsza do małpięj czaszka ludzka, jaką w ogóle dotychczas znamy. W porównaniu ze zwykłą czaszką europejską ta czaszka z epoki niedźwiedziej tak upośledzone zajmuje stanowisko, że pomimo woli lekki dreszcz nas przechodzi. Strasznie wygięte brzegi oczodołów,

podobne do pierścieniów otaczających oczy dorosłego *gorilla* albo *orangutanga*; głębokie za nimi wklęsnięcie, które się przedłuża w płaskie sklepienie tak, że poziomo sklepienie czaszki położywszy, nad brwiami nie widzimy już wcale czoła; płaski wierzch czaszki i niezmiernie grube kości czaszkowe: wszystko to budzi raczej myśl o dzikim zwierzęciu, niż o człowieku i dopiero dokładniejsze śledzenie przekonywa, że to jednak była czaszka ludzka i że mózg w niej zawarty posiadał ludzkie cechy.

„Lecz ten małego-człowiek, inaczej bowiem trudno go nazwać, ma jednak iskrę w sobie, która go nad zwierzęta najbliższej spokrewnione wynosi: zastanawia się nad środkami ulepszenia swego położenia i nabycia przewagi nad otaczającym go światem zwierzęcym. Przewagi tej jednak nie nabywa z rozkazu nadanego z góry, lecz musi sobie wyszukiwać narzędzia do jej zdobycia. Równocześnie zmieniają się też stopniowo otaczające warunki. Niedźwiedź jaskiniowy staje się rzadszym i ustępuje miejsca mniej kolosalnemu zwykłemu niedźwiedziowi brunatnemu; tygrysy i hyeny znikają również pomału, podobnie jak koń rzeczny, nosorożec i mamut; przeciwnie zaś żubry, konie i szczególnie renifery pospolitemi są we Francji południowej i stanowią, jak się zdaje zwykłe pożywienie człowieka. Ostatecznie ten okres można nazwać okresem renifera, ponieważ tego charakterystycznego zwierzęcia kości, jako najtwardsze, najczęściej z owych czasów znajdujemy obrabiane na narzędzia, z czego prawie możnaby wnosić, że człowiek wiódł wówczas życie podobne jak Lapończyk, dla którego też przedtem renifer był wszystkiem.“

W późniejszych też okresach są ślady ludzkie; przypominamy tu tylko budowy palowe (*Pfahlbauten*). (*Allg. Wiener med. Ztg.* 1864. Nr. 43).

O CIŚNIENIU ATMOSFERYCZNYM
ZE WZGLĘDU NA LECZENIE WODAMI MINERALNYMI.

Napisał Dr. A. KRYSZKA,

Profesor Farmakologii w Szkole Gł. Warsz. (1).

(Ustęp z rękopismu Balneoterapii, do druku przeznaczonój, czytany na posiedzeniu Towarzystwa lek. Warsz. z dnia 16. maja 1865. r.)

Jak wszystko, cokolwiek odnosi się do formacyi ziemi, tak samo i wszystko, cokolwiek odnosi się do zjawisk, na jój powierzchni spostrzeganych, bez zaprzeczenia ma wielkie znaczenie w nauce o leczeniu wodami mineralnymi. Jeżeli wód mineralnych nie będziemy uważać za pojedyncze lekarstwa, na podobieństwo przynoszonych za receptami z aptek, ale jeżeli będziemy szukali przyczyny ich cudowności, przez dawniejszych przypisywanój dobroczynnym duchom, nad owemi źródłami panującym, spotkamy się z licznymi wpływami, nieraz silniejszemi od samój wody działającemi. O ile formacja ziemi stanowi o rodzaju wód z jój łona tryskających, o tyle skuteczność ostatnich zależy od okoliczności, w jakich cierpiący organizm z nich użytkuje.

Cierpienia wskazują zastosowanie pewnych pomocy lekarskich, z jakich te jedynie są rzeczywistemi lekarstwami, które w danym mianowicie przypadku będą wskazane. Najlepiej przecież podług wskazań wybrane lekarstwo może zawiść nasze oczekiwanie, skoro działanie jego fizyczne, fizyologiczne i terapeutyczne w całości albo w części zostanie prze-

(1) Terminologia naukowa szan. Autora zachowana jest w zupełności, stosownie do wyrażonego życzenia.—*Przyp. Red.*

szkodzone. Pomnąc tedy, jak warunkową jest skuteczność lekarstw aptecznych, nie zdziwi nas jeszcze większa warunkowość skuteczności wód mineralnych. Moc wód mineralnych nie mieści się w samym tylko ich składzie chemicznym. Skład zaledwie wystarcza dla fizyka, a lekarzowi służy za wątek klasyfikacyjny.

Lekarz назначаający wody musi znać, co powinno działać się i co będzie się działo w organizmie podczas ich używania; dla tego, aby nie chybić, musi umieć naznaczyć, gdzie tę kurację prowadzić. Miejscowość więc należy do względów wiele tu decydujących; różni się zaś odpowiednio do wzniesienia nad poziom morza i do szerokości geograficznej. Nim tedy przejdziemy do szczegółów o wodach mineralnych, wypada nam rozważyć następstwa wzniesienia czyli ciśnienia atmosferycznego i szerokości geograficznej, czyli klimatu, i wyprowadzić ztąd ogólne zasady do ich wskazywania. Jednym słowem, mamy uprzednio poznać własności powierzchni ziemi, chcąc potem, bez powtarzania się, nie spuszczać z oczów dających się na tej drodze osiągnąć korzyści.

Oddzieliwszy ciśnienie atmosferyczne od klimatu z uwagi na odmienny ich wpływ na organizmy, co później samo się usprawiedliwi, na pierwszym miejscu stawiam zasadę, że przy używaniu wód mineralnych, zwłaszcza u źródeł, wzniesienie ich nad poziom morza czyli ciśnienie atmosferyczne przeważną gra rolę. Skoro człowiek żyje w powietrzu, niemi oddycha, przy braku lub zepsuciu jego natychmiast czuje się w swym istnieniu zagrożonym: to z powodu ciśnienia przez powietrze wywieranego, przy coraz wyższym wzniesieniu coraz bardziej zmniejszającego się, silny znajdujemy w niemi czynnik sprawy żywotne modyfikujący.

Kula ziemiska, mająca w średnicy 1700 mil geograficznych, na około oblaną jest powietrzem, pomimo całej jego jako gazu rozprężliwości wywierającym na każdy jej cal kwadr. (6.8405 cm kw.) ciśnienie równe 15.11 funtom pruskim (7.066 klgrm.) Takie ciśnienie ma miejsce wyłącznie tuż przy powierzchni

morza (1) i mierzymy je za pomocą barometrów, w jakich merkuryusz pod równikiem wstępuje wtedy przy temperaturze 0° do wysokości 28 cali paryskich, czyli do wysokości 76 centymetrów (760 mm.). Wznosząc się w górę, zatem pomniejszając ciśnienie o warstwę powietrza od powierzchni morza pionowo przebieżoną, merkuryusz w barometrach, do pewnej wysokości, gdzie powietrze jest jeszcze dosyć gęste, opada na każde 10 metrów (32 stóp) stale o 1 milimeter. Rzedzenie przecież powietrza sprawia, że w wysokości 160000 stóp czyli 50000 metrów, równających się 8 milom geograficznym (2), ciśnienie pokazuje zaledwie 1 milimeter, to jest $\frac{1}{760}$ część pierwotnego. Nieco dalej, bo wyżej nad 10 do 12 mil geogr., fizycy przyjmują ostateczną granicę ziemskiej atmosfery.

Z rzonego ciśnienia przypada na powierzchnię ciała ludzkiego, przeszło metr kwadratowy wynosząca, do 40000 funtów, których bynajmniej nie czujemy, albowiem równoważone są sprężystością cząstek w nasz skład wchodzących. Aby więc człowiek żył i był zdrowy, powyższa równowaga musi być zachowaną do pewnego stopnia, ciśnienie nie może przekraczać kresów sprawy żywotne fizycznie warujących. Jakkolwiek granice fizyologicznej kompensacyi daleko zachodzą i nie zawsze każde zboczenie w ciśnieniu szkodliwie na nas wpływa, wszelako człowiek nie jest zbudowany w sposób, aby mógł dłuższe i większe jego zmiany z łatwością znosić, aby przy nich nie był wystawiony na stałe i jednostajne skutki, dające się naprzód obliczyć.

Pod względem łatwości znoszenia rozmaitego ciśnienia na własne ciało człowiek nie dorównywa ani rybom, ani ptakom. Tylko tych dwóch gromad zwierzęta mogą bezkarnie jużto opuszczać się w głębokości oceanu, jużto wzbijać w podobłoczne wyżyny. U jednych i u drugich sprężystość ich ciała, równoważąca ciśnienie zewnętrzne, wspomaganą jest, zdaniem

(1) Morze Kaspijskie leży o 26.045 metrów niżej od Czarnego, a morze Martwe o 408 metrów niżej od Śródziemnego (Struve).

(2) Mila geograficzna liczy, okrągło biorąc, 22000 stóp pruskich; 32 takie stopy równają się 10 metrom.

Foleya (1863), sprężystością powietrza zamkniętego w tak nazwanej duszy rybięj i w zatokach czyli zbieralnikach powietrznych ptasich, komunikujących z płucami i aż do samych kości dochodzących. W skutek obecności tego wewnętrznego powietrza, kiedy przy większém ciśnieniu zewnętrzném parcie idzie w kierunku do wewnątrz, przy pomniejszeniu się jego parcie od powietrza wewnętrznego idzie ku zewnątrz. Tkanki tedy tych zwierząt, soki i gazy po ciele rozlane, znajdują się prawie zawsze pod jednostajném, zewnętrzném lub wewnętrzném ciśnieniem, do odbywania ich funkcij zastosowaném (1).

Człowiek, nie opatrzony podobnemi przyrządami, widocznie przeznaczony jest do mieszkania pod jednostajném, lub prawie pod jednostajném ciśnieniem. Obecność zato owych przyrządów, gdzie są, mogących zastępować pomniejszające się ciśnienie zewnętrzne, uczy, że jego ubytek silniej na organizm działa, aniżeli przybytek, co téż i doświadczenie ostatecznie potwierdziło. Zmniejszenie tedy ciśnienia atmosferycznego po przejechaniu na wyższe miejsca, mianowicie do źródeł mineralnych, nie pozostaje terapeutycznie obojętném.

Dotąd żaden z pegologów nie zajmował się niniejszym przedmiotem, chociaż materiały gromadziły się od 1807 r. (2). Głównym, bo doświadczalnie rozstrzygającym tu faktem są roboty w cylindrach żelaznych, przy budowie mostów, jak nasz Warszawski, pod wodą dokonywane. Wprowadzając zatem nowy rozdział w naukę o wodach mineralnych, aby jego ważność dostatecznie ocenić i zbawienne ztąd dla chorych wyprowadzić wnioski, wypada mi bliżej nieco zastanowić się nad znanemi dotąd spostrzeżeniami.

Zdrowo i cało możemy żyć tylko pod pewném atmosferyczném ciśnieniem, każde powiększenie i zmniejszenie jego po swojemu na organizm działa; sposób zaś tego działania najwy-

(1) Foley w duszy rybięj upatrywał i drugi użytek, to jest wypychanie na zewnątrz spermy i ikry, w jakimto celu ryby w czasie tarcia, podpływaniem do powierzchni wody, szukają pomniejszenia zewnętrznego ciśnienia.

(2) Sturnius o wpływie ciśnienia na nurków pod wodą.

bitniej pokazuje się na robotnikach w podwodnych cylindrach, na żeglarzach balonowych, na wstępujących na wysokie góry i na tamtejszych mieszkańcach, którzy, z wyjątkiem ostatnich, zaznajamiają nas z następstwami przejścia z jednego pod drugie ciśnienie. Jak czujemy się przy zwyczajném ciśnieniu, widzimy to na sobie. O wpływie powiększonego ciśnienia na zdrowych pisali: Inżynier Triger (1850), Pol i Watelle, potem Guérard, wszyscy z powodu robót w kopalni w Lourches; François z okoliczności budowy mostu pod Strassburgiem i Foley (1863), lekarz przy budowie mostu pod Argenteuil na Sekwanie. Ze względów terapeutycznych zajmowali się tym przedmiotem, oprócz Junoda, który przyswoił Francji w 1853. ogromne bańki Arnotta lekarza Dublińskiego, Tabarié (1852.) i jego następcę Bertin (1855.) w Montpellier, Pravaz ojciec (1850.) i syn (1863.) w Lyonie. O skutkach pomniejszonego ciśnienia, pomijając co wiadomo z opisów żeglarzy balonowych, jak: Gay Lussac i Biot (1804.), Barral i Bixio (1850.), także Boussingault, z opisów wstępujących na góry, jak: Saussure, Sherwill, Alkins, Pidwell i t. d. na Montblanc; Bouguer, Humboldt, Boussingault na Chimborazzo; Moorcroft, Webb, Fraser, Gérard na Hymalaya; tudzież z dzieła Foleya, resztę całą zawdzięczamy sumiennym pracom Jourdaneta z 1863. i 1864. r.

Każde zwierzę, nie posiadające przyrządów do wyrównywania powiększającego się ciśnienia, widocznie może każdy podobny przybytek znieść bez szkody; od jakiegoto prawidła nie wyjąkuje się nawet i sam człowiek. Nie mówiąc już o ptakach i rybach, robotnicy w Lourches i przy budowach mostów doskonale znoszą przez kilka (do 12tu) godzin więcej niż 3, nawet do 5 atmosfer, albowiem, opuszczając się 10.56 metrów pod wodę, ciśnienie równa się dwom, a na 21.12 metrów równa się trzem atmosferom. Powietrze, wpychane w tego rodzaju cylindry, przez znakomite zgęszczenie staje się cieplejszém, mniej wilgoci pochłaniającém i wzmacnia światło palącej się świecy. Pierwsze wejście do cylindra dla niektórych ma być przestraszającém, leez prędko przyzwyczajają się ludzie do tego nowego położenia; jedynie żar jak w łaźni i zaraz z począt-

ku ból w uszach, skutkiem nacisku na błony bębenkowe, rzadko chybiają. Słuch przez cały tam czas pobytu zostaje bardzo ostry, głusi też mają nie kiedy na zawsze odzyskiwać ten zmysł. Smak za to, pomimo większego przyływu śliny, powonienie i dotykane tępieją, głos tłumi się, a gwizdać całkiem nie podobna. Robotnicy nie męczą się, choć obfitym zlewają się potem; głód u nich zjawia się prędko, ale nie doznają pragnienia. Oddychanie pomniejsza się i zwalnia, puls maleje do nitkowatego i znakomicie (o 30 do 40 uderzeń) opóźnia się.

Przy wyjściu z cylindra, człowiek czuje się lekkim, rześwym, niekiedy gadatliwym. Po 6 jednakże tygodniach, albo nieco później, takiej pracy ogólne mienie psuje się: robotnicy chudną, tracą cerę, wesołość, bystrość umysłu, chęć do jada i siły; wynędzniali i zgłupowaceni, jeszcze przez jakiś czas w cylindrach przychodzą do siebie, lecz powiększone tam ciśnienie coraz mniej i na końcu całkiem ich już nie ożywia.

Tak opisany przez Foleya wpływ powiększonego ciśnienia atmosferycznego nie wymaga obszerniejszych tłumaczeń, nad zwrócenie uwagi na *ciężar* i *gęstość* téj saméj objętości powietrza. Te dwie okoliczności najzupełniej wystarczają rozumiejącemu fizyologią. Natomiast wielce pouczającemi są przypadłości, za powrotem z cylindrów zwykle zjawiające się. Pomiędzy tu odnoszącemi się figurują: przekrwienie i podrażnienie błon śluzowych, bliżej na zewnątrz komunikujących, powodujące i nawzajem łagodzone przez często widywane krwotoki z nosa i płuc. Z powodu podobnego przekrwienia skóry bardzo też dokuczają większe lub mniejsze jéj palenie, silniejsze lub słabsze pocenie się, a najbardziej niby gryzienie, *puces* od robotników nazywane, aż do niewytrzymania dochodzące, poczytywane przez jednych za zły, przez drugich za dobry znak, tylko przy potach ustające. Muskuly pracujących popadają w otrętwienie (*courbature*) prędko przemijające, lubo w gorszych razach brzękną i niezmiernie bołą. Bolesne nabrzęknięcie napada także i okolice stawów, wysileniami zmęczonych. U dozorujących, zamiast w muskułach, zjawia się podrażnienie w centrach nerwowych, czyli, jak się wyraża Foley, reakcja nerwowa, kiedy u pierwszych była arteryjalną. Ostatniej wszakże

nie opisuje dostatecznie, albowiem nie widział ani nagłej śmierci, ani porażień, jakkolwiek w ogóle nie zastraszających i nie dłużej trwałych, przecież niekiedy i niebezpiecznych, co i u nas w Warszawie niejednokrotnie przytrafiło się.

Dotąd mówiliśmy o nagłym powrocie, ale do zwyczajnego tylko ciśnienia; co zaś dzieje się przy zmniejszeniu jego, czyli przy rozrzedzeniu powietrza, nazwano to chorobą górską (*mal des montagnes*). Choroba górską napada jednych prędkiej, już na wysokości 160 metrów (512 stóp), drugich później, po wzniesieniu się do 3100 metrów (9920 stóp), chociaż górale dochodzą zdrowo aż do 3970 metrów (Saussure). Ona nie chybja nigdy z linią wiecznego śniegu, od równika (Quito 15320 stóp) ku biegunom coraz bardziej do ziemi zniżającą się, jakiej średnia granica przypada w Alpach i Pyreneach przy 8400, w Norwegii przy 2220 stopach wzniesienia.

Choroba górską objawia się z początku osłabieniem i zadyszaniem, większymi od pochodzących ze zwyczajnego utrudzenia; następnie muskuły nie chcą dłużej służyć naszej woli, potrzeba odpoczywać co kilkanaście kroków; jeszcze dalej ginie odwaga, myśli mącą się, głowa zawraca i spada na piersi. Wtedy serce bije gwałtownie, przeszło 100 uderzeń na minutę, napadają krwotoki z nosa, dziąseł, płuc, chęć do jadła ustaje, pragnienie wzmagą się, żołądek zaś rozdymany gazami (Maisiat) cierpi aż do womitów. Na końcu zemdlenie powala o ziemię, chyba że mu umyślném położeniem się zapobiedzimy. Położenie się łagodzi wymienione przypadłości, lecz dla nabrania nowych sił długo wypada odpoczywać.

Przytoczony obraz choroby górskiej Jourdanet porównywa z chorobą morską, wszelako za przyczynę jęj podaje wpływ, jaki wywiera na nas obfite krwi upuszczenie, to jest, ubytek kwasorodu: na górach w skutek rozrzedzenia powietrza, więc mniej go zawierającego; po upuszczeniu krwi w skutek ubytku jęj czerwonych kulek, ów gaz w sobie wiążących.

Pomimo tak szkodliwego działania na organizm większych wysokości, mieszkańcy naszych europejskich gór odznaczają się budową, siłą, odwagą, umiarkowaniem, a dr. Lombard z Genewy chwali klimat alpejski, jako najprędkiej leczący z bra-

ku krwi i chlorozy. Mieszkańcy bowiem nizin, wąтли i osłabieni, po krótkim już pobycie w górach odzyskują czerstwość, siły, apetyt, humor, energią i spokojny nieprzerywany sen. Mniejsze zatém wzniesienie nad poziom morza, aż do 800 metrów (2560 stóp), zdaniem Jourdana eta powiększa hematozę, kiedy większe ją niweczy, zawsze z powodu ciśnienia atmosferycznego i niém rządzonego przesiąkania gazów, we krwi znajdujących się.

Wypompowywaniem gazów krwi pod dzwonem maszyny pneumatycznej przekonywamy się, iż są też same, co i w powietrzu atmosferycznym. Stosując zaś do nich prawo, że ciecze odpowiednio do swój natury pochłaniają stałe objętości gazów, których gęstość czyli waga głównie zależy od własnego ich ciśnienia, gazy krwi powinny pozostawać w ciągłym wzajemnym stosunku z powietrzem zewnętrznym i ciągle przelewać się to w jedną, to w drugą stronę.

Takie i dla téjże zasady przelewanie się gazów w płucach nie podlega żadnej wątpliwości, tylko w porównaniu z pochłanianiem ich przez wodę odbywa się w sposób bardziej skomplikowany, a komplikacje zależą od temperatury krwi, kierunku i stopnia ciśnienia gazów. Temi szczegółami sprawy oddychania zajmuje się fizjologia, jednakże niektóre z nas obchodzących są następujące:

Fizyka naucza, że ciecze, im są zimniejsze, tém łatwiej, — im pod większym znajdują się ciśnieniem, tém więcej pochłaniają gazów i jeżeli z niemi chemicznie nie łączą się, po podniesieniu temperatury lub zmniejszeniu ciśnienia część ich zwracają. Gdy znowu nie wszystkie gazy jednakowo bywają pochłaniane (absorbowane), więc pomieszane po pochłonięciu zmieniają stosunki swych objętości. Wszystko to widzimy przy pochłanianiu powietrza przez wodę, która podług obliczeń Bunsena, przy temperaturze 0° i ciśnieniu 760, pochłania go 0.01831 (5%, Pietra Santa) swój objętości, a stosunki jego zmienia o tyle, iż składając się:

w atmosferze z N	79.00,	O	20.96,	CO ₂	0.04,	pokazuje
w wodzie	N	63.02,	O	34.77,	CO ₂	2.21 objętości,

więcej już nie zmieniających się, lecz odpowiednio do ciśnienia rozmałą wagę posiadających.

To samo robiłaby i krew, gdyby w tém nie przeszkadzała jój temperatura, wyjątkowo tylko równająca się zewnętrznej, gdyby ciśnienie gazów działało się w jednym kierunku, gdyby procesa chemiczne nie zużytkowywały jednego i nie wyrabiały drugiego. Pomijając saletroród, na krew ciśnie jeden tylko kwasoród, ciśnienie kwasu węglowego idzie ze krwi; krew więc pochłania pierwszy, a oddaje drugi. Nadto gazy te ani chwili nie pozostają tam wolnemi, ale ciągle choćby w najślabszym znajdują się związku chemicznym, gdyż nie wydobywają się zaraz z początku działania maszyny pneumatycznej, lecz dopiero po większém w nią rozrzedzeniu powietrza (Magnus). Podobny związek stanowi tamę dla zbyt szybkiej dyfuzji gazów, reguluje ją w celach organicznych i przez to zapewnia prawidłowość dalszemu procesowi chemicznemu.

Śledząc za ilością gazów krwi, poznajemy ją: już przez porównanie wdychanego i wydechane powietrza, już obliczaniem wypompowanych gazów, które, przechodząc wtedy pod ciśnienie atmosferyczne, muszą zmieniać nie samą wagę, ale i objętości.

Co do zmiany w stosunkach powietrza oddychaniem spowodowanej, wiemy, że, gdy skład wdychanego jest N 79.00, O 20.96, CO₂ 0.04, wydechane będzie N 79.55, O 16.38, CO₂ 4.07; czyli, że krew na prawach Henry-Dalton-Grahama pochłania kwasoród w ilości, wynoszącej na dobę u człowieka średniej wielkości 746 gramów, oddając jednocześnie kwas węglowy wynoszący w tych samych danych 876 gramów (Lehmann).

Co do stosunku gazów we krwi uwięzionych, dotąd zmuszeni jesteśmy poprzestawać na zbyt niepewnych obrachowaniach Magendiego, uczących, że znajduje się:

we krwi tętniczej N 1.5, O 25, CO₂ 66,
— — żylnój N 1.5, O 20, CO₂ 78 procentów jój objętości. Lubo Dumas naznacza procent objętości kwasorodu dla krwi tętniczej 13, dla żylnój 10, z powyższych liczb widzimy, że krew tętnicza, potrzebująca dla przejścia na żylną

5 albo 3 setnych swęj objętości kwasorodu, dostaje go 5 albo 4 razy więcj, za współdziałem którego wyrabia kwas węglowy, o 100 razy przynoszący jego stosunek w powietrzu zewnętrzném.

Ponieważ wszystkie te liczby objętości postawione były przy zwykłym ciśnieniu barometrycznym, a waga każdej objętości, odpowiednio do praw Mariotta, od ciśnienia zależy, zatem:

1. Kwasoród przy wszelkiém powiększeniu ciśnienia, w większej od zwyczajnej wadze przechodząc do krwi, nawet żylną będzie czynił podobną do tętnicznej; taką téż znalaziono u podwodnych robotników. Przeciwnie przy zmniejszeniu ciśnienia, dopóki owe zapasowe 20 lub 10% objętości dostarczają koniecznej dla życia wagi kwasorodu, życie będzie się dosyć dobrze utrzymywało; skoro zaś raz pokaże się brak na wadze, natychmiast zbliża się choroba i śmierć. Ciśnienie tedy atmosferyczne wpływa na zaopatrzenie krwi w kwasoród czyli na dobroć hematozy, chociaż i dobroć jęj zakresłona jest pewnemi granicami.

2. Kwas węglowy wyrabia się w organizmie i krąży ze krwią, aby uchodzić przez płuca, jak uchodzi z odkorkowanej wody sodowej lub innych burzących się cieczy. Uchodzi on pchany od tyłu (a tergo) i nie równoważony od zewnątrz dochodzi najmożliwszego rozprężenia. Hervier i Saint-Leger pokazali, że pod powiększonym ciśnieniem mniej wydychamy kwasu węglowego, niż pod zmniejszonym; Vierordt znalazł stosunek objętości jego we wydychaném powietrzu

przy ciśnieniu $28\frac{1}{2}$ (779) = 4.141,

-- — $27\frac{3}{4}$ (746) = 4.450; Jourdanet nako-

niec pod ciśnieniem 560 (21) tracił go jak 5.62. Przybytek tych objętości pokazuje powiększającą się, ubytek pomniejszającą się utratę kwasu węglowego. Prawda, w doświadczeniach Jourdaneta, po 2 godzinach pobytu jego w aparacie z $\frac{3}{4}$ ciśnienia atmosferycznego, objętości gazu cofały się ku normie, lecz i na końcu zwiększonymi pozostały. Wracanie do normy dowodzi, że przy niezepsutym chemizmie tylko stałe objętości, choć różnej wagi, mogą przez błony płuc przepływać; że cięż-

sze dopiero na zewnątrz więcej rozprężają się; że po odejściu nadmiaru stosunki regulują się.

Gdyby błony płuc nie przyczyniały się do regulowania odpływu kwasu węglowego, krew przy każdym znaczniejszym zmniejszeniu ciśnienia, pomimo wzmiarkowanego związku chemicznego, musiałaby burzyć się (musować) w żyłach, co niechybnie zabijałoby na miejscu. Że jednakże zwiększona utrata kwasu węglowego prędkiej szkodzi, aniżeli zboczenia kwasorodu, wskazują liczne spostrzeżenia, z pomiędzy innych *Duhamela*, który po spadnięciu barometru w 2 dniach o 35 mm. widział dużo nagłych zgonów. Z resztą dobrze patrzącemu nie trudno tego dojrzeć na osobach słabych piersi i do krwotoków usposobionych. Nadto i stałe zboczenia barometryczne codzienne: największe przy równiku, coraz mniejsze ku biegunom, pokazujące najwyższy przybytek ciśnienia rano o godzinie 9, nie tak wysoki wieczorem o godzinie 10, najniższy jego upadek wieczorem o godzinie 4, nie tak znaczny rano o godzinie 3; oraz roczne, regularniejsze bliżej równika i morza, ku biegunom (1) i na górach mniej wyraźne, odznaczające się ubytkiem ciśnienia w miesiącach cieplejszych, jakiejbykolwiek wielkości były (zboczenia), nie mogą pozostawać bez wpływu na zapadanie w choroby i na ich przebieg.

Przy tak pojmowanych warunkach oddychania, umiarkowane zmniejszenie ciśnienia atmosferycznego ułatwia oswobodzenie się krwi z nadmiaru kwasu węglowego, ale zarazem naczynia płuc, tracąc na sile oporu, łatwo podpadają rozrwanianiu, nie rzadko wielkiem niebezpieczeństwem zagrażającemu, czyli, że hematoza zyskuje kosztem przyrządu oddychania.

Zgodziwszy się na poprzedzające teoretyczne wywody, wypada zgodzić się i na to: że powiększone albo zmniejszone ciśnienie atmosferyczne musi być skutecznym przy leczeniu chorób; że do tego celu służące zakłady w Paryżu, Lyonie, Montpellier i gdziekolwiek znajdują się, mogą być bardzo

(1) Zboczenia barometryczne niestałe codzienne i roczne, zależąc od klimatu, są większemi ku biegunom i zachowują się odwrotnie, jak zboczenia termometrów.

użytecznymi; że nakoniec, wysyłając chorych do wód mineralnych należy stawiać wskazania i dla położenia miejscowości, działanie samych wód znakomicie modyfikującej. Wskazania takie są bardzo krótkie:

1. Komu potrzeba poprawić krew, hematozę, oswobodzeniem jej z nadmiaru kwasu węglowego, tego, jeżeli nie troszczymy się o płuca, posyłać w góry.

2. Kto ma o tyle nadwerżone tkanki płucowe, że przy podobnej kuracji mogłyby jeszcze bardziej szwankować, lub nie wzmocniłyby się nawet po poprawieniu hematozy, ten musi pozostać w nizinach.

Przykładów niniejsze wskazania potwierdzających nie daleko będziemy szukali; weźmy np. ważniejsze wody przy chorobach płucowych zalecane, z których nad poziomem morza leży:

Ems	stóp	201
Gleichenberg	—	314
Lippspringe	—	378
Szczawnica	—	800
Salzbrunn	—	1200

Eaux Bonnes — 2352 (1), to zrozumiemy przyczynę, dla jakiej z powiększeniem się wzniesienia krwotoki płucne stają się daleko częstszymi.

Mógłby mi kto zarzucić, że w założeniach moich przytaczałem krańcowe różnice ciśnienia atmosferycznego, we wnioskach zaś i przykładach ograniczyłem się na średnich niezbyt pomiędzy sobą odległych wzniesieniach; że tém samym różnica pomiędzy Ems i Salzbrunn, w porównaniu 5 i $1\frac{1}{2}$ atmosfery, nie może mieć znaczenia, a wszystko złe zależy raczej od stanu chorego, niż od ciśnienia. Odpowiadając na podobny zarzut, przyznaję wszelkie znaczenie rozwojowi choroby; wszakże to z jej powodu stawiamy wszystkie nasze wskazania, ale wtedy, *ceteris paribus*, wybieramy wskazane podług dowiedzionych prawd i zasad, jakich uczymy się *non in minimis, sed in maximis*. Przypominam dalej, że, kiedy przy tylu tysięcy funtowych ciśnieniach atmosfery powietrze, podług dochodzeń

(1) Krynica wzniesioną jest nad poziom morza 2000 stóp.

Ludwiga, Krahmery, Valentyna, wpada do płuc przy oddychaniu z cząstką téj siły, zaledwie kilka milimetrów merkuryusza wynoszącą, to każde i najmniejsze zboczenie w ciśnieniu nie może pozostawać bez znaczenia. Nakoniec dodaję, iż pomimo kilku-milowej wysokości naszej atmosfery Jourdanet naznaczył w niéj przestrzeń, dla dłuższego pobytu przydatną, nie więcéj nad 2 kilometry, prawie tyleż werstw od poziomu morza zajmującą. Zdaniem jego, najbardziej sprzyja życiu człowieka ciśnienie od 76 do 66 centymetrów, kiedy niżej 55 cm. już niepodobna i nędznego wieść życia.

Każde przecież i nie tak wielkie zmniejszenie ciśnienia, ale zato dłużéj trwające, oprócz wpływu na kwas węglowy we krwi znajdujący się, może, nawet musi mieć znaczenie ze względu na kwasoród powietrza do krwi przechodzący. Na niższych wyniosłościach, dopóki ilość potrzebnego nam kwasorodu nie ulega zmianie, hematoza poprawia się, dalej zaś nieco hematoza i za nią cały organizm podupadają. Jourdanet chorobę górską stawia na równi z następstwami obfitego krwi upuszczenia, podprowadza ją pod formę anemii, lubo bez szmeru w naczyniach, odbijającą się na zewnątrz organizmu i samym nerwom nie przepuszczającą. Ale natychmiast objaśnia, że choroba górską nie jest anemią lecz *anoxyemią*, czyli brakiem kwasorodu. Brakowi takiemu nie zaradza przyspieszone oddychanie, owszem w skutek przyspieszenia samo oddychanie staje się utrudzającym, jak i każdy wykonywany inny ruch (Saussure). Na górach téż obok potrzeby szybkiego oddychania zjawia się przeszkoda w téj czynności, sprawiająca zwolnienie i pomniejszenie ruchów klatki piersiowej, niemal zapomnienie o oddychaniu, połączone z częstém ziewaniem, po części owę opieszałość wynadgradzającym.

Rzeczony osłabienie mięśni i innerwacji wykrywa zepsuty wewnętrzny chemizm dla niedostatku kwasorodu i nigdy nie daje się leczyć żelazem. Zepsucie chemizmu poznajemy z ubytku kwasu węglowego przy wydychaniu. Doświadczenia Legallois ze zwierzętami poddanymi przez 3 godziny ciśnieniu 45 cm. usunęły w tym względzie wszelką wątpliwość, albowiem zwierzęta wydychały wtedy kwasu węglowego tylko 3.67 objętości.

Powolne rozwijanie się anoxyemii maluje nam Prosper de Pietra Santa na dzieciach, przybywających dla leczenia do Eaux Bonnes, leżącego 790 metrów (2352 stóp) nad powierzchnią morza, następującymi wyrazami: „W czasie pierwszych tygodni pobytu ich w Pyreneach te małe istoty podlegają wpływowi zmiany powietrza, czystości atmosfery i ciągłego ruchu; ich siły żywotne powiększają się i cały organizm poprawia. Ale wkrótce, z powodu ciągłego niedostatku kwasorodu, ztąd codziennie pogarszającej się hematozy, sprawa trawienia podupada i zjawiska anemii chlorotycznej poprzedzają lub następują po objawach rozdrażnienia nerwowego. Bładość cery, wychudnięcie ciała, trwożliwość charakteru stanowczo wykazują patologiczne tam podstawy.“ Jourdanet w dziele swém o Meksyku z 1864. r. obszerniej ten przedmiot traktuje ze względów fizyologiczno-patologicznych. Treść jego spostrzeżeń o mieszkańcach tego kraju, pełnego najliczniejszych dziwów natury, uczy, że Europejczycy aklimatyzują się osobiście w Meksyku jedynie bliżej morza, na 1000 metrów hematoza zaczyna się psuć, zaś po nad 2000 metrów już i osobista ustaje aklimatyzacja, gdzie też wyłącznie Indianie o szerokich piersiach i karłowatém ciełe żyć jeszcze mogą. Ale górne położenie i klimat Meksyku łamie organizmy nie samych tylko przybyszów. Brak sił piętnuje się na konstytucyi, usposobieniu i całej moralnej stronie krajowców. Spokój ciała i duszy, brak namiętności, słodycz w obejściu, mowa bez uniesienia, bojaźliwość w postępowaniu, brak energii i wytrwałości: oto głównejsze ich cechy. Co się zaś tyczy chorób, te odpowiednio do wzniesienia, o ile były nizinom właściwe, albo giną, albo zmieniają swój charakter i przebieg. W wyższych stronach zawroty głowy, gastralgie i hypochondrye występują na miejsce zapaleń; zapalenia przechodzą szybko w atonię i nie znoszą upuszczeń krwi (1). W tyfusach ataxya dochodzi do asfxyi; choroby serca stają się niebezpieczniejszemi, wątroba i śledzio-

(1) Zapewne i w wielkości ciśnienia atmosferycznego leży przyczyna, dla czego w pewnych miejscowościach przy zapaleniu płuc użyteczniejszemi są upuszczenia krwi, jakie w innych raczej szkodzą.

na łatwo brzękną, zato suchoty ustępują z widowni. Zgoła, stan gorączkowy, ostry coraz bardziej traci na mocy, a jeżeli zjawia się, wtedy kończy się szybkim wycieńczeniem.

Z przytoczonego zbioru zmian fizyologiczno-patologicznych, towarzyszących przeniesieniu się na znaczne wyniosłości, nie wszystkie jednocześnie i nagle zagrażają człowiekowi. Organiczne przeobrażenie idzie powolnym krokiem i nim nowe złe nastąpi, nie jedno dawniejsze musi pierwej ustąpić. Jak na średnich wzniesieniach płuca bardziej bywają na niebezpieczeństwo wystawione, bo nawet suchoty i więcej lub mniej zapalne procesa Lombard częściej spotykał w pośrodku, aniżeli u podnoża i na szczytach Alp, ale zato zyskiwała hematoza; tak na dalszych wzniesieniach, nim ostatecznie przyjdzie do anoxyemii, uprzednio wszelkie podrażnienia nerwów i cyrkulacyjne ulegają uspokojeniu, ukojeniu. Z powodu więc ciśnienia atmosferycznego przybywa nam jeszcze wskazanie:

3. Usposobionych do chorób zapalnych, zwłaszcza do cierpień płucowych, jakoteż ludzi z nadwreżonemi czynnościami nerwowymi, byle tylko bez wad organicznych, posyłać na najwyższe góry; pierwszych na dłużej i w klimata cieplejsze (Jourdanet proponuje Meksyk), drugich na czas daleko krótszy i gdzie dogodniej.

Za przykład przytaczam położenie Gasteinu, wzniesionego 3051 stóp nad powierzchnią morza. Nie daję zaś porównawczego przeglądu, jak przy wodach dla piersiowych, gdyż tam za miarę, na jakiej mi tutaj zbywa, wziąłem krwotoki płucne. Pomimo to spodziewam się, że przedmiot ciśnienia atmosferycznego dostatecznie wyczerpnąłem, że uzupełniłem zasady wskazywaniem wód mineralnych kierujące.

Ażeby pogląd ze stanowiska ciśnienia atmosferycznego ile możności rozszerzyć do wszystkich fizyologicznych, patologicznych i terapeutycznych objawów; tém samém, aby mieć nowe stanowisko do oceniania rozmaitych zdań lekarskich: należy pamiętać wyniesienie każdej miejscowości, tutaj zaś dołączam wykaz położenia niektórych miast, więcej na naszą uwagę zasługujących.

	Wysok. stóp			Wysok. stóp
Królewiec	70		Moskwa	380
Berlin	100		Drezno	430.9
Paryż	114		Wiedeń	450
Wilno	360.1		Praga	583
Warszawa	367.5	Ciśnienie = 749.9	Kraków	647.5
Wrocław	370		Kielce	840.3

Ostatnie słowo należy się przyrządom do leczenia chorych powiększonym lub zmniejszonym ciśnieniem atmosferycznym. Przyrządy te są jak wielkie dzwony pneumatyczne, w których ciśnienia i wentylacji dokonywają maszyny parowe, z szybkością bardzo powolną, bo 1 centymeter na minutę. Bertin i Pravaz podwyższają ciśnienie do 30 i 32 centymetrów, Jourdanet zaś zmniejsza go do 20 centymetrów, a pobyt w obydwóch dochodzi od 1½ do 2 godzin. Co do natury leczonych chorób: Bertin najlepsze skutki widział przy chronicznych podrażnieniach przyrządu oddychania, jakoto: *angina*, *aphonia*, *bronchitis*, *emphysema*, *asthma*, *haemoptoë*, *phthisis*, *tussis spasmodica* i przy następczych zбочzeniach klatki piersiowej; Jourdanet przeciwnie przy podupadłym trawieniu i odkarmianiu z rodzaju: *dyspepsia*, *diarrhoea*, *atrophia mesaraica*, *infarctus abdominalis*, *anaemia*, *chlorosis*, *fluor albus*. Ostatni leczył także i choroby piersiowe: *bronchitis*, *asthma*, *haemoptoë*, *phthisis*, *pleuritis chronica*, to jest jej organiczne następstwa, lecz sam wyznaje, iż z wyraźniejszymi zastrzeżeniami, niż przy pierwszych.

P O G L Ą D

NA PRZYCZYNNY, HISTORIĄ I ROZWIJANIE SIĘ CHORÓB ZARAŻLIWYCH U ŻWIERZĄT W STOSUNKU DO CZŁOWIEKA.

Przez Dra Mieczysława MALCZA.

(Dokończenie.—Zob. LII, str. 509 i t. LIII, str. 72. i 231.)

Komuż ze słyszenia, a często i z własnego doświadczenia nie są znane dolegliwości, wywołane w ciele ludzkim obecnością pasożytu, znanego ogólnie p. n. tasiemca, ze wszelkimi jego gatunkami i przemianami? Ale nie wszystkim wiadomo, że przyczyną tego jest używanie na pokarm wieprzowego mięsa. W naturze znajdują się tysiące podobnych pasożytów, tak we wszystkich czworonożnych zwierzętach, domowych i dzikich, jak i w organizmach ptaków, gadów, ryb, owadów, a nawet mięczaków (*mollusca*): gdyż natura, zapelniając niezmierzone przestwory głębin morskich i podziemne jaskinie zwierzętami, nie pominęła pod tym względem i żywych organizmów. Wszystkie te pasożyty odznaczają się zadziwiającą różnaitością swoich kształtów, a każdemu gatunkowi zwierzęcia odpowiada oddzielny pasożyt.

Dawnemi czasy powstawanie **wnętrzaków (entozoa)** poczytywano za zjawisko drogorzędne, zależące od wadliwej mieszczyny soków; niezbyt dawno dopiero tajemnica poczęcia się takowych wyjaśniła prawdę w właściwym świetle. Najczęściej pojawiającymi się w organizmie człowieka i zwierząt są wnętrzaki płaskie (*cestoidea, tremoidea*), z których człowiek żywi w sobie dwa rodzaje:

Botriocephalus latus i *Taenia solium*. Küchenmeister w nowszych czasach odróżnia jeszcze jeden gatunek, a mianowicie *Taeniam mediocanellatam*. Wiadome są jakby pewne geograficzne strefy zamieszkiwane przez takowe pasożyty. W rozszerzeniu się swoim przedstawiają ony coś na-

kształt wędrowki narodów. I tak, *Botriocephalus latus*, pochodzenia, jak się zdaje, mongolskiego i arabskiego, właściwy jest Rosyanom, Polakom, mieszkańcom wschodnich Prus, Szwecyi i Danii. Przez Arabów dostał się do Egiptu i Abisynii, ztąd do Algieru, a przez Maurów przeniesiony został do Hiszpanii i południowej Francyi. Przeciwnie *Taenia solium* zamieszkuje szczególnie w narodowościach południowej Europy, jakoteż w mieszkańcach środkowych i południowych Niemiec.

Zadziwiający sposób rozwinięcia się wewnątrzaków powyższych w nowszych czasach dopiero stał się wiadomym; największa zasługa na tém zagadkowym polu należy się słusznie Küchenmeistrowi. Szczegóły rozwijania się tych pasożytów mają nadzwyczaj wielką wagę dla lekarza zajmującego weterynaryjne stanowisko, dlatego powiedzmy parę słów w tym tak ważnym przedmiocie. Wnętrzaki tasiemcowe (*cestoidea*), jak wiadomo, sąto szczególnego rodzaju organizmy obdarzone życiem, mające ciało płaskie, składające się z mnóstwa dzwon (*scolices*) z których ostatnie są najdojrzałe. Przedstawiają one torebkę, w której znajdują się jajka, obdarzone do pewnego stopnia wątpliwem nieco życiem. Rozwój sam zwierzęcia odbywa się z pomocą tak zwaną zmiany pokoleń (*Generationswechsel*), podczas której zwierzę w czasie swego rozwinięcia odbywa pewnego rodzaju bierne lub czynne wędrowki. I tak u wieprzy, jako zwierząt nadzwyczaj żarłocznych i niechlujnych, przy złém ich doglądaniu, sztucznym chowie, pozbawieniu ich umyślnie ruchu, pomieszczeniu w ciasnych, dusznych i błotnistych chlewach, nareszcie w skutek karmienia ich plewami, pomyjami, u zwierząt tych, powtarzamy, w tkance łącznej, w mięśniach wyradzają się często w przerażającej ilości wewnątrzaki pęcherzykowate, znane p. n. *Cysticercus cellulosae*, zwane inaczej przez weterynarzy i rzeźników wągrami (*Finnen*). W świeżem mięsie poruszają się one widocznie, a w wędzonym chrzęszczą pod nożem.

Piętnaście lat temu znakomity Siebold (1) wspomina,

(1) Siebold: „Parasiten“ in R. Wagners Handwörterbuch d. Physiologie B. IV.

że uderzyło go nadzwyczajne podobieństwo główki téj glisty u świń z końcem główki tasiemca osamotnionego (*Taenia solium*) u człowieka: ten sam kształt kątowaty, jak i dołki do ssania (*Saugnäpfe*), ten sam u obydwóch krążek haczyków (*Hakenkranz*). Jakimże sposobem mogła ona jednak przeniknąć w tak niedostępne miejsca? jakim sposobem mogła zamieszkać w tkance łącznej mięśni, lub w samej ich treści?... Nie będąc w stanie określić tego, zawnioskował, że to jest również ten sam tasiemiec, który się tylko zabłąkał nie w swoje miejsca i dlatego rozwinął się nieprawidłowo i chorobliwie rozdał się w pęcherz. Küchenmeister (1) prowadził dalej doświadczenia Siebolda. I rzeczywiście karmienie psów wągrami z zajaków i królików (*Cysticercus pisiiformis*), a następnie przemiana takowych w tasiemca płaskiego (*Taenia serrata*) przekonały go, że wągry nie stanowią chorobliwej przemiany tasiemca, ale konieczny warunek *sine qua non* rozwinięcia się jego; wągry są jakby gąsiennicami tasiemca. Jednym słowem przyszedł do tego przekonania, że podobnie, jak z jajka owadu najprzód tworzy się gąsiennica, tak z jajka tasiemca z początku tworzy się *scolex*, a następnie dopiero sam pasożyt.

Tasiemiec w jajecznikach swoich zawiera mnóstwo jajeczek. Otóż, będąc właściwym przedewszystkiém człowiekowi i rodzajowi psa, odrzuca od siebie tylną część ciała, zupełnie dojrzałą, razem ze znajdującemi się w jéj dzwoneczkach jajeczkami, które, obleczone właściwą błoną (*proglottis*), razem z odchodami zwierząt, w organizmach których przemieszkują, wychodzą na świat zewnętrzny. Następnie jajeczka takie mechanicznie osadzają się na trawie, łąkach, roślinach, owocach, rozmaitego rodzaju nieczystościach; dostają się do bieżącej wody, która roznosi je w rozmaite okolice i z którą następnie dostają się w napoju do organizmu zwierzęcia. W chwili, kiedy jajeczka dostaną się (rozmaitemi drogami) do wnętrza kanału kiszki człowieka i zwierząt, wtedy nagle błonki

(1) Lehrbuch der menschlichen Parasiten. Leipzig 1855.

jajeczek rozrywają się, wylązki wychodzą na zewnątrz i zapomocą swoich sześciu haczyków przedziurawiają ścianki kiszek, a wtedy zaczyna się odbywać zadziwiająca ich wędrówka po wnętrzach organizmu. Przedziurawiając ścianki kiszek, nietylko, że dostają się do mięszu organów sąsiednich, ale i do najdalszych jam, mięśni, nawet kości i rdzenia kostnego. Każdy tasiemiec, jako pojedyncze individuum, w przeciągu roku może urodzić około 60 milionów jajek, gdyż w każdym dzwonku znajdują się setki i tysiące takowych.

Każdy zarodek jajka (*embryo*) po dostaniu się do miejsca swego pobytu dostaje główkę, która w rozwinięciu się swoim podobna jest do główki tasiemca, zaopatrzona w podobne dołki do ssania i haczyki; reszta zaś ciała rozwija się w pęcherz, zwykle napełniony płynem. Płyn ten służy za pokarm pasożytowi. Takim sposobem wylązki (*scolices*) pozostają w tak nierozwiniętym stanie dopóty, dopóki mięso zwierzęcia, które zamieszkują, samo nie stanie się pokarmem dla innego zwierzęcia. Küchenmeister, karmiąc takim mięsem psy, koty, króliki, na własne oczy widział ich przemianę w płaskiego tasiemca. Patrzył na to, jak żyjątko, wyswobodziwszy się ze swego pęcherza, wychyla główkę i jak nareszcie haczykami swojemi usadawia się nakoniec w kiszkiach. Pęcherz wkrótce odpada, na miejscu jego zaczynają się tworzyć dzwonka, a cała sprawa nie trwa dłużej nad 50 do 60 dni.

Następnie świnie karmione pomyjami, rozmaitego rodzaju nieczystymi pokarmami, pochłaniają razem z temi mnóstwo jajeczek tasiemca: zarodki jajek przechodzą z kiszek w treść mięśni, a w nich znów rozwijają się w wągry. Używane na pokarm z mięsem wieprzowém, przemieniają się nareszcie w kiszkiach człowieka w tasiemca. A więc przyczyną obecności tasiemca w ciele ludzkim jest używanie na pokarm mięsa surowego wieprzowego i rzeczywiście doświadczenie uczy, że najczęściej chorują na niego ludzie z mięsem tém blisko styczność mający i jedzący mięso wieprzowe zbyt obficie. I tak, ludzie, zajmujący się przygotowaniem kiełbas, mają przyzwyczajenie próbować surowe mięso wieprzowe; toż samo

czynią kucharze i kucharki; również dzieciom często daje się surowe mięso skrobane na chlebie. Rzeźnicy doskonale znają tę chorobę wieprzy, a chcąc ją ukryć, wyrzynają zręcznie wągry z mięsa; następnie temi samymi nożami krają potem inne mięso lub chleb, powodując przez to powstanie tasiemca. W dobrze wygotowanym mięsie wieprzowém, dobrze wywędzonym, jak również ogrzewaném przez pewien czas do 100° C. wągry umierają; mięso więc takie traci swe szkodliwe własności.

Wyżej powiedzieliśmy, że płyn znajdujący się w pęcherzu staje się materyałem pokarmowym zwierzęcia. Otóż w miejscu, w którym zaczepia się wylązek, zaczyna się dopiero powiększać w swojej objętości (z nadzwyczajną niekiedy szybkością) w skutek pochłaniania płynu odżywiającego z części otaczających; w przeciągu pewnego czasu nareszcie zaczyna tworzyć się na wewnątrz jego ściance jakby mętna plamka, z której ostatecznie wyrasta oddzielny organ, który przez analogią z główką tasiemca, nazwany został przez K ü c h e n m e i s t r a „*scolex*“ Dawniejsi pisarze nazywali go *kat'exochen: vermis cysticus*. Organ ten również w dalszym swoim rozwoju otrzymuje 4 — 6 narządów do ssania (*Saugnäpfe*), odpowiednich główce tasiemca, a w dodatku, wyrastają niekiedy jeszcze krążki haczyków, choć często ich nie bywa; reszta zaś zwierzątka przedstawia się jako pęcherz, napełniony płynem. Często w zarodku powstaje nie jedna plamka, lecz wiele ich, w skutek czego rozwija się odpowiednia ilość dzwonek (*scolices*), jak to ma miejsce np. w ciele *Echinococci veterinarum* i u t. zw. *Coenurus cerebralis* (w owcach przebywającego). Na téj stopie rozwoju glista pozostaje dopóty, póki znajduje się w treści narządów lub tkanek. Ostateczne rozwinięcie glisty zaczyna się w chwili, kiedy *scolices* jako wągry (*Vermes cystici, Cystierci cellulosa*) razem z mięsem zwierząt wejdą do przewodu kiszki człowieka, jak to już wyżej powiedzieliśmy. Pęcherz tutaj odpada, *scolex* przyczepia się do ścian kiszki, stając się wówczas protoplastą całej kolonii płaskich dzwonek, oddzielonych od siebie brózdkami w ten sposób, że każde dzwonko przedstawia

całość oddzielną, glistę. Küchenmeister spostrzegł osobiście przemianę węża w tasiemca w kiszkiach pewnego przestępcy osądzonego na śmierć, którego na krótki czas przed śmiercią żywił wężami, znajdującymi się w mięsie wieprzowem. Żydzi i Mahometanie, nie jadający, jak wiadomo, wcale wieprzowego mięsa, jak również mieszkańcy krajów, w których nie chodują wieprzy, zupełnie są wolni od choroby tasiemcowej.

Siebold udowodnił, że *scolices Echinococci veterinarum* zdolne są rozwinąć się w kiszkiach psa w małe tasiemce, które nazwał *Taenia Echinococcus*. Küchenmeister, van Beneden, Leuckart wykazali takowego tasiemca Siebolda, wyrodzonego *ex scolicibus Echinococci* rozmaitego gatunku, w owcy, świni i rogaciznie. Podobne doświadczenia *cum Echinococco* człowieka dotychczas wydawały zaprzeczające wyniki, może dla tego, że *scolices* były już nie żywe (1).

Ale wróćmy jeszcze do tasiemca rowkowanego (*Taenia mediocanellata*). Mosler, w dziele p. t. *Helminthologische Studien und Beobachtungen*, wydanem w roku przeszłym (2), wykazuje różnicę, jaka zachodzi pomiędzy tasiemcem osamotnionym (*T. solium*) i rowkowanym (*T. mediocanellata*), za pomocą rozlicznych doświadczeń, jakie przedsięwziął, i wyników, jakie osiągnął, karmiąc zwierzęta wężami. Dawno już było wiadomem, że wydarzające się w człowieku tasiemce przedstawiają się w rozlicznych kształtach i powierzchowności. Jeszcze niejaki pastor Goetze, znany z badań w Niemczech w tym rodzaju, rozwinął dwa rodzaje takowych, mianowicie: *Taenia cucurbitina plana, pellucida* i *T. cucurbitina grandis, saginata*, odpowiadające dzisiejszym *T. solium* i *mediocanellata*; nie rozróżniał ich jednak jako opatrzonych haczykami czyli uzbrojonych i bezbronnych (*bewaffnete und unbewaffnete Taenien*). Bremser pierwszy spostrzegł, że w człowie-

(1) Archiv v. Reichert und Du Bois Reymond, 1863. Nr. 4.

(2) Helminthologische Studien und Beobachtungen von Dr. F. Mosler, Prof. in Giessen. Berlin. Hirschwald, 1864.

ku znajdują się tasiemce nie opatrzone krążkami haczyków (*Hakenkränze*). Badacz ten utrzymywał w swoim czasie, że pomiędzy okazami, jakie spostrzegął w Wiedniu, na jednym nie widział haczyków, chociaż Rudolphi z Berlina przesłał mu egzemplarz wyraźnie uzbrojony. Wiadomym powszechnie jest stosunek obydwu tasiemców do pewnych miejscowości. I tak, w Wiedniu, południowo-zachodnim Wirtembergu i na pograniczu Bawaryi spostrzegany bywa wyłącznie tasiemiec bezbronny; tymczasem w północnym Wirtembergu, północnych Niemczech przeciwnie, uzbrojony. We wschodniej części środkowych Niemiec obydwie formy zdarzają się, częściej jednak tasiemiec osamotniony (*T. solium*); gdyż na 57 okazów, spostrzeganych przez Moslera, tylko 12 należało do rodzaju *Taeniae mediocanellatae*.

Wyżej wspomnieliśmy, że pierwszy Küchenmeister dowiódł, iż rowkowanego tasiemca trzeba uważać za oddzielną postać, odznaczającą się nieobecnością krążka haczyków, większemi bez porównania przyrządami do ssania (*Saugnäpfe*) i w ogóle większemi rozmiarami. Przy powierzchownym oglądzie główek w obydwóch postaciach widzimy, że *T. mediocanellata* ma główkę większą, więcej kątowatą, w skutek silniejszego rozwoju przyrządów do ssania. Ztąd też wynika, że tasiemiec ten w ogóle jest trudniejszym do zniszczenia w organizmie, w tym celu bowiem trzeba się udawać do szczególnych i wyłącznych środków. Różnica zachodzi również ważna w ukształceniu narządu płciowego u samic. Żwierzęta rogane, karmione w wielkiej ilości takowemi pasożytami, już w przeciągu jedenastu dni okazały na sobie widoczne znaki ostrzej choroby tasiemcowej z wydatnemi szczególniejszymi cechami nerwowemi, w skutek których po 21 dniach większość ich zmarła. Ogląd pośmiertny, którego Mosler dopełnił na zwłokach tych zwierząt w obecności prof. Leuckarta, wykazał co następuje: zbiorowe mięśnie, a najwięcej serce (w stanie przerostu) napełnione wielką ilością małych grudek (*Knötchen*), 1—3 mm. szerokości, a 2—4 mm. długości mających, z wejścia koloru białego, które miały nadzwyczajne podobieństwo do rozsianych prosowicznych gruzełków (*Miliartuberkeln*).

Po rozcięciu tęgiej tkanki łącznej, wylała się treść komórek, w której znaleziono pęcherzyki w średnicy nie większe nad 0,5—1,5 mm. Niektóre z nich okazywały pierwsze zarodki tworzenia się główek. Przeciwnie w doświadczeniach przedsięwziętych nad karmieniem zwierząt proglottidami *Taeniae solium* (głównie wieprzy) zauważano w ogóle rozwinięcie się wągrów w daleko mniejszej ilości, poczem żadne wydatniejsze oznaki chorobne nie miały miejsca. W pierwszym razie, w skutek daleko znacznieszego tworzenia się wągrów, rozwinął się stan chorobliwy ostry, z silną gorączką, z cechami podobnemi rażąco do prosowicznej gruźlicy (*tuberculosis miliaria*); dlatego Leuckart dał téj chorobie nazwę ostrój gruźlicy glistowej (*akute Cestoden-Tuberculose*). Na podobieństwo gruzełków tych, jakie przedstawiają wągry, w młodym wieku będące, ze zwyczajnemi, w płucach i innych narządach ciała naszego znajdującemi się, dawno już zwrócono uwagę. Gruzełków tych trudno dopatrzeć gołym okiem, pod drobnowidem przedstawiają się ony w całym swoim świetle. Leuckart, tak o tém wzmiankuje (1): „W przypadku spostrzeganym przezemnie wątroba dosłownie posiana była małemi, białemi, pęcherzykowatemi gruzełkami, które w tysiącznych ilościach przedstawiały się oczom moim. Wejrzenie wątroby, podobnie, jak Haubner i Küchenmeister w przypadkach spostrzeganych przez siebie zauważyli, było takie, jak przy gruźlicy prosowej, do tego stopnia, że bez świadomości o naturze tych grudek, w których mieściły się *Cysticerci*, czém od gruzełków płucnych się różnią, omyłka w rozpoznaniu była nadzwyczaj możebną. Największe z grudek równały się 1 milim., większość jednak była jeszcze mniejszą.“ Leuckart wiele podobnych okazów przedstawiał profesorom J. Vogel, Wernher i Bischoff, powołując się, dla potwierdzenia swych wniosków, na powagę tych znakomitych badaczy. Dodamy, że ze względu na tak łatwą pomyłkę w rozpoznaniu

(1) Ueber die Blasenbandwürmer und deren Entwicklung. Giessen 1856. p. 43.

okazów patologicznych w powyższej chorobie możebnym jest, że dawniej często zapewne brano nagromadzenie się owych zawiązków pasożytowych (*Parasitenkeime*) za prosowiczną gruźlicę, tém bardziej, że sprawa podobna nie może się odbywać bez pewnych chorobliwych, silnie wyrażających się gorączkowych objawów w organizmach żywych.

W dalszym ciągu doświadczeń prof. Moslera nad żywieniem bydła rogatego proglottidami tasiemca osamotnionego, okazują się skutki w zupełności zaprzeczające, przy oglądzie bowiem pośmiertnym ani jednego wągra nie znaleziono w organizmie zwierzęcia. Co więcej, karmienie rogacizny włośnikami (*Trichina spiralis*) również wykazało wynik zaprzeczny, a przy otwarciu zwłok żadnych wągrów dotyczących włośników nie znaleziono. Ważna ta okoliczność przemawia za niemożebnością zarażenia mięsa wołowego i baraniego włośnikami i to nam tłumaczy właśnie, dlaczego tak straszna choroba, jak włośnica (*trichiniasis*), nie nawiedza ludzi częściej, niż dotąd.

Wyczerpujące przedmiot doświadczenia Leuckarta, Virchowa i Zenkera nad **włośnikiem szrubowym (*Trichina spiralis*)** uczą nas, że zupełnie płciowo wykształcony włośnik zamieszkuje w wielkiej ilości w kanale kiszki wielu zwierząt z krwią ciepłą, szczególnie ssących; że już na drugi dzień po wprowadzeniu się do organizmu dosięga zupełnego wykształcenia płciowego; że jajeczka włośników kiszkowych u samic przekształcają się w pochwie macicy na rodzaj nitkowatych, drobniutkich zarodków (*Embryonen*), zdolnych już na 6sty lub 8smy dzień (od wejścia włośnika do kanału kiszki) do wyjścia z wnętrza samicy przez oddzielne ujście, aby zacząć niebawem wędrówkę do mięśni. Przebijają one same o swoich siłach ściany przewodu kiszki, otrzewną i przez jamy ciała naszego przybywają wprost do mięs, gdzie, przy sprzyjających warunkach dla swego bytu, przekształcają się w postać znaną już dawno, od czasu Owena, włośnika mięśniowego (*Muskeltrichine*). Z doświadczeń Leuckarta, który karmił rozmaite ssące zwierzęta włośnikami, okazuje się, że pies mniej ma zdolności do

przyjęcia w siebie pasożytu, aniżeli świnia lub królik. Doświadczenie nad dwurożną owcą wykonane wydało zaprzeczony wynik, a jakkolwiek na czwarty dzień po karmieniu znaleziono w śluzie oblekającym pomiot owczy wykształcone płciowo włośniki, jednak ogląd pośmiertny, wykonany po 4ch tygodniach, nie wykazał najmniejszego śladu włośników w mięsach. Żwierzęta zatrutowane włośnikami umierały przy objawach obfitych potów, silnych biegunkach (*diarrhoea*), oddychaniu więcéj brzuszném, czasami usiłowaniami do womitowania, porażeniu kończyn i drgawkach.

Doświadczenia Fiedlera, prosektora w Dreźnie (1), nad królikami, pierwszy raz czynione, wykazały, że najwcześniejszy termin wyjścia zarodków z kiszek do mięs był 10 dni, w innym przypadku 10 ½, albo 11; dalsze poszukiwania jednak (2) jego wykazują, że sprawa wdrażania może się odbywać i wcześniéj. Jakkolwiek i w tym razie na 4. — 7. dzień nie znalazł włośników w mięsach, ale w dwóch przypadkach na 8. i 9. dzień po karmieniu takowe znajdował, pojedynczo wprawdzie, powdrażane w mięśnie. Największe wdrażenie się włośników w mięśnie miało miejsce w końcu drugiego i początkach 3go tygodnia. W jamie brzusznej zarodki znajdowano dopiero po 10 dniach, z pewnością zaś na 13. lub 15. dzień od czasu ich wprowadzenia. Przebicie ścian kiszek musi się odbywać nadzwyczaj prędko, gdyż Fiedler nigdy nie znajdował zarodków w ścianach powyższych, chociaż takowe jednocześnie w znacznej ilości znajdowały się w jamie kiszek i brzucha. Fiedler utrzymuje, że zarodki mogą wnikać w mięśnie nie tylko przez kiszki, ale również i bezpośrednio z obiegiem krwi i chłonicy (*Lymphstrom*). Podwiązanie tętnicy biodrowej (*a. cruralis*) na piąty dzień po karmieniu nie

(1) Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Trichinen, nebst einigen Mittheilungen über die Heilwirkung einzelner Medicamente auf dieselben. Archiv der Heilkunde, 1864, I. Allg. med. Central-Zeitung 1864. I.

(2) A. Fiedler: Weitere Mittheilungen über Trichinen. Archiv d. Heilkunde V. 466—472.

ochroniło wprawdzie nogi od wdrażenia trichin; pomimo tego jednak takowe mogło się odbyć przez poboczny (kollateralny) obieg krwi. Wdrażanie się jednak włosników w naczynia krwionośne, a następnie w włoskowate, aby przeniknąć do tkanek, zdaje się być wątpliwem (Leuckart); chociaż wyżej wzmiankowany badacz, jakoteż i prof. Zenker z Drezna, twierdzą, że znajdowali zarodki, i to wielokrotnie, w skrzepach krwi prawej komórki i prawego uszka serca; największa ilość takowych była cztery. Fiedler znajdował je również w wielkiej ilości w gruczołach krezkowych, podczas ich wędrowania. Leuckart wypowiada przekonanie że wdrażanie odbywa się wprost przez przedziurawienie ścianek kiszek, otrzewnej i to wzdłuż tkanki łącznej, a następnie wejście w wiązki mięśni. Za tém zdaniem przemawia i ta okoliczność, że włosniki w największej ilości najczęściej znajdują się w miejscach, gdzie mięśnie posiadają najpulsniejszą tkankę łączną. Virchow spostrzegał zarodki w gruczołach limfatycznych krezkowych. Według Fiedlera, wielkość zarodków w mięśniach królików, znalezionych w ostatnich w 11. dniu po zjedzeniu przez nich zatrutego mięsa, równała się 0,132 mm., w 16. lub 17. dniu 0,48 mm. W 5 do 6 dni zatém włosniki rosną 0,35 mm., a w jednym dniu tylko 0,07 mm.

W końcu czwartego tygodnia zaczyna się otorbienie włosnika (Virchow) (1); samo zaś skredowacenie torebki następuje późno, gdyż u królików, które w 132. 165. i 167. dniu po zjedzeniu mięsa zarażonego umarły, na obydwóch końcach torebki znajdowały się zaledwie kropkowane zwapnienia. Torebka ma kształt cytryny, z wydłużeniem w obydwóch końcach; oś takowej jest równoległą z włóknami mięśni; ściany jej, z początku przezroczyste, powoli kredowacieją, nie przedstawiając żadnej określonej ściśle postaci w brew twierdzeniu Luschki, który widzi wyraźne dwie błony. Nie można jednak omięsniej (*sarcolemma*) pożytywać ze zewnętrzną torebkę (*cyste*), co zapewne podało powód autorowi do

(1) Virchow: Darstellung der Lehre von den Trichinen etc. Berlin 1864.

powyższego zdania. W tworzeniu się torebki bierze także udział tkanka między-mięsna. U królików w skutek zatrucia najliczniej włósniki pojawiają się na obydwóch warstwach żwacza (*m. masseter*), dalej w mięśniach oka, krtani, a następnie dopiero w przeponie.

Włósniki przy ciepłocie 30 do 40° Réaum. żyją najswobodniej; przy 50 do 52° R. zdychają, lecz nie zaraz, często zostają przy życiu 10 do 15 minut, a czasami i dzień. Ciepłota 58 do 69° bezzwłocznie je zabija, a w jednym przypadku, gdzie mięso ulegało gniciu, już 45° wystarczało do zabicia ich. Mięso włósnikowe w ciepłe 50°, po karmieniu niem zwierząt, zaraźliwości nie okazało. Przy 2° zimna Réaum. włósniki okazywały zwykłe ruchy, chociaż, podług doświadczeń J. Vogla, przy największem nawet zimnie nie wszystkie włósniki giną. Przy 11° R. zimna włósniki zawarte w małym kawałku mięsa wszystkie zamarły; w większej jednak ilości mięsa, jak np. w biodrze królika obdartém ze skóry, wytrzymały przez całą noc ciepłotę — 15 do 17° R., a pomimo tego niektóre jeszcze żyły.

Co do życia zwierząt w wysokiej ciepłocie, zaznaczamy tutaj, że już Aëtius mówi o pewnem jeziorze w Libii, w którym woda była nadzwyczaj gorąca, a w której żyły ryby. Sh a w coś podobnego opisuje. Sonneras widział na wyspie Manilli ryby żyjące przy ciepłocie 60 do 80° wody (podług wymiarów jego i Prevosta). Według twierdzenia Spallanzani'ego i Cocchi w cieplicach Pizzy, których ciepłota wynosi 43,89°, żyją najswobodniej żaby. Karpie umierają w wodzie dopiero przy ciepłe 59,25° (1).

Co do zmian, jakie prowadzi za sobą wdrażanie się włósnika w treść mięśnia, Virchow spostrzegał we włóknach mięsnych, po nastąpnem wdrażeniu się młodych włósników, mocne powiększanie w objętości mięsnych jąder, z odnoszącymi się tutaj ciałkami. Wagner (2) we włóknach mięsnych

(1) Allgem. Wiener Zeitung. 1864.

(2) R. Wagner (Archiv der Heilkunde. V. 183 - 187).

dziewczyny, która wraz ze swoją matką zmarła w skutek włośnicy, spostrzegają wdrażone włośniki, niejako przykryte warstwą nagromadzonych jąder mięsnych, które w części rozwinęły się z omięsnej (*sarcolemma*), w części zaś z tkanki łącznej międzymięsnej. Fiedler (1) we wszystkich spostrzeganych przez siebie przypadkach ostrój włośnicy u zwierząt i u człowieka we wszystkich mięśniach znajdował rozrost jąder (*Kernwucherung*), i to nie tylko na tych miejscach, na których spoczywała trichina. Autor ten twierdzi, że rozrost ten prowadzi za sobą tworzenie się nowej tkanki łącznej; nowoutworzone jądra postaci jajowatej wyrastają w wrzecionowate komórki (*Spindelzellen*), włókna mięsne zanikają, a ostatecznie tworzy się tkanka łączna (2). Treść kurczliwa mięśni (*contractile Substanz*) często znajduje się w stanie zwyrodnienia tłuszczowego; zdarza się również opisane przez Z e n k e r a zwyrodnienie woskowe mięśnia włośnikami napełnionego.

Przyczyną więc powstawania włośników w ciele człowieka jest tylko używanie na pokarm mięsa wieprzowego, czyto surowego, czy niedostatecznie ugotowanego, upieczonego lub uwędzonego, zawierającego w sobie już żywe i zdolne do rozwijania się włośniki. Z jednym kęsem takiego mięsa może być zjedzone 20,000 włośników, które w przewodzie pokarmowym, w miliony rozradzają się. Droga, zapomocą której dostają się włośniki (oprócz sztucznego karmienia) zwykle do ciała wieprzów, nie jest dostatecznie wyświetloną. Virchow i Haubner (3) twierdzą, że, ponieważ w mięsie rozmaitych zwierząt, jak szczurów, myszy, kretów, kotów, psów, królików, i t. d., a jak R. Langenbeck z Hanoweru sądzi, że i w gliście zimnej (*Regenwurm, Lumbricus terrestris*), mogą się

(1) Berl. klin. Wochenschr. 1. Nr. 7. Kernwucherung in den Muskeln trichinenkranker Menschen.

(2) Haubner (Karl): Ueber die Trichinen mit besond. Berücksichtigung der Schutzmittel gegen die Trichinen beim Menschen.

(3) Fiedler: Ueber die Kernwucherung in den Muskeln bei der Trichinenkrankheit. Virch. Archiv. XXX, 461—463.

znajdować również włośniki, a takowe pozostają przy życiu nawet wtedy, gdy ich mięso podlegnie sprawie gnicia: to niezawodnie świnie przez używanie na pokarm takowego mięsa mogą się same zarażać; powszechnie zaś wiadomo, ile jest trudnym zapobiegnięcie temu zatruciu. Jeśli zaś już jedna świnia jest zarażoną, to z odchodami takowej wydzielają się i żeńskie płody włośników, które, będąc poźarte przez drugie zwierzę, wywołują w niem zarażenie się.

Najpewniejszym środkiem przekonania się o obecności włośników jest rozpatrzenie mięsa zarażonego pod drobnowidem; do czego wycina się kawałek mięsa, albo wrywa z pomocą haka, zwanego hakiem *Middeldorffa*, z żywego zwierzęcia: włośnica (*trichiniasis*) bowiem, z powodu podobieństwa niektórych objawów, łatwo może być poczytaną za gorączkę durzycową (tyfoidalną), gościec ostry czyli reumatyzm, a nawet, przy nagłym wybuchu choroby, za jakieś otrucie.

Wpływ rasy, do której należy trzoda, w rozmaitych krajach utrzymywana, na zagnieżdżanie się wnętrzaków, zdaje się być nadzwyczaj małym: gdyż, jakkolwiek są kraje, a wtój liczbie i Polska, gdzie włośnica u ludzi dotąd spostrzegana nie była, to jednak trudno jest wyrzec stanowczo, że trzoda chlewna jest wolną od włośników, lub też czy nie bierzemy choroby powyższej za jaką inną. Bezwątpienia jednak najgłówniejszą rolę w zarażeniu się człowieka gra przejadanie się mięsem wieprzowem surowem lub źle przyrządzonem w tych krajach, gdzie jedzenie takowego przeszło w zwyczaj, jak np. w Niemczech. Marynowanie szynki przez 6 i więcej tygodni, następnie wymoczenie jej w soli kuchennj i saetrze skutecznie działa na wytępienie włośników w takowem mięsie, co potwierdzają doświadczenia *Küchenmeistra*, *Haubnera* i *Leiseringa*.

Okoliczność ta, że po nastąpieniem już otorebkowaniu włośników w mięsie trzody chlewnj nie podobna jest osądzić, czy wnętrzaki (*entozoa*) w niej się znajdują, jest wcale nie korzystną; gdyż przeświadczenie się przy kupnie lub przeznaczaniu na rzeź trzody w takim razie jest nie podobnem. Opór, jaki stawiają włośniki, na najsilniejsze nawet, przeciwko sobie

używane odczynniki, czynią niepodobnóm ich zniszczenie; chyba takowe, lub téż ograniczenie liczby, może nastąpić wtedy, kiedy włośniki znajdują się w przewodzie kiszkowym. Użycie przeciwko nim najrozmaitszych środków, a między innemi olejku terpentynowego, gliceryny, wyciągu paproci (*extr. filie. mar.*), pikro-saletranu potażu (*kali picronitrici*), środków czyszczących, okazało się bezskutecznóm. Klencke (1) w dziełku swoim, traktującym o włośnikach u zwierząt i ludzi, powiada, że nie ma lekarstwa na zabicie włośników znajdujących się w mięśniach, z tego powodu, że, dając lekarstwa powyższe i inne tak zwane swoiste przeciwko téj chorobie w większej ilości, możemy narazić człowieka na niebezpieczeństwo otrucia go, radzi więc tylko postępowanie czysto łagodzące przeciwko objawom włośnicy.

Niebezpieczeństwo zatrucia się jest tém większe, iż pasożyty te stawiają nadzwyczajny opór wszelkim czynnikom przeciwko nim wymierzonym, pozostając długi czas żywemi, nawet przy następującej sprawie gnicia. Opór ten może się wykazać już z rodzaju rozlicznych przyrządzeń i zmian, jakie czynione są przy przygotowywaniu szynki na pokarm dla nas służącej, któreto różne postępowania włośniki bez szkody znoszą, a przez to dla człowieka niebezpiecznemi się stają. Nie tylko jednak włośnik posiada tę siłę oporu: i tak dr. Krüger (2) znalazł w mięsie jednej z ugotowanych żab, podanych na stół do jedzenia, żyjącą jeszcze włosówkę (*Filaria piscium*); dawni helmintologowie wspominają również o tasiemcach (*Ligula*), które w tych samych warunkach poruszały się w mięsie rzecznych ryb.

Ze wszystkich przytoczonych powyżej środków leczniczych jedna benzyna (oprócz środków rozwalniających), podług zdania Leuckarta, ma za sobą przyszłość. Z doświadczeń

(1) Klencke: Die Trichinen im Fleische des Schlachtvelhes und die Trichinenkrankheit der Menschen. Leipzig 1864.

(2) Die Trichinenkrankheit und deren Bekämpfung. (Allg. Wiener medic. Zeitung. 1864).

Moslera (1) wprawdzie nie okazuje się benzyna jako środek swoisty przeciwko włośnicy, (gdyż wątpliwą zdaje się być rzeczą, aby człowiek w stanie gorączkowym mógł zażywać takie dawki benzyny, któreby okazały się dostatecznymi do zabicia włośników); jednakże faktem jest, że benzyna zabija najprędzej włośniki, a gdybyśmy za pomocą tego środka mogli choćby ograniczyć tylko ich liczbę, byłoby to już skutkiem wcale pożądanym, gdyż przez to zapobiegilibyśmy, w części chociaż, wdrażaniu się zarodków w tak zastraszającej ilości (2). Z nadzwyczaj ciekawych doświadczeń Moslera przedsięwziętych w celu przekonania się o czasie, zdolności i długości życia włośników w rozmaitych roztworach i mieszkankach, przytaczamy następujące wyniki:

1) Benzyna czysta i *oleum animale Dippeli* zachowują się pod tym względem jednakowo: gdyż po 3ch do 6ściu godzinach leżenia mięsa w powyższych płynach zbiorowe włośniki mięśniowe znaleziono w nieżywym stanie, bez widocznych ruchów, z treścią mętną ziarnowatą (*körniger Inhalt*); wew łośnikach już otorbionych nastąpiło wyraźne jakby skrzepnięcie wnętrza torebki; 2) w olejku terpentynowym oczyszczonym (*ol. terebinthinae rectific.*) włośniki znaleziono po 30 godzinach jeszcze w stanie żywym; 3) w czystym chloroformie umierały po 5 godzinach; 4) w roztworze arsenikowym Fowlera (*solutio arsen. Fowleri*) po 30 godzinach jeszcze żyły; 5) w mieszaninie 1 cz. santoniny z 2 cz. oleju rącznikowego (*ol. ricini*) i 2 cz. oliwy włośniki żyły jeszcze po 48 godzinach; 6) w mieszaninie 1 cz. wyciągu eterycznego z paproci (*ext. filic. mar. aeth.*) z 4 cz. gumy arabskiej i 4 cz. wody przekroplonej pozostawały przy życiu jeszcze po 30 godzinach; 7) podobnie zachowują się w odwarze kory korz. granatowego (z 2 drachm na 1/2 uncyi); 8) w roztworze jodku potasu (1/2 dr. na uncją wody przekropl.) podobnie; 9) w roz-

(3) Helmintol. Studen und Beobach. Ueber das Benzin und seine anthelmintische Wirkung. S. 57.

(2) O doświadczeniach tych pomówimy nieco obszerniej w oddzielnym artykule. *Przyp. autora.*

tworze siarczanu chininy (gr. 8 na uncją wody przekropl.) włośniki żyły po 20 godzinach; 10) wreszcie w rozcieku węglanu potażu (*liq. kali carbon.*) (2 dr. na uncją wody przekropl.) po 20 godzinach żadnych oznak życia nie okazywały.

Z pomiędzy wszystkich tych środków benzyna, *ol. animale* Dippelii i mocne alkaliczne roztwory, zdaje się, iż najwłaściwsze byłyby do doświadczeń z choremi na włośnicę, przy czém zapewne jeszcze dzielniej działałyby na włośniki kiszki. Jako więc środek silnie skutkujący, benzyna zasługuje na dalsze doświadczenia. O dawce i skutkach tego środka w inném jeszcze miejscu pomówimy nieco obszerniej.

Prof. Virchow kładł mięso z włośnikami w kwas chromowy, pozostawiając je w nim przez dłuższy nawet czas; pomimo tego po wyjęciu mięsa włośniki jeszcze żyły.

Co się tyczy dziejów odkrycia i wędrówek włośnika po ciele ludzkim, to podług wszelkiego prawdopodobieństwa pierwszy J. Hilton, anatom angielski, w 1832. roku spostrzegł włośnika w człowieku; a mianowicie przy otwarciu jakiegoś starca zauważył pomiędzy włóknami mięsnymi drobniutkie, białe, wydłużone ciała kształtu pęcherzykowatego, i to w nader znacznej ilości, które jednakowoż zaliczył do rodzaju wągrów (*Cysticercus cellulosae*). Dopiero w 1835. r. R. Owen wewnątrz pęcherzyków znalazł nitkowatego robaczka zwiniętego w kształcie śruby, którego nazwał włośnikiem śrubowym, *Trichina spiralis*, w którym jednak ani przewodu kiszkiowego, ani odbytnicy (*anus*), ani części płciowych nie spostrzegł. W dalszym ciągu uczynił on zajmujące odkrycie, a mianowicie, że włośniki znajdują się tylko w poprzecznie przegowanych mięśniach, z wyjątkiem serca.

A. F a r r e dopiero odkrył widoczny przewód kiszkiowy i jajeczniki (*ovaria*). Dujardin i v. Siebold, zadziwieni podobieństwem pasożyta z innymi robakami otorebkowanymi, twierdzili, że włośnik mięsny jest po prostu rodzajem robaka w załączku będącego, jeszcze nierozwiniętego i nieotorebkowanego, do rzędu *nematoidea* (Rundwürmer) należącego. G. Meissner utrzymywał, że to jest poczwarka włośowca (*Trichosoma*), albo że odpowiada włośogłówce (*Tri-*

chocephalus), jak utrzymywał *Küchenmeister*; *Herbst*, poczytywał włośnika za niewykształconą jeszcze postać nitkowca (*Filaria*).

Różnice te wzdaniach pogodzili *Virchow* i *Leuckart*, czyniąc liczne doświadczenia nad karmieniem psów, trzody chlewniej i królików i przyznać trzeba, że jasność i dokładność obecnych pojęć o włośniku zawdzięczamy tym odkryciom, które w kilku słowach dla historycznej ich wartości przytaczamy. *Leuckart* znalazł w kiszce psa, zmarłego na 5ty dzień po zatruciu go mięsem włośnikowem, mocne nastrożenie błon śluzowych, liczne podbiegnięcia krwi (*sugillationes*) i znaczny wysięk na takowych; prócz tego częścią w błonie śluzowej, po części kiszek liczne małe stworzenia z rzędu *nematodes*, odpowiadające w budowie swojej najzupełniej włośnikom, z zupełnie rozwiniętym narządem płciowym: były to więc najdokładniej rozwinięte żyjątka. Samice nader były liczne, o $\frac{2}{3}$ większe od samców. Następnie u świni, która zjadła podaną jej kiszkę, *Leuckart* znalazł już włośniki w mięśniach międzyżebrowych; były one jakby pokładane jedno na drugie, w ogromnej liczbie, jakby potomstwo włośników rozwiniętych w kiszkach. Dalsze poszukiwania jego wykazały wędrówki włośników do mięśni. Co się tyczy drogi, jaką odbywały te zwierzątka, to w ciałach zatrutych zwierząt badania wykazały mniej więcej takie wyniki: we krwi krezkowej (*Mesenterialblut*) nigdzie nie spostrzegali zarodków; natomiast znajdowały się one w stanie wolnym w jamie brzucha, w jamie piersiowej, wreszcie w tkance łącznej międzymięśniowej, a nawet w samych włóknach. Po tych świetnych odkryciach *Leuckarta* i *Virchowa* włośnik uważany był w nauce jako individuum, mające więcej zoologiczną wartość, aniżeli lekarskie znaczenie; gdyż, jakkolwiek znajdowano go przy oględzinach zwłok ludzkich, zdarzało się to jednak nadzwyczaj rzadko, a głównie, że uważano włośnika za zupełnie niewinnego gościa względem ustroju ludzkiego. Dalsze jednak doświadczenia *Leuckarta* dowiodły, że znaczna ilość włośników, jaka się rozwijała w skutek użycia surowego wieprzowego mięsa na pokarm, powodowała

znaczne podrażnienie w kiszkach i mięśniach, a nawet nagłą śmierć u zwierząt. Podobne przypadłości wkrótce powtórzyły się i na ludziach, przestrzegając niejako, że włośnik należy do najzawziętszych nieprzyjaciół człowieka. Z tém wszystkiém dopiero Z e n k e r, profesor Drezdeński, ogłosił najpierwszy wiadomy przypadek śmierci w skutek włośnicy, który się mu wydarzył w praktyce szpitalnej w 1860. roku. Przy otwarciu zwłok pewnej 20-letniej dziewczyny, która, zachorowawszy na „gorączkę durzycową (*f. typhoidea*)“ z nadzwyczajną bolesnością całego układu mięśniowego, zmarła w 3 tygodni od rozpoczęcia choroby, znalazł Z. niezliczone mnóstwo włośników jużto w kiszkach, już w mięśniach. Dziewczyna ta na parę dni przed zaśląbnięciem jądła wieprzowe mięso ze świeżo zabitej świni, której mięso było siedliskiem włośników. Rzeźnik, który zarznął to zwierzę i mięso surowe spożywał, jednocześnie zachorował na rodzaj gośca (*arthritis*) z oboleniem w wysokim stopniu całego ciała, zapewne także wskutek zarazy włośnikowej, która długo w łóżku go zatrzymała.

W skutek przyczyny tak ogólnej, jaką jest używanie na pokarm surowego lub źle w ogóle przyprawionego wieprzowego mięsa, ma się rozumieć, że wiele osób na raz może zachorować, a ztąd wyradza się pewnego rodzaju jakby epidemia i endemia. Możliwość faktu tego potwierdził pierwszy Wunderlich, wspominając o przypadku, w którym czterech pomocników rzeźniczych, najadłszy się wiele surowej wieprzowiny, jednocześnie zachorowali i poumierali na włośnicę, a otwarcie zwłok ich wykazało obecność w ich ciele włośników. Podobnie powstała epidemia na wiosnę r. 1862. w Plauen, w skutek której umarło 25 -- 30 osób. Böhler i Königsdorffer, którzy wtedy właśnie 16 przypadków spostrzegali, przekonali się naocznie pod drobnowidem o obecności włośników bezpośrednio na 3ch osobach, wyciąwszy z ramion ich po kawałku mięśnia wielkości grochu. Po 4ch miesiącach włośniki te były jeszcze żywe, okazywały ruchy; jedne z nich były w stanie wolnym, drugie już otorebkowały się. Podobna epidemia była w Magdeburgu, w ciągu której od 1858. do 1862. roku zachorowało z wielką gwałtownością

300 osób. Z początku chorobę tę uważano jako epidemiczne ostre zbrzęknięcie tkanki podskórnej i mięśni, czyli jako postać szczególną, nazwaną *scleroma adultorum*. Trzecia epidemia podobna spostrzeganą była w Kalbe nad r. Sałę przez Simona i Herbstą, od m. czerwca do lipca 1862. roku na 38 osobach, z których 8 umarło. Na wyspie Rugii (*Rügen*) w Poznaniu i okazywała się w 1863. r. w sierpniu i wrześniu. Nadto w Anglii, Francji, Danii, Ameryce, spostrzegano również, choć nie liczne przypadki. Rupprecht opisuje epidemię w Hettstädt, w 1863. r. w październiku tamże pojawioną, w której ciężko zachorowało 158 osób, a z tych 27 zmarło.

Nareszcie ciekawy przypadek, prawdziwie doniosłości historycznej, opisuje dr. Lücke, docent w Berlinie (1). Było to w r. 1845. Do miasteczka Jessen w Łuzacyi, okręgu Swidnickim, przybyła delegacya examinacyjna, mająca polecenie, zwiedzić tamtejszą szkołę. Przed przystąpieniem jednak do egzaminu, udano się na śniadanie przygotowane u p. Gesse b. aptekarza, a wówczas kupca i handlarza win. Zastawa składała się z kiełbasy, surowej szynki, sera i wina białego i czerwonego. Z ośmiu osób składających delegacyą tylko jeden, t. j. niejaki Stöckert, nie brał udziału w śniadaniu, wypiwszy tylko lampkę czerwonego wina. W kilka dni po śniadaniu pierwszy rektor Stringe dostał nagle mocnego rozwolnienia z mdłościami i ogólném nagłym osłabieniem połączonego; poczem, będąc tak chory, pojechał do Halli, gdzie, położwszy się do łóżka, więcej już z niego nie wstał, przy objawach ciągłej biegunki i bezwładu kończyn. Drugi, niejaki Schirlitz, wkrótce po pierwszym dostał również rozwolnienia gwałtownego i zmarł przy objawach gorączki tyfoidalnej, z napuchnięciem kończyn, po 10 — 12 dniach od początku choroby. Trzeci Nitschke zaraz po śniadaniu zachorował, spuchł i w 14 dni również umarł. Senator Müller, przy zupełnie podobnych objawach, zakończył życie po 2ch miesiącach. Burmistrz Hennig pierwsze 8 dni po śniadaniu czuł się jak naj-

(1) Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin. XXV. 1.

lepiej, potem jednak nagle dostał biegunki, bóleści w brzuchu, wkrótce wystąpiły po ciele czerwone, swędzące plamy, jedna połowa ciała spuchła od głowy do stóp; pomimo tego chory ten wyzdrowiał i ma się dobrze. Pozostali, t. j. Trimus i nauczyciel Oehme, przeszedszy zupełnie odpowiednią w objawach swoich chorobę, co i pierwsi, wyzdrowieli również, utraciwszy zaledwie jędrność mięśni, które do dzisiaj są w stanie zwolnionym. Po tak smutnych przypadkach wyznaczone zostało ściśle śledztwo. Okoliczność ta, że Stöckert pił tylko czerwone wino, rzuciła podejrzenie z początku na wino białe. Odgrzebano więc ciała Stierlitzza i Stringego; ale najwięcej drobiazgowo badaia nie dla prawdy nie wykryły. Poszlaka sfalszowania wina białego ciążyła na kupcu Gese, tak, że, choć mu tego nie udowodniono, musiał jednak, prześladowany, z dzieckiem i żoną wyemigrować do Ameryki, gdzie w nędzy umarł. Całe to wydarzenie powoli zaczęło się już zacierać w wrażliwych umysłach publiczności, gdy w m. lutym 1863. r. nauczyciel Oehme przyjęty był do kliniki chirurgicznej w Berlinie, jako kwalifikujący się do zoperowania rakowca (*can-croid*) na szyi jego znajdującego się. Opowiedział on cały wyżej opisany przypadek otrucia, jaki z nim i delegacją przed 18 laty miał miejsce, profesorowi Langenbeckowi. Operacja była już zaczęta, gdy po przecięciu mięśnia szerokiego szyjnego (*m. platysma myoides*) Langenbeck spostrzegł w nim mnóstwo białych punktów, które po bliższém rozpatrzeniu okazały się być otorbionemi włósnikami. Przy naciśnieniu wychodziły ony ze swoich pęcherzyków razem z mnóstwem ciałek krystalicznych, nie okazywały żadnego ruchu czynnego (*active Bewegung*), po 18-letnim jednak pobycie w ciele nie były wcale zmienione. Po tak oczywistém przekonaniu się o doniosłości i prawdzie przypadku powyższego chciano sprawdzić, czy i u dwóch pozostałych przy życiu trichiny się znajdują, na próbę jednak w tym celu przystać nie chcieli.

Klasie zwierząt kręgowych, nie wyłączając i człowieka, właściwą jest choroba cechująca się tworzeniem się pewnego

rodzaju pęcherzyków, torebek, tak zwanych **wodunek (hydattides)**, rozwijających się w treści narządów ciała naszego, mózgu, wątrobie, nérkach. Wiadomém było oddawna, że są pasożyty, glisty pęcherzykowate, ale nie wiedziano, jakim sposobem mogą się ony rozwinąć w mięszu narządów, w miejscach zupełnie nie dostępnych i zamkniętych. Sądzono dawniej, że rozwijają się ony tam samorodnie (*spontaneo modo*) bez udziału rodziców, twórczą siłą natury, z komórek i płynów materji organicznej. Dzisiaj, jakkolwiek pojęcia podobne przestały mieć wartość naukową, to jednak nie wiemy jeszcze dokładnie, w jaki sposób jajka i zarodki (*Embryonen*) *Taenia Echinococcus* (Siebold) (1) wdrażają się do ciała ludzkiego, aby się następnie rozwinąć w otorbione pasożyty (*Echinokockenbtasen*). Na wyspie Islandyi *Echinococcus* jest do tego stopnia w ludziach rozpowszechniony, że, według świadectw praktykujących tam lekarzy, choroba ta stanowi ośmą część z liczby innych wydarzających się, a Küchenmeister utrzymuje, że każdy siódmy człowiek ma w sobie tego pasożyta. Powiada on, że takie endemiczne pojawianie się ziarnowców (*Echinococcus*) w Islandyi przypisać można dwom okolicznościom, a mianowicie: 1) wielkiej ilości psów utrzymywanych przez krajowców, które zjadają prawdopodobnie wyrzucone z odchodami razem torebki; 2) ciepłej temperaturze wody rzecznej, za napój używanój, która tak dla życia zarodków powyższych pasożytów, jakotéż dla wszystkich niższych ustrojów jest sprzyjająca. Przez analogią sądząc, wędrówka odbywa się w następujący sposób: Żwierzęta, w których zamieszkuje *Taenia Echinococcus*, wraz z odchodami swojemi od czasu do czasu wydzielają z siebie i dojrzałe indywidua; jajka i zarodki, znajdujące się w nich, mogą wpadać do wody służącej do picia, albo łączą się z pokarmami przypadkowym sposobem, które, będąc przyrządzone na surowo, mogą być następnie zjedzone wraz z glistami. Doszedłszy tym sposobem do przewodu kiszkiowego, małe zarodki uczepiają się

(1) Patrz wyżej rzecz o przemianach wągów w tasiemce.

swojami sześcioma haczykami ścianek kiszek lub żołądka, dopóki nareszcie w dalszej wędrówce nie dojdą do wątroby, gdzie drobnowidowy zarodek wyrasta w wielki pęcherz, na którego wewnętrznych ściankach zaczyna się powoli wyróżniać wielka ilość małych, niedojrzałych tasiemców, czyli tak zwanych *scolices*. Prócz tych żyjątek rozwiniętych w macierzystej torebce (*Mutterblase*) wytwarzają się i inne torebki (*Tochterblasen*), na wnętrzach których również *scolices* uwydatniają się.

W wątrobie najczęściej ich spotykamy: podobną również drogą pasożyty mogą się dostać i do nerek, choć są tutaj rzadszemi gośćmi. Nareszcie są przypadki, choć bardzo nie liczne, znalezienia pasożyta tego w mózgu. Knoch (1) w artykule: „*Ueber das Entstehen von Geisteskrankheiten in Folge von Entwicklung der Echinococcen in Gehirne des Menschen*,” przytacza dwa dawne spostrzeżenia co do znalezienia ziarnowca w mózgu. Pierwszy, spostrzegany przez Hufelanda, a opisany przez Rendtdorfa w 1822. roku, dotyczy ośmioletniej dziewczynki, która w siódmym roku życia swego dostała drgawek, bólów w obu ramionach, zaczęła kulnąć na nogę, nareszcie zaniewidziała, została połowicznie sparaliżowaną, władze umysłu pomięszały się i nareszcie utraciła węch i słuch, poczem zmarła. Badanie pośmiertne wykazało w mocno rozszerzonej prawej bocznej jamie mózgu, której ścianki nadzwyczaj scieżnione były, wielką ilość wodunek (*hydatides*) wielkości kurzego jaja, w których Rudolphi rozpoznał *scolices Echinococci* z pojedynczym wieńcem haczyków (*Hakenkränze*). Drugi przypadek spostrzegł Rösch. Píše on o ośmnastoletniej dziewczynie, która często uskarżała się na zawrót głowy i ciągłe omdlewanie; władze umysłu u niej powoli słabły, przyłączyły się ruchy wymuszone i upadanie twarzą na przód. Po śmierci tój chorój w jamach mózgu znaleziono 12 pęcherzy rozmaitej wielkości (do jaja kurzego), które z początku jako *Polycephali hominis* Goetze'go

(1) Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, XXI. 244 — 270.

(właśnie pęcherzyki *Echinococci*) przez Zedera poczytane zostały. W zbiorze anatomo-patologicznego instytutu w Berlinie Knoch widział trzeci okaz, gdzie torebki *Echinococci* doszły do wielkości gęsiego jajka, o których jednak pochodzeniu nic stanowczego wyrzec nie może.

W końcu powiemy jeszcze kilka słów o pochodzeniu tak zwanego **świerzbu** (*scabies, la gale, psora*). Świerzb, jak wiadomo, jestto choroba skóry, w początkach nadzwyczaj zaraźliwa, bezgorączkowa, z przebiegiem przewlekłym, cechująca się tworzeniem małych grudek i krost (*pustulae*), na powierzchni skóry uwydatniających się, połączonych z jęj łuszczeniem, zgrubieniem, nareszcie owrzodzeniem, przy jednoczesnym wypadaniu włosów, szczeciny, sierci i t. d., czemu towarzyszy silne swędzenie, pobudzone obecnością pasożyta, zwanego świerzbowcem (*Acarus scabiei, sarcoptes*). Najnowsze badania Gurlta, Spinoli, Heringa, Küchenmeistera, Bourguignon'a i Hebry, a w szczególności Gerlacha (1) wykazały, że świerzb u człowieka i parchy u wszystkich zwierząt zawsze i wyłącznie pochodzą z obecności w ich ciele świerzbowca i dla tego dzisiaj pod nazwiskiem obydwóch tych postaci pojmujemy wysypkę swędzącą, uwarunkowaną koniecznością obecnością pasożytu, wszelką zaś inną swędzącą wysypkę odnosimy do rzędu wysypek liszajowatych.

Pierwsze wiadomości o pochodzeniu i istnieniu świerzbu u człowieka są ciemne; nie ulega jednak wątpliwości, że starożytność doskonale ją znała (Mojżesz, Arystoteles). Grecy i Rzymianie uważali świerzb jako chorobę swoistą (specyjalną), której zaraza stanowiła odrębną cechę (*turpis scabies*). Arabowie uznawali jęj zaraźliwość, przypisywali jednak rozwinięciu się jęj, w większości przypadków, skutkom nieochędostwa i brudu. W 1174. roku lekarz arabski w Hiszpanii, A ben-Zohar (Avenzoar), wzmiankuje o chorobie,

(1) Gerlach: Krätze und Räude. Entomologisch und klinisch bearbeitet etc. Berlin 1857. Mit 8 Tafeln.

nazywając ją *soab* (*pedicelli, assabat* po arabsku); rozeznał on już w ciele chorych małego robaczka, o znaczeniu jednak jego, jakoteż roli, jaką odgrywa w świerzbie, nic nie wiedział. Do tego okresu odnosi się Fyzyka Śtėj Hildegardy, zakonnicy z klasztoru w Bingen, w której podaje ona środki przeciwko zwierzątku świerzbowemu, które ludy północne nazywały *suren*; nazwa ta dotrwała do XVII. wieku (1).

W 400 lat później Scaliger mówi o świerzbowcach, jako o przyczynie świerzbu (*pedicello* w Padwie, *sciro* w Turynie, *brigaud* w Parmie); owad sam rozpoznany był nieomylnie w XVI. wieku: znajdujemy o nim wzmiankę w dziełach Ambrożego Paré. Wit Vidius twierdził, że żyjątko to rodzi się ze krwi, śluzu i żółci, toż samo sądził i Aldrovandi w r. 1638. Lekarz angielski Mouffet opisał dosyć szczegółowo chorobę, porównyując świerzbowca z sérowcem (*mite du fromage*), to jest z liszką, w serze znajdowaną. Pierwszy, chociaż niekoniecznie dokładny rysunek pasożytu przedstawił w 20 lat później lekarz Hauptmann w Dreźnie. Redi, przeciwnik teoryi samorodztwa, dał nowy popęd do bezpośrednich badań. Najważniejsze jednak dziełka w tym przedmiocie, napisali w 1687. r., w kształcie listów, Cestoni i Cosmio Bonomo (2), gdzie czytamy, że świerzbowiec, jako robak, znany był oddawna w niższej klasie ludności w Hiszpanii i że w razie spostrzeżenia wydłubywano go zaraz igłą. Bonomo pierwszy uznał świerzb za miejscową chorobę, pochodzącą z ukąszenia pasożytu, i na téj zasadzie utrzymywał, że wewnętrzne środki lecznicze są zbyteczne, a jeśli choroba widocznie wznawia się powtórnie, to jedynie w skutek tego, że nie wszystkie świerzbowce zostały zniszczone. W owym czasie na dzieło to nie zwrócono takiej uwagi, na jaką zastu-

(1) Mówiąc o środkach, a mianowicie o mięcie i lulku, tak się o tym ostatnim wyraża: „*Scd ubi suren in homine sunt, ita quod carnem ejus exulccrent, eodem loco eam cum succo tere et suren morientur.*“ Fürstenberg. Die Krätzmilben der Menschen und Thiere. Leipzig 1861.

(2) List Bonomo w łacińskim tłumaczeniu Lanzoniego, umieszczony w *Ephemerid. Curiosor. Naturae.*

giwało; jeden tylko Wichmann (1) w Hanowerze zgodził się z pojęciem Bonomo pod tym względem i zdanie jego w całości przyjął. Od tego czasu jakkolwiek zaczęto wierzyć w obecność pasożytu, lecz nie umiano go wynajdywać.

Z tego powodu dawna teorya humoralistyczna, pojęcia Galena znów wzięły górę. We Francyi Pinel nie zaprzeczał istności pasożytu, przeznaczał mu jednak rolę czysto drugorzędną; powiada on, że *Acarus* znajdujący się w samém kroście (*pustula*) jest tylko przyczyną swędzenia, które towarzyszy wysypce świerzbowej. Hahnemann w Niemczech zaczął poczytywać świerzb za szczególną wysypkę ogólną, wyradzającą się z przyczyn podobnie ogólnych, z ogólnego zakażenia, przezwanego *psora*.

Alibert i Biett posunęli się jeszcze dalej, nie mogąc bowiem wyszukać pasożytu, zaprzeczyli ostatecznie istnieniu świerzbowca. Według ich zdania, świerzb jest poprostu wysypką wyłącznej postaci, mogącą się udzielić przez wpływ zarazy; co więcéj, zwierzęta mogą tą samą drogą zarażać ludzi. W 1812. r. Galès. aptekarz szpitala St. Louis w Paryżu, doniósł Akademii, że znalazł świerzbowca w pęcherzykach świerzbu, którego dotychczas nie podobna było odszukać. *Acarus* ów, wyprowadzony na widownię naukową, zyskał uznanie i nagrodę znaczną dla wynalazcy ze strony Instytutu i t. d., zamiast wzgardy i obojętności, na jakie zasługiwał. Pokazało się bowiem, że ów niby prawdziwy świerzbowiec jest oszukaństwem, gdyż Raspail dowiódł, że to był zwyczajny sérowiec. Nie pozostało to jednak bez korzyści, bo zaczęto sumiennie pracować nad wynalezieniem pasożytu. Na téj stopie kwestya świerzbowca pozostała do 1834. r. W tym tedy czasie, kiedy Alibert wykładał studentom medycyny w szpitalu St. Louis rzecz o świerzbowcu, uznając niemożebność wydostania go na zewnątrz, jeden ze słuchaczy, Renucci, rodem Korsykanin, przedstawił możliwość wyszukaniu pasożytu i rzeczywiście w sposób, w jaki rodacy jego z niższych

(3) Wichmann: Aetiologie der Krätze 1791. Zweite Auflage.

warstw w Korsyce uwalniają się od świerzbowca, wyciągnął wiele okazów takowego. Fakt ten obalił pojęcia humoralne o świerzbie, a wtedy z podwójną gorliwością zaczęto nad nim pracować. (Gras, Sedillot i t. d.). Tym sposobem w 1843. r. Hebra (1) w Wiedniu, Gerlach w Berlinie, Bourguignon w Paryżu, pracami i doświadczeniami swojemi, dowodzącemi, że jedyną przyczyną świerzbu jest *Acarus*, przedmiot takowy wyczerpali.

Świerzbowiec i świerzbu zwierząt domowych znane były od najdawniejszych czasów. Z Rzymian mówią o nich: Marcus P. Cato, Virgilius, Columella (o parchach u owiec), Vegetius Renatus (o parchach u koni). Pewniejsze wiadomości w tym przedmiocie sięgają początków XVI. wieku; pasożyty zaś dopiero w początkach bieżącego stulecia odkryte zostały.

Walz pierwszy znalazł świerzbowca w skórze owiec i lisów; doniósł, że jedyną przyczyną świerzbu u owiec jest obecność zapłodnionych samic pasożytu; leczyl zaś tym sposobem, że samice oddalał, a chociaż przez samców podobnie powodował rozwinięcie się choroby, takowa jednak wkrótce bez leczenia ustępowała (2); jestto okoliczność wielkiej wagi w leczeniu człowieka i zasługująca na ścisłą uwagę. Badacz ten jednak, idąc za ogólnie wówczas przyjętém pojęciem samorodnego rozwijania się wszelkich żyjątek, przypuszczał możność tworzenia się świerzbu u człowieka i zwierząt w skutek ustawicznego padania deszczów (*Regensaüle*). U koni i rogacizny najpierw znalazł je Gohier ze szkoły weter. w Lyonie w r. 1812, który je opisał, a Didier uwydatnił na rysunku. W 1827. r. Hertwig powtórzył doświadczenia Walza, stwierdziwszy sumiennosc najpierwszych jego wniosków. Nakoniec Hering znalazł świerzbowca u konia, owcy, kota i dzikiej kozy; autor ten uważa świerzbowca jako będącego jednocześnie przyczyną i wyplodem świerzbu, uważając

(1) Walz: Natur und Behandlung der Schaafräude. Stuttgart.

(2) Hebra: Die Hautkrankheiten (in Virchow's Path. und Therapie) 1864.

go za prawdziwy zarazek. Następnie wielu jeszcze pisarzy ten przedmiot poruszało, wszystkie ich dzieła jednak przepełnione są błędami. Dzisiaj nie ma już wątpliwości, że nie ma świerzbu tak u człowieka, jak i u zwierząt bez świerzbowca, a jeśli przez nieświadomość naszą nie znajdujemy takowego w skórze, to nie upoważnia nas bynajmniej do wyrzeczenia, że go tam nie ma. To, co **Walz** dowiódł w stosunku do owiec, toż samo uczynił **Gerlach** co do świerzbu u wszystkich innych zwierząt domowych.

Samce i samice zapłodnione zdolne są łącznie do wywołania świerzbu; same zaś samce i niezapłodnione, lub bardzo młode samice albo nic nie powodują, albo też mogą sprawić rodzaj swędzenia, ustępujący bez pomocy środków lekarskich. Tak samo strupki, wydzielina krost świerzbowych, w których pod drobnowidem nie znajdujemy pasożytów, lub ich jajeczek, żadnej choroby sprawić nie mogą. W ogóle obawa zarażenia się nie jest tak wielką, jak to ogólnie sądzą. Człowiek może być zarazić się tylko w skutek dotknięcia się obnażonych części chorego ciała podczas, gdy pasożyt wychodzi ze swych kryjówek w ciele, czemu sprzyja nadzwyczajnie wysokie ciepło, np. spoczynek w łóżku. Zarażenie się przez prześcierała, bieliznę w ogóle i t. d. następuje nadzwyczaj rzadko, raz dla tego, że świerzbowiec niechętnie opuszcza skórę, przyczepiając się do niej z nadzwyczajną siłą za pomocą haczyków swoich, a dostanie się jego na bieliznę zaledwie jest możebnym za pomocą mocnego tarcia; następnie z tej przyczyny, że pasożyt odłączony od skóry prędko słabnie i w kilka dni umiera. Tak osłabiony nadzwyczaj rzadko wpija się w skórę, niebezpieczeństwo więc zarażenia się stopniowo coraz bardziej zmniejsza się. Szczególnie źle działa na niego suche powietrze, brak wilgoci w bieliznie; dobrze wysuszona bielizna staje się nie szkodliwą. Zarażenie może nastąpić jeszcze po 14 dniach i więcej w skutek dostania się na bieliznę jajeczek pasożytu, które, przy sprzyjających dla siebie warunkach, na długo mogą zachować zdolność do dalszego rozwijania się, szczególnie przy współdziałaniu ciepła.

Co do możności przeniesienia pasożytu na inne zwierzęta, to z doświadczeń Gerlacha przekonujemy się, że prawdziwej przenośni ludzkiego świerzbu na inne nasze zwierzęta domowe dotychczas przynajmniej nie można przyjąć. Świerzb koni może się często udzielać człowiekowi. Podobne zarażenie w wielkich rozmiarach spostrzegął Sik w 1791. roku, w którym 200 huzarów podległo zarażeniu się, przyczem wysypka umiejscowiła się głównie na twarzy, rękach i goleniach. Świerzb koński może się nawet udzielać ludziom od ludzi; w téj formie jednak leczy się zwykle sam przez się w przeciągu 14 dni do 3 tygodni. W podobnych przypadkach Gerlach jako *corpus delicti* znajdował zawsze świerzbowca końskiego: utrzymuje jednakże że tylko gatunek *Sarcoptes equi* (*scabies sarcoptica*) zaraża; dwa inne, a mianowicie: *Dermatodectes* i *Symbiotes equi* (wynalezione przez Gerlacha), nigdy nie powodują zarażenia. Najczęściej ulegają takowemu ludzkie mający staranie o koniach, szczególnie w lecie i wtedy, kiedy choroba u konia rozwinię się do nadzwyczajnego stopnia. Zarażenie się ma miejsce za każdym razem, kiedy po upływie 12 godzin po śmierci świerzbowatego konia zdejmują z niego skórę; kiedy trup ziębnieje, wtedy świerzbowce stają się nie w takim już stopniu zdolnymi do wędrówki.

Z doświadczeń i badań Gerlacha co do zaraźliwości świerzbu u koni, jakie czynił w części sam na sobie, w części na uczniach szkoły weterynaryi w Berlinie, możemy wyprowadzić następujące wnioski:

1) *Sarcoptes equi* może się przenosić na człowieka: Sposób życia pasożytu tego jest taki sam, jak prawdziwego świerzbowca; może wywołać świerzb ludzki, koński, niczem nie różniące się od prawdziwego świerzbu; 2) świerzb u koni wyleczy się sam przez się w ten sposób, że następcze występowanie pęcherzyków staje się coraz słabszym, nakoniec ustaje; czasami jednak trwanie choroby jest tak długie, że wymaga odpowiedniego leczenia; 3) skóra miękka i włosami gęsto pokryta szczególnie jest uzdolnioną do przyjęcia świerzbu u koni. Zdolność ta jest w stosunku indywidualności konia, rozszerza się na zbyt wielki, lub mniejszy przestrzeni,

trwanie jest dłuższe, lub krótsze; 4) naumyślne zarażenie bywa więcéj uporczywém, niż przypadkowe, w skutek tego, że przy przypadkowym zarażeniu wędrują zwykle młode, jeszcze nie zapłodnione samice, samcy zaś i zapłodnione samice nadzwyczaj rzadko siedziby swoje opuszczają; w drugim zaś razie rzecz się ma przeciwnie; 5) świerz b u koni daleko prędzéj wylecza się, aniżeli prawdziwy świerz b.

Sarcoptes equi może się udzielić tylko bydłu rogatemu, rozwijając w takowym taki sam świerz b, jak u koni. U owiec świerz b (*scabies ovis dermatodectica*) w skutek rodzaju życia tych zwierząt w wielkiém nagromadzeniu, jak téż z powodu wielkiéj trudności, jaką przedstawia rozpoznanie pierwszych oznak chorobowych na skórze, pokrytéj gęstą wełną, okazuje się od razu na wielu indywiduach, prowadząc za sobą stratę w wełnie: dlatego téż w starożytności choroba ta już wówczas zwracała na siebie uwagę. Dawniéj zjawiała się częściej, aniżeli obecnie, nie umiano jéj bowiem leczyć, a przez to uważano ją jako chorobę niewyleczalną i dziedziczną.

Świerz b ten dzisiaj w Niemczech jest rzadkiém zjawiskiem; w Polsce niestety przeciwnie, co pochodzi z tego, że chodowla owiec i nauki weterynaryjne znajdują się u nas na słabym stopniu rozwoju. We Francyi również choroba gnieździ się znacznie, tak, że podług p. Delafond z całej liczby owiec we Francyi, to jest z 35 milionów sztuk, corocznie milion podlega świerz bowi. O ile dotychczas wiadomo, świerz bowiec innych ras zwierząt nie działa na owce; również i owczy pasożyt nie udziela się ani człowiekowi, ani innym naszym domowym zwierzętom.

Świerz bowiec u trzody chlewnéj (*Sarcoptes suis*) znaleziony był pierwszy raz przez Gurlta, następnie spostrzegł go Hertwig i Gerlach. Zewnętrznie niczém on nie różni się od świerz bowca ludzkiego (*Sarcoptes hominis*) i końskiego (*S. equi*), tak samo i wysypka. Świerz b w ogóle u tych zwierząt zdarza się rzadko i dlatego nie jest dokładnie zbadanym. Zarażenie u ludzi jest częste, na inne zwierzęta nie działa.

U psów (*scabies canis sarcoptica*) istnienie świerzbowca, według jednych autorów, jest wątpliwe; inni znów utrzymują przeciwnie: przyczyną téj różnicy w zdaniach jest trudność wynalezienia go u tych zwierząt. Gerlach jednak zawsze znajdował pasożyty jednego gatunku (*Sarcoptes canis*), które odróżniają się od ludzkich mniejszością wymiarów; a sposób życia takowych nie przedstawia wyłącznej cechy. Choroba często udziela się człowiekowi, o czém wzmiankują jeszcze S a u v a g e s i V i b o r g, przenosząc się z trudnością na inne zwierzęta.

W a l z spostrzegał świerzby podobnych własności u lisa. U kota świerzbowiec odznacza się najmniejszą wielkością, z resztą w niczém nie różni się od świerzbowca innych zwierząt. Choroba udziela się człowiekowi, po większej części jednak prędko ginie, bez pomocy środków lekarskich. Historia chorób skórnych w ogóle jest niewdzięczną i ciemną, gdyż w starożytności słownictwo zupełnie leżało odłogiem. Pierwszym badaczem, wzmiankującym o tych chorobach, był C e l s u s. Właściwa dermatologia powstała dopiero w XVIII. stuleciu, gdyż w XVII. wieku, uważano choroby skórne jako odziedziczone (*excreta*) czyli odchody (*fäces*) i nie rozróżniano pojedynczych form; i tak, M e r c u r i a l i s umieszcza choroby takowe pod kategorią śliny, uryny i odchodów. W XVIII. wieku dopiero L o r r y, P l e n k i W i l l a n zaczynają zwracać więcej uwagę na formę, do czego niemało przyczyniły się odkrycia w botanice znakomitego L i n n e u s z a, który powagą swoją obalił całą teorię humoralną świerzbu. Z tego powodu nie można się dziwić, dla czego i świerzby ze względu na przyczynę go powodującą tak długo pozostawały w uśpieniu, w czém wielką rolę również odgrywało panowanie téj lub owéj teoryi, pod którą starano się podciągnąć wszystkie podpadające pod zmysły choroby.

Do liczby chorób zwierząt niezaraźliwych dla człowieka, pośrednio tylko działających nieprzyjaźnie na jego zdrowie, prowadzących jednak za sobą upadek materialny bytu kra-

jów i pojedynczych ludzi, należą: księgosusz, ospa owcza i epizootyczne zapalenie płuc i opłucnej bydła rogatego.

Księgosusz pod wpływem niezbadanych dotąd okoliczności udziela się drogą zarazy nie tylko bydłu rogatemu, (*Bos taurus*), ale i owcom i kozom (1); a chociaż pierwotnie nie rozwija się w Europie, lecz przybywa do nas z hurtami stepowego bydła z południowoschodnich krańców Azji i Rosji, to jednak, w skutek nadzwyczajnej swój zaraźliwości i lotności zarazy, słusznie uważany jest jako jedna z najzgroźniej panujących epizooocyj. Ani jedna z chorób nie prowadzi za sobą takiego zniszczenia i tylu nieszczęść dla pomyślności krajów, jak księgosusz. Straszny ten bicz dla ludzkiego gospodarstwa wcześniej już zwrócił na siebie uwagę lekarzy i rządów.

Czy znany był starożytności? nie wiadomo. Pierwsze wiarogodne podanie o takowym mamy na początku IVgo wieku po narodzeniu Chrystusa. Dotychczas jeszcze przechował się sielski poemat jakiegoś *Severusa Sanctusa Endelechusa* z epoki wędrówki narodów, które przysły z środkowej Azji, przez Don i Wołgę, do Europy. Z poematu tego okazuje się, że zaraza zaczęła się szybko rozszerzać od Dunaju do Iliryi, Włoch górnych, Galii i Belgii i łącznie z morowem powietrzem dziesiątkować i czynić spustoszenia w wieku już i tak dźwigającym brzemię nieszczęść. W IX. wieku, z początkiem panowania Karola Wielkiego, podania o niej milkną. Dopiero w czasie wojen, za panowania monarchy tego prowadzonych, księgosusz znów się okazuje i z nadzwyczajną zajądłością pustoszy cesarstwo Karolowe, cechując się uporczywymi biegunkami, przy ustawicznie panujących dęszczach. Zdaje się, że wtedy począł się w Węgrzech. Wszyscy w ogólności kronikarze zgadzają się na jedno, że plaga ta utrzymywała się ciągle, rozszerzając się w kierunku ze wschodu na zachód, jaki i obecnie się utrzymuje. Jakże porównać jednak

(1) Zob. artykuł prof. Szk. Gł. Warsz. *Seifmanna*, w Pam. Tow. lek. 1864. t. LI, str. 358.

okropności księgosuszu w średnich wiekach, z temi, jakie takowy spowodował w XVIII. wieku! Ośmnasty wiek, wiek wielkich ludzi i wynalazków, był jednocześnie wiekiem wielkich rozruchów politycznych, ustawicznych wojen. Szczególniej rosyjskie i austriackie wojska zaopatrywane były w prowiant, ze stepowego bydła składający się, przypędzany z Podola, Ukrainy i Węgier, któreto bydło, postępując zwykle za wojskiem i przechodząc z kraju do kraju, roznosiło chorobę wszędzie. W 1709. roku, przeszła ona z Tataryi do Rosyi i przez Polskę, Besarabią, Kroacyę, Dalmacyą, dosięgła Włoch, gdzie opisali ją: Ramazzini p. n. „ospa rogaczny“ (w dziele p. t. *De contagiosa epidemia. Genevae. 1717. Opera omnia*) i Lancisi, który pierwszy poradził, aby, w celu przecięcia zarazy, chore w ten sposób bydło zabijać (1). Następnie takowa przez Piemont dostaje się do Francyi, Holandyi, nareszcie do Anglii, gdzie jednak krótko trwała, dzięki pójściu za radą Lancisi'ego. Z drugiej strony księgosusz rozprzestrzenia się w całej Rosyi, Inflantach, Kurlandyi, a przez Prusy w całych Niemczech. Tym sposobem, objąwszy całą Europę, przez 30 lat sieje w niej straszne zniszczenie. Po dziesięciu latach, od 1740. do 1756. r. znów zjawia się w Europie i wściekle grasuje w czasie siedmioletniej wojny bez przestanku i ciągnie się i w czasie wojen Napoleona, a dopiero po skończonej wojnie w 1814. roku zwolna ustaje (2). W 1828. r. w czasie turecko-rosyjskiej wojny zaraza ta panowała w Mołdawii i Wołoszczyźnie; w 1830. roku w Polsce, a ztąd i w Prusach, lecz w tym ostatnim kraju wkrótce przestała się szerzyć, gdyż jeszcze w 1719. r. wprowadzony tam został systemat kwarantanowy; w 1827. r. panowała na Szląsku, w okolicach Krakowa i w niektórych miejscowościach Galicyi.

W naszym wieku, chociaż spustoszenia, jakie czyni księgosusz, nie są już tak wielkie, dzięki zapobiegającym środkom,

(1) *Dissertatio historica de bovilla peste 1711.*

(2) Adam: *Untersuchungen und Geschichte der Viehseuchen.* Wien. 1782. Lorinser: *Untersuchungen über die Rinderpest.* Berlin 1831.

jednak i dzisiaj zjawia się od czasu do czasu w Europie; szczególniej grasowała w 1846. r. w Rosyi i Węgrzech. Z przebiegu więc księgosuszu widzimy, że postępuje ciągle ze wschodu na zachód, a rozprzestrzenianie się jego tém jest gwałtowniejsze i szybsze, im mniej stawiano mu przeszkód, im częstszém i dostępniejszém było zetknięcie się jego z miejscami zapowietrzonymi. Dlatego téż księgosusz zawsze zjawiał się częściej w czasie prowadzenia wojen. Geograficzne rozpostarcie księgosuszu w Europie, o ile dotychczas jest wiadomém, znajduje się między 40° do 60° półn. szerok. i 15° do 70° długości geogr.

Historia epidemij w ogóle uczy, że tam, gdzie był wielki mór na bydło, wszędzie powstawały zarazem i epidemie na ludzi; rzecz naturalna, gdyż z drożyzną szła w parze i nędza materyalna. Jeśli zwrócimy uwagę na ubytek zwierząt, spowodowany przez księgosusz, choroby karbunkułowe, lub ospę owiec, to otrzymamy przestraszającą cyfrę. I tak, Europa podług obliczenia Paulet'a (1) w przeciągu trzech lat od 1711. do 1714. r. w skutku samego tylko księgosuszu rogacizny postradała przeszło 1,500,000 sztuk bydła, a ubytek w ciągu całego 18. wieku podług tego autora wynosi 50,000,000 sztuk. Cyfra ta jest w przybliżeniu tylko ścisła, jeśli weźmiemy pod uwagę stopień zaraźliwości zarazy. Zarazek księgosuszu i ospy owczej do tego stopnia jest lotny, że może wkrótkim czasie wyniszczyć bydło w całym kraju, gdzie panuje, jeśli przeciwko téj zarazie nie zostaną przedsięwzięte ścisłe środki zapobiegające. W odległości 800 do 1000 kroków obydwie zarazy mogą już działać przez powietrze, jak również w kierunku rzek. Następnie zaraza, osiadając z powietrza, przylega do wszystkiego, co ma z nią styczność, tak, że wszystkie części i produkta zarażonego zwierzęcia bez wyjątku mogą nosić w sobie zarodki zarazy i, jako takie, powinny być zaraz zniszczone, jako jedyny sposób zmniejszenia siły zarazy. Przy podobnych jéj własnościach powtarzamy,

(1) Paulet: Beiträge zur Geschichte der Viehseuchen. Deutsch bearb. von G. S Rumpelt. Dresden. 1776.

cyfra podana rzeczywiście nie może wyrażać bynajmniej całej straty, jaką XVIII. wiek poniósł w samym tylko rogateń bydła, szczególnie, jeśli weźmiemy na uwagę niedostateczność przedsięwziętych środków, dla ukrócenia epidemii, w owym wieku.

W Rosyi miejscowości graniczące z wielkimi traktami, przez które pędzą hurty bydła, prawie corocznie tracą całą rogaciznę.

Mówiąc o tych okropnych klęskach dla człowieka i jego gospodarstwa, dodamy tutaj, że w 1785. r. w Syberyi tylko wskutek karbunkułu padło 100,000 koni, a w 1800. w jednym tylko okręgu 27,000 koni (1). Liczba ludzkich ofiar również jest wielką. Szczęściem, że podobne epidemie, jak epidemia 1770. r. na Antylskich wyspach (na St. Domingo), są nie tak częste. Zginęło tam wtedy blisko 1500 osób w skutku téj choroby (2). W Estlandyi, jak utrzymuje Bar (3), corocznie ginie wskutek endemicznego karbunkułu do 100 ludzi. Wziąwszy na uwagę te straszne straty, śmiało możemy wyrzec z Heusingerem (4), że Europa wskutek saméj tylko czarnej krosty corocznie traci zwierząt za cenę milionów rubli i tysiące ludzi.

Ojczyzną księgosuszu jest cały obszar ziemi znajdujący się pomiędzy 45° do 55° półn. szerokości geogr., czyli cała okolica leżąca między Dunajem i Wołgą: Węgry, Księstwa Nadunajskie, środkowa i południowa Rosya. Miejscowość tę po większej części składają stepy. Takie stepy, jak Krymskie, Besarabskie, Tauryckie, znajdują się prawie na równi z Czarném morzem i Kaspijskiém; położenie ich jest płaskie, bezdenne, poprzeryzane łąkami obfitującymi w grunt wilgotny, czarnoziemny; gdzie niegdzie ciągną się błota, albo piaski niezmierzone, zraszane rzekami płynącymi z północy do Czarnego

(1) Spinola: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie für Thieraerzte. Berlin 1855. S. 175.

(2) Placide Justin: Histoire de Pile d'Hayti p. 120.

(3) Bär: *Furia infernalis* in Liefland. Frorieps Notizen. B. XX. p. 25.

(4) Heusinger: Die Milzbrandkrankheiten der Thiere und des Menschen. w m. wsk.

morza po mało nachylenój płaszczyźnie. Bezwątpienia stępy te kiedyś pokryte były morzem. Lato tam bywa gorące, zima nadzwyczaj ostra, różnica między ciepłotą dnia i nocy znaczna; często zdarza się zupełna susza, z przyczyny której trawa się wypala i nagle po pierwszym dészczu znów się zazielenia. W zachodnich stepach rosyjskich kwitnie téż szczególniej rolnictwo i uprawa bydła, które nosi nazwę stepowego, albo czerkieskiego, podolskiego, z którego wzięły początek rasy: węgierska i mołdawska. Bydło to ma sobie odrębne cechy i powierzchowność, powszechnie znane. Z początku sądzono, że księgosusz zawsze poczyna się ze wschodu, i że może się rozwinąć w każdój innój rasie i w rozmaitym klimacie Europy w skutek niesprzyjających miejscowych okoliczności. Błąd ten powstał ztąd, że w XVIII. wieku zaraza ciągle krzyżowała się w skutku częstych wojen, a przeto i kierunek moru był mało widoczny. Doświadczenia jednak Lancisiego, Ramazziniego, Campera, de Haena i innych wkrótce wyjaśniły prawdziwą przyczynę choroby, to jest prawdziwą zarazę, przenoszoną do innych miejsc Europy z powyżej wskazanych miejscowości przez stepowe bydło, i że ta tylko wyłącznie rasa ma szczególną skłonność pierwiastkowo rozwijać w sobie zarazę. Co do przyczyny rozwijania się pierwiastkowego zarazy w stepowym bydle, powstały i utrzymują się dotychczas trzy zdania: Jedni sądzą, że księgosusz ciągle panuje w stepach azyatyckich, gdzie się podtrzymuje i udziela tylko przez zarazę; przeciw czemu jednak świadczą zdania podróżników, którzy w tamtych okolicach ani śladu księgosuszu nie znaleźli. Inni znów, a w téj liczbie większa część weterynarzy, utrzymują, że na stepach powyższych księgosusz od czasu do czasu zupełnie niknie, a potem znów się pojawia, ale tylko i zawsze w tamtejszym bydle. Nareszcie, podług zdania trzecich choroba ta w stepach powstaje nie w skutek zarazy, lecz z czysto miejscowych warunków; w skutek tych ogólnych warunków może powstawać nawet pierwiastkowo i u bydła spędzonego, które ma do tego pewnego rodzaju usposobienie. Zdanie to w 1767. r. wypowiedział jakiś nieznany autor; a L o r i n s e r w nowych czasach teorią tę

usilnie rozpowszechniał. Zdanie to opierał on na tój okoliczności, że często widziano księgosusz rozwijający się u bydła spędzonego, nie bacząc na to, że pomimo wypędzenia takowego bydła ze stepu, choroba tam wcale nie istniała. O ile jest zasadném takowe zdanie, trudno wyrzec: dalsze doświadczenia powinny wyjaśnić, gdzie jest słuszność. W każdym razie zdanie to ma wielką wagę dla lekarza zajmującego się policyą lekarską. Nie wątpliwie jednak muszą być i inne jeszcze przyczyny, pierwiastkowo rozwijające księgosusz, prócz samój zarazy. Nie wiadomo również, w czém właściwie leży to szczególne usposobienie jednéj i wyłącznéj rasy do rozwinięcia w sobie zarazy; bez wątpienia musi ono być w ścisłym związku tak z warunkami klimatycznymi, jak i z bytem i odżywianiem samego bydła. Szczególny zbieg okoliczności powodujących zarazę, jakoto: nagła wilgoć gruntu, błota, topieliska, nagła zmiana gorąca na zimno, lub ciągłą wilgoć, zapewne wiele się do takowego usposobienia przyczyniają. Okoliczności podobne mogłyby dać nam wytłomaczenie faktu owego, dlaczego stepowe bydło, będące w drodze, za obrębem stepu, nagle zachorowuje; gdyż podane wyżej zmiany klimatyczne wszędzie mogą się zdarzać.

Z pomiędzy zajmujących się badaniem księgosuszu zaznamy nazwiska: Ramazziniego i Lancisiego wyżej przytoczone; Sauvages, Courtivron, Bourgeles, założyciela szkół weterynaryjnych w Lyonie i Alfort; dalej Vicq d'Azyra; w Hollandyi Le Clérc'a, Boerhave'a, de Haën'a; w Danii Viborg'a; w Niemczech Adami, Franka, Camper'a, Walz'a, a szczególniej Lorinsera; w Rosyi Bojanusa i Jessena; w Austryi Eckela, Kocha, Röll'a; w Prusach Spinola. Wszyscy ci badacze zapatrywali się z rozmaitych punktów widzenia na treść choroby, a stosownie do tego rozmaicie ją nazywali; i tak: *pestis boum seu bovillula*, *lues vaccarum Tubingensis*, *febris maligna pestilentialis*, *dysenteria pecorum*, *typhus boum contagiosus*, *dysentericus* etc.

Zaraza poraża raz tylko zwierzę, zarażenie następuje przez oddychanie zarażoném powietrzem, lub wydzielinę skór-

ną; dalej w skutku połykania zaraźliwej materji i wszelkiego z nią stosunku, jak przez dotykanie i t. p.

Księgosusz jest chorobą pierwiastkową krwi; gorączka towarzysząca jęj jest odczynem organizmu przeciwko przy- czynie, która źle oddziaływa na krew; miejscowe zaś zajęcie błony śluzowej kiszki jest ześrodkowaniem ogólnej sprawy, umiejscowieniem jęj właściwem wszystkim chorobom gorączkowym. Jest więc analogia między księgosuszem rogacz- ny i tyfusem u człowieka: podobny brak plastyczności wysię- ków i obecność ocieków (*hypostasis*) i nacieków (*infiltratio*), jak w tyfusie. Zdanie to pierwszy wypowiedział Hilde- b r a n d t w dziele p. n. „*Ueber den ansteckenden Typhus*. Wien 1812.“

Księgosusz u rogaczny nadzwyczajnie trudno jest od- różnić od epizootycznej czerwonej (*dysenteria epizootica*). Częstokroć różnica tych dwóch chorób polega na mniejszym lub większym natężeniu przypadłości, tak, że Lorinser uważa czerwonę podobną za mały stopień księgosuszu. Sto- sunek pomiędzy nimi jest taki, jak między choleraą azjatycką i sporadyczną. Jedynym środkiem prawdziwym, służącym do rozpoznania, jest zwracanie uwagi na przyczyny powodujące: czy choroba powstaje w skutek zarazy od stepowego bydła, czy od przypadkowych warunków; pierwsza okoliczność prze- mawiałaby za księgosuszem.

Szczepienie ospy u człowieka i owiec podało myśl szcze- pienia księgosuszu na zdrowych zwierzętach. Pierwsze za- szczepienie wykonane zostało w 1776. do 1778. r. w Meklembur- gu, następnie w Danii i Węgrzech: pierwsze próby nie udały się, a skutki zawiodły. W 1829. roku w Austrii ponowiono usiłowania takowe, ale znów bez zadowalniających wypadków. Z doświadczeń tych następujące wyciągamy wnioski: 1) szcze- pienie na bydle stepowem dokonane, (u którego w ogóle cho- roba lepszy ma przebieg, niż u naszego), daje lepszy skutek; 2) w końcu epizoocy szczepienie udaje się pomyślniej; 3) u słabych zwierząt zawsze kończy się śmiercią; 4) ma to tylko za sobą, że epizoocya przy szczepieniu prędszej się kończy, niż przy zwyczajnym przebiegu. Podobne doświadczenia z szcze-

pieniem księgosuszu w Rosyi przedsiębiorali: prof. z Dorpatu *Jessen* w okolicach Odesy, prof. *Untenberger* w 1854. r. również pod Odesą, dr. *Bykowski* pod Kazaniem, prof. szkoły weterynaryi w Charkowie *ś. p. Ostrowski* w Kizlarskiej Ordzie pod Orenburgiem i t. d. Najważniejsze są dokonane przez tego ostatniego pod Kazaniem, gdzie zwykle księgosusz odznacza się nadzwyczajną gwałtownością. Doświadczenia te dokonane na bydle swojskiem okazały: 1) że księgosuszowa materya dopiero w 6stjej generacyi (wszystkich razem 13 skuteczniono) okazała się na tyle osłabioną w swjej sile, iż szczepienie takową wywoływało słabe oznaki choroby; 2) że tak słaby stopień był jednak dostatecznym do ochronienia bydła od powtórnego zarażenia. Nie mniejszą wagę mają doświadczenia, czynione w 1857. r. w Smoleńskiej gub. przez prof. Instytutu agronomicznego w Horyhorkach, *Razdolskiego*. Dla rozwiązania pytania: czy szczepione bydło jest wolne od nowego zarażenia się naturalnym księgosuszem, departament gospodarstwa wiejskiego w Petersburgu kupił w 1856. r. 50 sztuk bydła rogatego, które miało sobie jeszcze w 1853. 1854. i 1855. r. sztucznie zaszczepiony księgosusz, i przeznaczył je do doświadczeń, celem poddania go przy zdarzonej sposobności pod wpływ zarazy. We wrześniu 1857. r. nadzwyczaj silny księgosusz pojawił się w Smoleńskiej gub., tutaj więc wyprawione zostało to szczepione bydło, pod okiem prof. *Razdolskiego*. Skutek był taki, że pomimo poddawania bydła tego pod najróżnorodniejsze doświadczenia i zarażania pozostało ono jednak najzupełniej zdrowem. Chociaż więc szczepienie księgosuszu rogatemu bydłu nie może być poczytywanem za ogólny środek ochraniający od zarazy, jak to ma miejsce z ospą krowią, lub owczą; nie ulega jednak wątpliwości, że w guberniach stepowych, w siedlisku zarazy, wszędzie może być ono zastosowane, jako środek osłabiający znacznie zgubny wpływ księgosuszu.

W ostatnich czasach (1) zalecano, aby dla uchronienia

(1) Zjazd międzyn. weterynarzy w Hamburgu. Artyk. prof. *Weter. Szkoły Gł. Seifmana* w Tygod. lekar. 1863. Nr. 45. Warszawa.

kraju jakiego od wemknięcia się doń księgosuszu, ze względu na okres wyłęgania (9 dni), można było 21-dniową kwarantannę skrócić.

Do najstarożytniejszych epizoocyj odnieść jeszcze należy **ospę owiec** (*variolae ovinae*). Pod wieloma względami jest ona podobną do ospy człowieka, najsilniej jednak działa na owce. Podług jednych, ospa u zwierząt rozwija się tylko drogą zarazy; inni utrzymują, że takowa może się rozwijać na nich pierwiastkowo, samodzielnie, i to zdanie zdaje się być najsluszniejszym. Zaraza ta stanowi wyłączną, właściwą tylko owcom wysypkę gorączkową, zdolną do rozwinięcia w sobie nadzwyczaj lotnego przyrzutu (*contagium*), porażającą raz tylko owce w całym ich życiu.

Czy znała ją już starożytność? nie wiadomo. Zdaje się pochodzić również z Azji, owęj ojczyzny naszych domowych zwierząt, téj klasycznej ziemi wszystkich zaraz. Pierwsze podania o niej sięgają drugiej połowy XVI. wieku. Opisał ją Laurent-Joubert, jako chorobę dosyć pospolitą we Francyi, gdzie znaną była p. n. *claveau* i *clavelée*. Następnie zajmował się nią w Niemczech Stegmann. W tym już czasie uważaną była jako choroba nadzwyczaj zgubna; najwięcej jednak dała się we znaki w XVIII. wieku łącznie z innymi zarazami. Z wprowadzeniem szczepienia ospy, ulepszonego przez Pessina, ospa owcza straciła na swój mocy i zaraźliwości. Szczepienie ospy owcom, według Heintl'a, na wschodzie, a mianowicie w Grecyi, oddawna było rzeczą wiadomą; jednocześnie zastosowane było w Piemoncie i południowej Francyi, obecnie zaś zalecono powszechnie, dla przeszkodzenia sezerzeniu się ospy owczej, tak zwane konieczne szczepienie, przedsiębrane, gdy ospa rodnia objawiła się już w trzodzie (*clavelisation de nécessité*). W skutku takowej zarazy same tylko Węgry do czasu wprowadzenia sztucznego szczepienia, podług obliczeń Liebold'a, z liczby 8 milionów traciły 150,000 sztuk corocznie; Austria z 16 milionów przeszło 400,000 sztuk również corocznie. Podług Heusingera w 12 wielkich owczarniach w Magdeburgu strata obliczoną

została na 20,000 talarów; mała prowicya francuzka *la Beauce*, podług obliczenia Delafont'a, straciła owiec za 7,080,600 franków; a cóż dopiero, jeśli policzymy stratę w całej Europie? Jakażto olbrzymia strata jednocześnie poniesioną została w rogatém bydłe i koniach!

Przyczyny powodujące ospy owczej, jak również i sposób pierwiastkowego powstania jęj, zupełnie nie są wiadome. Wiemy tylko tyle, że jest chorobą w wysokim stopniu zaraźliwą dla rodzaju owiec i że zwykle rozszerza się drogą zarazy. Chociaż choroba ta dawno jest znaną w Europie, a przynajmniej wcześniej o nięj wiadomo, niż o krowiance; dotychczas jednak nie rozwiązano pytania, jakiego jest mianowicie pochodzenia, miejscowego czy napływowego? Niektórzy powiadają, że przybyła do Europy jednocześnie z księgosuszem rogacizny; Spinola i inni weterynarze uważają to twierdzenie, jako hipotezę, nie opartą na żadnej historycznej podstawie. Dla powstania ospy, podobnie jak i innęj zarazy, potrzebny jest pewnego rodzaju zbieg przyczyn powodujących. Utrzymywano, jakoby niektóre kraje, jak np. Hiszpania, zupełnie były wolne od panowania tam ospy; zdanie to jest mylne, nowsze bowiem badania wykazują, że żaden kraj, a więc i Hiszpania, (gdzie nawet ospa owcza jest dosyć częstém zjawiskiem), od choroby tęj nie jest wolnym. Na odległość 1000 kroków udziela się przez powietrze; również przylega do rozmaitych przedmiotów, przenieść się może i na człowieka, a tym faktem okazuje się jęj silne powinowactwo z krowianką (*vaccina*); bardzo długo może zatrzymywać swoją zaraźliwość, przystając do złych przewodników ciepła, będąc przytęm zabezpieczoną od powietrza.

Dawnięj uważano, że, jak wszystkie zarazy, tak i ospa postępowała w kierunku od wschodu na zachód; obecnie jednak od czasu zaprowadzenia szczepienia ospy prawidłowości takowej w jęj biegu dopatrzeć się trudno, gdyż w niektórych miejscowościach pojawia się corocznie. Częścięj można zauważyć jęj kierunek od brzegów morskich i mórż środkowych do środka lądów; jednakże właściwa tego przyczyna jest niewiadomą.

Za naszych już czasów pojawiła się choroba, znana weterynarzom p. n. **epizootycznego zapalenia płuc i opłucnej u rogacizny** (*pleuropneumonia boum epizootica*), która w sile swój i następstwach nie ustępuje wcale księgosuszowi rogacizny. Czyni ona głównie spustoszenia na zachodzie Europy. Choroba ta rozwinęła się w końcu XVIII. wieku. Zaczęła występować najprzód w Niemczech i Szwajcaryi; na początku naszego wieku objawiła się w Holandyi, a dopiero przed 20 latami w Anglii. We Francyi choroba ta znaną była jeszcze w zeszłym wieku. Z Niemiec przeniosła się do Polski i graniczących z nią krajów; w Rosyi zjawia się rzadko, a w stepach, gdzie księgosusz tak straszne czyni spustoszenia między bydłem, jest rzadkością (Spinola). W krajach powyżej wymienionych panuje corocznie. Holandya od początku zjawienia się tam epizootyci do 1840. roku poniosła stratę 64,000 sztuk. Wagenfeld straty coroczne Prus, szczególnie w Nadreńskich prowincjach, ocenia na 2 do 4 milionów talarów. Belgia podobnież dotkliwie straty ponosi.

Doświadczenia czynione wskazują, że chore zwierzęta mogą udzielać zarazę nie tylko wtedy, gdy choroba jest połączona z gorączką, ale i w 8 do 10 tygodni, a nawet i miesięcy, po wyzdrowieniu. Zarazek jest *lotny*, wydziela się, choć nie na daleką przestrzeń, z płuc razem z wydychaném powietrzem. Zaszczepiony nie powoduje na szczepioném zwierzęciu zjawisk cechujących chorobę, wyrażając się czysto miejscową sprawą, wrzodem. Zarażenie powstaje najczęściej wtedy, gdy zwierzęta chore łącznie pomieszczone są ze zdrowymi w jednym budynku; przez wzajemne obwąchywanie się z choremi zwierzętami, lub trupami, również udzielić się może. Podobnież ludzie dozorujący chore zwierzęta mogą przenosić zarazę na zdrowe bydło, przechodząc z miejsca na miejsce. Pierwsze cechy zarażenia okazują się po 6 do 12 tygodniach od przyjęcia choroby. Jad choroby, jak tego faktu dowodzą, bardzo długo może zatrzymywać w sobie zaraźliwość; gdyż trupy na pastwiskach, łąkach i t. p. zakopane, bywały źródłem zarazy (Becker). Mgła, wilgoć, sprzyja do rozwinęcia zarazy; przeciwnie działa zimno. Jakkolwiek zaraza epi-

zootycznego zapalenia płuc tylko rogate bydło dotyka, może się jednak stać zaraźliwą i dla innych zwierząt, mianowicie dla kóz (Spinola). Kozły pomieszczone w zapowietrzonych chorobą oborach w znacznej liczbie zdychały na choroby piersiowe (Delward). Kwestya co do powtórnego zarażenia nie jest jeszcze rozstrzygnięta. Dieterichs, Pessina i inni utrzymują, że to jest niemożliwem; większość jednak weterynarzy, a w tej liczbie i szkoła berlińska, uważają tylko zarazę za możliwą przyczynę powstawania epizoocy, zalecając przytém najściślejsze środki kwarantannowe. Gerlach radzi nawet zabijać chore zwierzęta. Ponieważ więc zdaniem większości choroba rozszerza się tylko drogą zarazy, przeto nie może być mowy o jakimkolwiek jej prawidłowym kierunku.

Zwyczajnym punktem, komunikującym zarazę, są miejsca, gdzie odbywa się handel bydłem; tym sposobem w 1842. r. zaraza drogą handlu z Holandyi i Belgii przeszła do Anglii; ztąd w podobny sposób powędrowała na przykład Dobrej Nadziei, gdzie w prędkim czasie 100,000 sztuk bydła wyniszczyła.

O naturze zarazy autorzy nic stanowczego nie podają. Przypadłości wskazują na chorobę krwi; ale w skutek jakiej sprawy zaraza tam się rozwija, nie wiadomo. Spengler porównywa ją z dławcem (*croup*), inni z zapaleniem płuc tyfoidalnym (*pneumotyphus*).

Nie zbyt dawno dwaj belgijscy lekarze, De Laive i Willems, jako środek zapobiegawczy przeciwko zarazie podsunęli sztuczne jej szczepienie, do czego podały im myśl ogólna niedostateczność środków zapobiegających, przekonanie o zaraźliwości choroby w wysokim stopniu i okoliczność możliwości zarażenia raz tylko w życiu. Ważne to odkrycie było powodem do wyznaczenia oddzielnych komisyj dla ocenienia ważności szczepienia i rzeczywiście niektóre z takowych, jak belgijska, holenderska, francuzka, przedstawiły wcale zadowalniające wypadki. Willems sądzi, że zwierzęta szczepione są wolne od choroby nawet w przypadkach, w których nie okazują się żadne miejscowe znaki po szczepieniu. Z resztą, jeśli po 20 dniach znaki takowe nie zjawią się, wtedy szcze-

pienie potrzeba powtórzyć; w żadnym jednak razie szczepienie nie wywołuje choroby podobnej do epizootycznego zapalenia płuc. Czy podobne szczepienie, jak twierdzą wyżej wzmiankowani lekarze, chroni rzeczywiście od zarażenia, stwierdzić to winny dalsze badania; nigdzie bowiem z polecenia władz krajowych wprowadzonóm w praktykę nie było. W 1863. r. grono weterynarzy wszystkich krajów Europy na zjeździe odbytym w 1863. roku w Hamburgu postanowiło poddawać szczepieniu wszystkie bydło podejrzane jako już uległe wpływowi zarazy, oraz aby w celu wykorzenia tej choroby wybijać wszystkie chore bydła. (Ob. artykuł prof. Seifmanna, Tygod. lekar. Nr. 45. 1863. r.).

Opisawszy w szczególności choroby zwierząt mogące zarażać człowieka bezpośrednio; choroby oddziaływające szkodliwie na stan jego zdrowia, zależące od pasożytów w ciele jego zamieszkałych; tudzież takie choroby, które, nie będąc dla człowieka zaraźliwymi, jednak interesom materialnym jego szkodzą; powiedzmy parę słów w ogólności o udzielaniu się zaraz między odrębnymi i rozmaitemi gatunkami zwierząt, a także o zaraźliwości tych ostatnich w stosunku do człowieka.

Każdy prawie gatunek, lub rasa zwierząt ma pewną skłonność czyli uzdolnienie do przyjęcia zarazy lub jadu. Czynności fizyologiczne, rodzaj pożywienia, z drugiej strony własności jadu, lub zarazy, stanowią główną treść takowego usposobienia; dlatego też każdy gatunek zwierzęcia ma skłonność do pewnej wyłącznej zarazy. Naprzykład epizootyczne zapalenie płuc i księgosusz właściwe są bydłu rogatemu; ospa owcza może się udzielać kozom, a w części i człowiekowi, ale z trudnością udziela się rogaciznie; nosaczna i tylczak z łatwością zaszczepione być mogą rodzajowi osła, ale z trudnością przezuwającym. Tak samo, zaraźliwe choroby człowieka z trudnością udzielają się zwierzętom: np. chorobę syfilityczną można zaszczepić koniowi (Auzias-Turenne), ale wpływ jej na konia inny będzie, niż na człowieka. W obecnym czasie coraz więcej odkrywamy chorób zwierząt, mogących udzie-

lić się człowiekowi, które rozwijają w nim zjawiska odrębne, zaraźliwe lub nie. Do takich zaliczyliśmy i opisaliśmy powyżej: choroby wąglikowe, ospę krowią, wściekliznę zwierząt, nosaciznę i tyłczak, zarazę pyska i racic, grudę gorączkową konia, jak również świerzb, wągrycę i włośnicę. Tutaj również moglibyśmy zaliczyć i chorobę syfilityczną, która podług zdania Ricorda pochodzić ma z zarazy nosacizny (*malleus humidus*), co jest jednak rzeczą bardzo wątpliwą. Możemy jednak do działu tego zaliczyć jeszcze zapalenia różowate zgnięłej natury, sprawione u człowieka ostremi wydzielinami z ustrojów zwierzęcych. Wyliczenie zaraźliwych tych chorób wykazuje nam ciekawy fakt, mówiący za tém, że człowiek ma daleko większą skłonność do zaraz zwierząt, niż na odwrot te ostatnie do zaraz człowieka.

Kończąc wreszcie ten może zbyt krótki i niedokładny przegląd chorób zaraźliwych zwierząt, bezpośrednio lub tylko pośrednio udzielających się człowiekowi, spotykamy się z tą prawdą zasadniczą na każdym kroku, że przy zachowywaniu prawideł higieny publicznej, jakoteż przepisów policyi weterynaryjnej, człowiek zwolna pozbywaé się może wielu klęsk i chorób, trapiących całą ludzkość, narażających ją na ponoszenie tylu strat materyalnych i moralnych.

W téj epoce, kiedy człowiek stał się władcą zwierząt, wtedy już przypuszczalnie nabył zdolności do niektórych chorób takowych. Zdolność ta do zarazy wzmagala się w miarę potrzeb, jakie od zwierząt otrzymywał. Dzisiaj, przy więcej szczegółowém zbadaniu chorób zaraźliwych zwierząt, co rok niemal widzimy coraz to nowsze zбочenia chorobne, mogące udzielaé się od zwierzęcia człowiekowi; coraz częściej spotykamy się z faktami niewątpliwéj zaraźliwości. Fakta te podaliśmy wyżej.

Wiemy nareszcie, jak często zmienia się w własnościach swoich nasz pokarm powszedni, mięso i mléko w skutku chorób zwierząt; jak zmiana ta gwałtownie na zdrowie wpływa, a zarazem jaką trudność przedstawia wyśledzenie przyczyn wielu naszych cierpień bez jednoczesnego dokładnego obeznania się z treścią chorób, zmiany takowe powodujących. A więc

podobnie jak w fizyologii, tak i tutaj nie może być wydatnych granic pomiędzy patologią człowieka i zwierząt. A uznawszy to jako pewnik, musimy przyjąć niezbędną ścisłość związku medycyny weterynaryjnej i ludzkiej, musimy przekonać się, że wtedy tylko patologia człowieka pójdzie śmiałym krokiem na przód, kiedy będzie miała za podstawę patologię porównawczą, która przyniesie jej taki owoc, jaki anatomia porównawcza przynosiła fizyologii człowieka. Również higiena publiczna, która w naszym realnym wieku doszła do tak nadzwyczajnego rozwoju, pozostać musi w ścisłym z patologią zwierząt związku, gdyż coraz bardziej przekonywamy się o tej prawdzie, że z liczby panujących obecnie chorób większą część łatwiej uprzedać w rozwinięciu, aniżeli leczyć.

Nowe dzieła.

Axenfeld. *Des névroses*. Paris 1864. G. Baillière. (7. fr.)

Barkow. *Bemerkungen zur patholog. Osteologie*. 1. Abth. mit 3 lithogr. Tafeln. Breslau 1864. Hirt. Fol. 29 stron.

W pierwszej części mówi autor o ubycie kości w ogólności (*atrophia*) i o przypadku kruchości kości do wysokiego stopnia posuniętej, ze starości pochodzącej; w drugiej opisuje kilka przypadków przerostu kości, szczególniej czaszkowych.

Bazin. *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées*. Paris 1862. A. Delahaye. 8 maj. XI i 499 stron. (6 fr. = 2 tal.)

Jestto wykład chorób skórnych uporządkowanych według podziału opartego niemal wyłącznie na etiologii.

J. Béhier. *Conférences de clinique médicale faites à la Pitié* (1861 — 62). Paris 1864. Asselin. (9 fr.).

Przedmiotem tych odczytów klinicznych, przedstawiających nie mało zajęcia dla poczynającego wykonawstwo lekarskie, są następujące choroby: róża, zwężenia przelyku, zapalenie płuc, *pneumothorax*, choroby płożowe.

PIELGRZYMKI DZIECI.

PRZYCZYNEK DO DZIEJÓW EPIDEMIJ CHORÓB UMYŚLOWYCH
PRZEZ

Dra Ludwika KOEHLERA.

(Ustęp z rozprawy napisanej przed 12 laty, przeznaczonej wówczas na posiedzenie publiczne Tow. lek. Warsz.)

Przy wrodzonym usposobieniu dzieci do naśladownictwa, przy wielkiej pobudliwości ich nerwów, wszelkie wzruszenia umysłowe dorosłych, wszelkie namiętności bez wyjątku, religijne czy polityczne, udzielają się im z niesłychaną łatwością i w najdrobniejszych szczegółach; niekiedy nawet, daleko silniejsze znajdując w nich odbicie, wydadzą się jeszcze bardziej rażące i nedorzeczne, niż na wzorach, z których były czerpane. Lecz w układzie nerwowym wygórowane uczucia religijne, kłamliwie zmyślane, nikczemnie udane, równie jak rzetelne i prawdziwe, też same wywołują następstwa, z tą tylko różnicą, iż skutki pierwszych nierównie są silniejsze: albowiem od początku zaraz pogwałcona działalność nerwów rychło prowadzi do ogólnego rozstrojenia, do nieprawidłowości całego układu nerwowego. Dla tego też gdziekolwiek zfanatyzmowane sekty owały przeważnie zdurzone umysły, tam niebawem ukazały się najrozmaitsze choroby nerwowe, różnego stopnia i mocy, począwszy od wirowania stołów, pukania duchów, konwulsye, natchnienia, katalepsye, somnambulizmy, demonomanie i t. p., słowem, powtarzanie się tego wszystkiego i takimże trybem, jak to dawniejszemi działo się czasy; nie wyłączając i téj okoliczności iż, jakby przez udzielenie się, w tłumach obecnego gminu podobnie powstają powawy, które, poczytywane często-kroć za najświętszych uniesień oznakę, najpowszechniej są prostém dziełem materyalnego bodźca nerwowego.

Niegodnym człowieczeństwa jest nawet chwilowy obłąd wiary, w jaki wprawiać usiłują gmin ciemny w widokach osobistych, żądzą władzy miotani, ludzie sami bez wiary. W ostat-

nich lat trzydziestce u wszystkich niemal narodów, u narodów wszelkiego wyznania obudziły się i wzmogły w sposób zatrważający pojawy chorobnych wzruszeń religijnych. W wieku dziesiętnej oświaty, w wieku przewagi rozsądku, zwyciężkiego usiłowania do wybicia się z pod ucieśniających wpływów zewnętrznych przyrody,—w wieku tyle materialnego dążenia w godniejszym rozumieniu: pojawy takowe, ukazujące się na skalę mniej więcej obszerną, zagroziły nieszczęście społeczności; a lubo ony dziś, jako więcej rozmyślnie może, będące bardziej wynikiem politycznych dążeń, nie dosięgły jeszcze ani tego znaczenia, ani upowszechnienia, do jakiego dojść potrafiły w wiekach odległych i grubej ciemnoty: to przecież, bez nabycia dawniej siły i gwałtowności, nie straciły bynajmniej cech sobie właściwych.

Czas obecny, chwile, w których żyjemy, dostarczyłyby nam obficie nauczającego materiału ku poparciu przywiedzionego zdania. Lecz przechodziłoby to szczupłe zakresy naszego założenia. Natomiast więc niechaj wolno nam będzie poprzestać na skromnym przytoczeniu historycznych zdarzeń z dalekiej zaczerpniętych przeszłości.

Bezprzykładne, może jedyne w dziejach świata są Pielgrzymki dzieci, które na początku XIII. stulecia, niejednokrotnie ponawiając się, przejęły trwogą i rozpaczą całą niemal część zachodnio-południowej Europy. W owym czasie Ziemia święta dawno znowu popadła była w jarzmo Saracenów. Tak dotkliwa strata i tęsknota za odzyskaniem skarbu najdroższego dla całego Chrześcijaństwa z nową i potężniejszą siłą rozległa się po wszystkich narodach zachodu. Dla tego też myśl wyzwolenia Jerozolimy nie mniej potężnie zawrzała we wszystkich umysłach, jak w czwartym stuleciu, kiedy tysiące wiernych, bez różnicy płci i wieku, nie wyłączając dzieci, z zaciekłością niepojętą dobijało się męczeństwa chwały. Wśród takiego usposobienia umysłów i przesadności wyobrażeń cechujących początek XIII. wieku, najblihsza okoliczność wystarczającą już była do wywołania bezstosunkowo wielkich i nadzwyczajnych odczynów. Jakoż w roku 1212. we wsi Cloies, nie daleko Vendôme, w ówczesnej ziemi Orleańskiej we Francyi,

młody pastuch, imieniem Szczepan, stał się pierwszym do tego powodem. Najdziwniejsze wieści o słynnym cudami chłopięciu z szybkością niepojętą rozeszły się po całej Francji. Mienił on się być posłańcem Boga, głosił, że mu Bóg miał się objawić w postaci znużonego i zgłodniałego wędrownika, w zamian zaś i w zawdzięczeniu za kąsek udzielonego chleba udarować go listem do króla. Jakby na znak czci i uwielbienia owce, które on pasał, klękać miały przed jego obliczem; ale może i tego cudu nie było potrzeba, ażeby go wieści gminne łuną świętych otoczyły. Na odgłos tych dziwów z całej okolicy zebrały się tłumy młodych pasterzy, a w krótkim czasie mnóstwo rozmaitego ludu, najgłówniej dzieci, otaczało uwielbione chłopię. W St Denis miał on czynić cuda. Na całej drodze lud korzył się, padając na kolana przed tym mniemanym Boga zesłańcem, i takie było zaślepienie, że, gdy król, niechętnie patrząc na to zgorzenie i niepokojące zbiegowiska ludu, surowo takowych zakazał, nikt zakazu nie słuchał. Co chwila jawili się nowi 10- lub 12-letni prorocy, którzy mową i czynem tak przeważnie wpływali na zebranych słuchaczy, iż całe gromady natchnionych dzieci prowadzili do stóp uświęconego Szczepana, wybrańca.

Ze wszech stron rozwinięte chorągwie śląc przodem, w stroju pielgrzymim, po większej części zbrojno, tłumnie zebrana, postępowała dziatwa z gromnicami żarzącymi, z krzyżami i kadzielnicami w ręku, w śród nieustających śpiewów nabożnych, w których powtarzały się wyrazy: „Boże wzmóż i podnieś Chrześcijaństwo, zwróć nam krzyż prawdziwy zbawienia“; a jeśli kto zapytał, dokądby zmierzali? jakby z jednych ust, jednobrzmiącą odbierał odpowiedź: „Idziem do Boga, za Boskiem wezwaniem.“

Trwoga rodziców była bez granic; ani prośby, ani przedstawienia, ani łzy rozpaczających matek nie mogły powstrzymać niezłomnego popędu. Przemocą i gwałtem w domu przytrzymywane dzieci zapadały w tęschnotę, bezsenność, w choroby gorączkowe ze drzeniem członków połączone, wtedy dopiero wolniejące, gdy niepowściągłym dążeniom dłuższej nie stawiano przeszkody. Inne uchodziły tajemnie z pod najczujniejszej straży, wyłamywały się z pod silnego zamknięcia. Wir niepo-

jęty porywał zarówno dzieci niezamożnych wieśniaków, wyrobników i mieszczan, jako i dzieci najdostojniejszych, bogatych i panów, jedną tylko w tym względzie stanowiąc różnicę, iż majątniejsi, gdy już niczem przełamać nie mogli niepohamowanego zapędu, dodawali tym młodym pielgrzymom przynajmniej odpowiedni dozór, przez co udawało się niekiedy, przy upatrzony sposobności, strudzone lub schorzałe dziecię zwrócić wcześniej rodzicom. Nie rzadkie jednak bywały i takie przykłady, że rodzice sami pierwsze dawali hasło do pielgrzymki, nawet świętą już zwanęj. Odgłos powszechny uwielbienia rozlegał się na wszystkie strony ku chwale uwiedzionej i zdurzałej młodzi, a nikt nie powążył się wyrzec przeciwnego zdania. Najświatlejsi z duchowieństwa nawet, widząc jak płonne, jak daremne stawały się wszystkie ich usiłowania celem poskromienia i nawrócenia zbałamuconych umysłów, zaniechali w końcu jawny stawiać opór; bo każde, w duchu prawdy wyrzeczone słowo za kacerstwo poczytanem było.

Według podań czasowych, zbiegowisko w okolicy Vendôme wkrótce przedstawiało przeszło 30-tysięczną gromadę niedorosłej młodzi, pomiędzy którą nie jedno przebrane znajdowało się dziewczę. Uznając jednogodnie Szczepana za swego przywódcę do Ziemi świętej, którą Saracenom wydrzeć uchwalili, sadzali go na wozie makatami wysłanym, przystrojonym chorągwiami, i otoczyli go przyboczną strażą, którą składała młodzież z pośród wszystkich wybrana, wzrostem, siłą i okazalszą zbroją zdobniejsza. Bo rzeczywiście téż straż takowa nieodbędnie była potrzebną, aby uchronić i zabezpieczyć wybrańca od natręctwa wiernych, mianowicie téż wtenczas, gdy mową swoją wzniecił zachwyt i pobożne natchnienie w otaczającym go tłumie: wtedy każdy, jakby nadludzką siłą wiedziony, cisnął się zapamiętale do osoby jego, aby choć szaty dosięgnąć, jeśli nie udało się szczęśliwszym chociażby najdrobniejszej ich cząstki urwać i uskubać. Wśród takiego ścisku i zamieszania nie jedno słabsze w siłach, ale nie w gorliwym zapędzie, przypląciło życiem nazbyt chciwe żądania. Mimo skwarnej pory roku, w pośród dni lipcowych, ni trudy pielgrzymki, ni głód, ni pragnienie, ni tumany kurzu, ni wyczerpane szcuzu-

ple zasoby biedniejszych nie wstrzymywały dążenia, nie wątkły pobożnego ducha. Bezustannym napływem licznych zwolenników wzmagające się dziwaczne zebranie, posuwało się z wolna przez całą krainę Prowancyi i zbliżało się do murów Marsylii. Jak zwykle w podobnych okolicznościach, tak i w obecnem zdarzeniu na całej drodze zgraja niecznych przemysłowców otaczała rzeszę młodą, a uwodząc niedoświadczonych do swawoli i zepsucia, ogałacała ich z wszelkiego mienia, tak dalece, że większa część tylko z jałmużny i z miłosierdzia okolicznych mieszkańców znajdowała nędzne utrzymanie swoje.

Na odgłos zbliżającej się nowego rodzaju pobożnej wyprawy Marsylczykowie uczynili uroczyste przygotowania na przyjęcie i pomieszczenie u siebie młodych wędrowników. Dwóch tamecznych handlarzy, Hugo Ferreus i Wilhelm Porreus, nazwisk których ohydną pamięć nie zatarły czasy, odznaczali się przed innemi w uprzedzającym i miłym podejmowaniu przychodniów; układni, ze zmyśloną pokorą, nieodstępni ich towarzysze, w modłach nawet ciągly biorąc udział, udawali natchnionych. Tak pozyskawszy łatwe zaufanie, umieli zręcznie i w porę oświadczyć gotowość swoją do przewiezienia wszystkich aż do miejsca zamierzonego, do Palestyny samój, czyniąc to, jak mówili, jedynie dla miłości Boga, którego jawną wolę w całym tém zajściu niby dostrzegli. Z uniesieniem przyjęto pomoc tak wspaniałomyślnie podaną i w krótkce cała rzesza, przejęta wdzięcznością dla dobroczyńców swoich, w zjawieniu których upatrywała początek spełniających się przepowiedni Szczepana, ożywiona duchem najwznioślejszych marzeń, wśród nieustających pieśni, w obliczu zdumiałej ludności Marsylii dosiadła okrętów. Liczba podówczas zebranych tam dzieci była tak wielką, iż na siedmiu okrętach zaledwie pomieszczoną być mogła. Czas najpożądany sprzyjał wyprawie, lecz nazajutrz zaraz powstała gwałtowna burza i zniweczyła zbyt błogie nadzieje. Niebawem smutna doszła wiadomość, iż dwa wielkie statki w bliskości wyspy Śgo Piotra (*St Pierre*) tak nieszczęśliwie uległy rozbiciu, iż ani jedno nie ocalało życie. Nieliczne ciała rozbitków, które morze na brzegi złożyło, zebrano i pochowano w miejscu, w którym z woli Papieża Grzegorza IX.

wzniesiono kaplicę pod nazwą nowych niewiniątek (*Ecclesia novorum innocentium*). Pięć innych okrętów szczęśliwie uszło wściekłości rozhukanych toni i zawinęło częścią do Bugia, częścią do Alexandryi, ale tylko aby smutniejszego doznać losu, bo całą osadę zaprzędano w jarzmo saraceńskiej niewoli i zapewne żadne z tych nieszczęśliwych nigdy już do ojczystej nie wróciło ziemi! Sprawców tak ohydnej zbrodni nie ominęła jednak zasłużona kara: w Sycylii złapanych cesarz Fryderyk III. sądzić i obwiesić rozkazał. Taki był koniec onej wielkiej pielgrzymki dzieci we Francyi.

W tymże samym czasie jednakże w części Niemiec zachodnio-południowej, mianowicie w okolicach Nadreńskich prowincyj, wzburzenie młodocianych umysłów równego niemal dochodziło stopnia. Wszystkie powyżej przywiedzione okoliczności, owe prorocze natchnienia, owe zachwyty religijnych marzeń, wykazujące ostatecznie konieczność pielgrzymki do Ziemi świętej, celem oswobodzenia i odzyskania grobu Zbawiciela, ponawiały się tu w najdrobniejszych szczegółach, z równem, jak we Francyi, uniesieniem; lubo w żaden sposób przypuszczać nie można, aby drobni fanatycy niemieccy mogli byli choćby najmniejszą posiadać wiadomość zaszytych pod Vendôme wypadków. Czasy dawniejszych wojen krzyżowych przywołując na pamięć, młodź tutaj zbierała się po większej części bezbronna, przyodziana tylko w niezbędną, krzyżem zdobną sklawinę (*sclavina*) z kijem pielgrzymim (*scarcelles, burdones*) w ręku, pobudzając się do świętego dzieła nabożnym nieustającym pieniem. Co do liczby, zbiegowisko to było nieporównanie większe i od sąsiedniego w tém głównie tylko różniące się, iż nie uznawało jednego wyłącznie przewodnika. Największe dwie gromady widziano, jak w wolnym pochodzie zmierzały w kierunku do morza Śródziemnego, przekonane, że za ich zbliżeniem się góry i morza rozstępować się i drogę tworzyć im będą. Jednej takiej gromadzie przywoził jakiś Mikołaj, ale wiek, stan i pochodzenie jego pozostały nieznanne. Przeszło 7000 młodych wędrowników, idąc prawym brzegiem Renu, w miesiącu sierpniu przybyło w okolice Genui. Wszystkie okoliczności przemawiają za tém, że początkowie liczba ta przynajmniej

w dwójnasób większą być musiała; bo w owym czasie pasma gór Alpejskich nader trudne i niebezpieczne były do przebycia: więc też najsilniejsi tylko i więcej dorośli przetrwać mogli w tak ciężkiej przeprawie, kiedy inni ulegali pod trudów brzemieniem, ginęli marnie z sił wyniszczenia wśród przepaścistych bezdroży. Znośniejszym cośkolwiek był los dzieci zamożniejszych rodzin, albowiem one po większej części nie pozostawały bez czujnej opieki: często zdążyły za nimi to siostry, to matki, konno, lub na mułach, w różne zaopatrzone do życia potrzeby. Z tém wszystkiém w Genui nie dzielano wcale szalu, jaki przejmował niedorostków tłumi. Nie wierzono w świętobliwość głoszonych marzeń; z obawy zaś, ażeby najście takowe nie zakłóciło spokojności miasta, nie spowodowało niedostatku i drożyzny, a więcej jeszcze z powodu, ażeby, przy istniejących w owój porze nieprzyjaznych stosunkach stolicy apostolskiej z dworem cesarza rzymskiego, nie ściągnąć na siebie nieukontentowania i gniewu, zabronili wstępu do miasta tym nowym pielgrzymom i bramy zamknąć kazali. Po długich układach dopiero, kiedy już znaczna liczba zniechęconej młodzi, odstępując nierozważnego zamiaru, rozchodzić się zaczęła, najwprzód upamiętałym Genuenńczycy gościnne dali przyjęcie; lubo poprzednio jeszcze nie odmówili go tym, którzy, przez listowne polecenia w domach patrycyuszów znalazłszy pomieszczenie, pozawierali później stosunki, będące początkiem i z rodu i z imienia potężnych i znakomych pokoleń. Wszyscy inni, co przetrwali w urojeniach swoich, zmuszeni do odstąpienia z pod murów Genui, na różne rozproszyli się strony, różnych doznając kolei. Wielu usiłowało wrócić do ojczyściej ziemi, i ci może największej ulegli biedzie, jeśli nie udało się niektórym znaleźć wyjątkowo wśród drogi stały dla siebie przytułek; bo nader szczupła liczba tych, którzy, długo nabłąkawszy się, wręście do miejsc rodzinnych przybyli, znaleźli za powrotem tylko wzgardę i wyszydzenie.

Wszelako część jedna tych gromad przez Liguryą i Włochy doszła w końcu do Rzymu. Papież jednak, pomimo pobłażania i łaskawego przyjęcia, nie zwolnił stawających przed sobą pielgrzymów od dobrowolnie przyjętego na siebie obowiązku,

owszem ślubować im kazał, że za dojściem do lat dojrzałych znowu podniosą oręż w obronie krzyża.

O drugiej gromadzie pielgrzymujących dzieci nie mamy tyle dokładnych wiadomości; przywódcy nazwisko nawet pozostało nieznanne. Tyle tylko pewna, że, nie mniej liczna, ażeby pewniej dopiąć zamierzonego celu, w drobniejszych oddziałach różnemi puściła się drogami. Część jedna szła przez dzikie szczyty gór Uri; druga przez górę Śgo Gotarda; inna jeszcze przez górę Splügel. Lecz niepowściągli wędrownicy i w Lombardyi nie znaleźli oczekiwanego współczucia. Nikt tam ślepiej nie chciał podzielać ich wiary. Znaczna też większość uwiedzionej młodzi zginęła z nędzy i głodu, a nieliczni tylko, niezachwiani w postanowieniu swoim, doszli aż do Brundusium. Wszakże los ich nie był różnym od losu tych wszystkich, którzy miast portowych dosięgli. Ludzie niegodziwi, korzystając z następczącej się sposobności, chciwie łatwą chwyтали zdobyc w zamian przynoszącą im upragnione złoto.

We 25 lat później, w roku 1237. usiłowanie do nowych pielgrzymek powtórnie okazywać się zaczęło. Lecz tą razą dążność takowa nieporównanie słabszą już była i ograniczała się, jak w tym mianowicie przypadku, prawie na samo tylko miasto Erfurt i okolicę jego. Pomimo tego usposobienie chorobne umysłów dziecinnych nie mniej było wyraźnym. W lipcu pomienionego roku około 2000 dzieci zebrało się wśród śpiewów nabożnych, wśród dziwacznych wykrzywiań ciała i skoków, wśród mnogich konwulsyjnych ruchów, i procesyjnie przy jarzącem świetle wyszło z miasta, zamierzając przez Steigerwald i Arnstadt puścić się w drogę do Ziemi świętej. Nie bez wielkich trudów udało się jednak strwożonym rodzicom wstrzymać gwałtowny ich pochód i wcześniej jeszcze odwieść od nierozmyślnego przedsięwzięcia. Co skłonić mogło do namiętnego wybuchu przesadzonej wyobraźni? jakiego rodzaju mógł być pierwszy popędu zarodek? trudno odgadnąć. Wyraźne jednak było chorobne usposobienie, bo większa część odwiedzionych od zapamiętałego kroku uległa następnie długo trwającym chorobom cechującym się trzęsieniem członków, ruchami konwulsyjnymi, które, powszechnie przechodząc w gorączki trawiące,

kończyły się śmiercią. Wszakże owoczesne kroniki, przechowujące szczegóły różnorodnych zdarzeń, pozwalają zachwycić niejakiego związku następstw i domyślać się z prawdopodobieństwem źródła wyźprzytoczonych wypadków. Uroczystości kanonizacji Śtój Elżbiety landgrafiny Turyngskiej, obchodzone w tój porze z niesłychaną okazałością, mogły być rzeczywiście zrobić tak potężne wrażenie na umysłach młodzi Erfurtskiej, usposobionój już wpływem czasowych wyobrażeń, i stać się pierwszym i głównym powodem do pobożnych uniesień, które w całym narządzie nerwowym wywołały chorobne odczyny.

Lecz do odgadnięcia i wytłómaczenia przyczyn pielgrzymki dzieci w roku 1458. wydarzającój się nieporównanie większe zachodzą trudności. Tego poruszenia powodem nie tyle było oswobodzenie Ziemi świętój, jak raczej uczczenie archanioła Michała. Jakoż w Hall, małej mieścinie w Szwabii, kilkaset dzieci, kryjomo opuściwszy rodziców, zebrało się celem odbycia pielgrzymki na górę Śgo Michała w Normandyi. Jednakże tu władze miejscowe, nie mogąc zwyczajnemi środkami przełamać silnego zamiaru dzieci, postanowiły przyjść w pomoc ich dążeniom. Dodano im więc dojrzałych przewodników, zaopatrzone w dostateczną ilość pakownych mułów i całe to zgromadzenie w ten sposób doszło szczęśliwie do miejsca, gdzie w owych czasach znajdowała się słynna na wszystkie strony kaplica, dziś zaledwie ślad istnienia swego mająca: bo miejsce to, późniejszymi czasy spustoszałe, obecnie na więzienie stanu obrócone, znane jest dostatecznie pod nazwą Mont St Michel. Tak roztropnym postąpieniem władz udało się szczęśliwie uchylić wiele smutnych następstw i zapobiedz dalszemu szerzeniu się przesadnych i wyraźnie chorobnych wyobrażeń.

Przywodząc opis treściwy historycznych zdarzeń, mieliśmy na celu poprzeć i uzasadnić zdanie: iż pewne formy chorób nerwowych, ukazujących się wyłącznie na wielkich przestrzeniach, są najpowszechniej wynikiem różnorodnych wrażeń, w ścisłym zostających związku z usposobieniem czasowém umysłów. Lecz tenże sam przykład równie dobrze posłużyć nam może do wykazania, jak nie mniej statecznie objawy wszelkich chorób wielkich ludowych są takż wyłącznie następstwem wpływów z razu ucho-

dzących baczości naszój, niepostrzeżenie w zawiązku długo tlejących, zanim staną się tyle silnemi, iżby przy pierwszój sposobności w całej mocy rozwinąć się mogły i odtąd, niepostrzymane, straszliwych dosięgły rozmiarów.

CHIRURGIA.

Nowe dzieła.

Archiv f. Ohrenheilkunde, herausg. von Tröltsch, Politzer u. Schwartze. I. Bd. 1. Heft. stron 73. Würzburg 1864. Stahel. (rocznie 4 poszyty, kosztujące razem 4 tal.)

Ten piérwszy poszyt zawiera następujące artykuły: Schwartza postępy otiatryki z ostatnich lat 10; Tröltsch o znaczenia anat. i fizjol. mięśniów podniebienia i trąbki Eustachego, tudzież o kateteryzacyi téj ostatniéj; Politzera doświadczenia nad przenoszeniem się głosu w narzędziu słuchowém u zdrowych i chorych; i t. d.

Bigg (H. Heather) On the mechanical appliances necessary for the treatment of *deformities* etc. Part II. The spine and upper extremities. London 1863. Churchill. 303 str.

Pożyteczny podręcznik leczenia skrzywień ciała za pomocą dość uproszczonych przyrządów i stosownie użytój gimnastyki.

Bourcart (A.) *De la situation de l'S iliaque chez le nouveau-né*. (Thèse p. le doct.) Paris 1864.

Autor w 150 przypadkach otwarcia zwłok ze ścisłością badał położenie zagięcia esowego, dla usunięcia wątpliwości co do miejsca wyboru dla operacyi odbytu sztucznego (*anus artif.*) w przypadkach zarostu wrodzonego otworu stolcowego, podniesionych w ostatnich czasach przez p. Huguier: wypadki tych poszukiwań popierają zdanie Littre'a, p. Giraldès'a i innych, a mianowicie, że operacya powinna być wykonana *pa lewój stronie*.

J. Bruck. *Die Galvanokaustik in der zahnaerztlichen Praxis*. Leipzig 1864.

WIADOMOŚCI ZAKRAJOWE.

KRONIKA LEKARSKA ZAGRANICZNA.

Przez Dra Juliana KULSKIEGO

w Radomsku.

Treść: 1. **Paryż.** *Akademia lekarska*: Umiejscowienie mowy w lewym płacie mózgu. 2. *Akademia umiejętności*: Zmiany własności trawiących trzustki (*pancreas*) po przecięciu nerwów błędnych. 3. *Tow. balneologiczne*: Badania nad elektrycznością wód siarczanych. 4. *Tow. medyko-chirurgiczne*: Ezeryna. 5. **Londyn.** *Tow. medyko-chirurgiczne*: Leczenie rozpuszczające kamieni z kwasu moczowego złożonych. 6. Opuchlina nerki wrodzona. 7. *Tow. patologiczne*: Ropień mózdzku. 8. *Tow. położnicze*: Gorączka połogowa. 9. **Wiedeń.** *Tow. collegium doktorskiego*: Przyczynek do patologii chorób nerwowych. 10. Choroba Basedowa czyli Gravesa (*tachycardia strumosa exophthalmica*). 11. **Berlin.** *Tow. lekarskie*: Kurcz przemienny poprzeczny (*spasmus alternans transversus*). 12. Działanie, jak i sposób leczenia otrucia tlenkiem węgla. 13. *Nekrologia*: Foerster.

Dnia 10. maja 1865. r.

1. *Akademia lekarska* po ukończeniu rozpraw nad udzielaniem się kiły przy szczepieniu krowianki, których końca nie podaje, gdyż ostatnie mowy nie zawierały nic nowego, coby łaskawego czytelnika zająć mogło, przeszła następnie do rozpraw nad sprawozdaniem p. Le lut dotyczącym pracy p. Dax, co do **umiejscowienia mowy (parole) w lewym płacie mózgu**. Sprawozdanie to nie miało form akademickich, gdyż kończyło się samowolnym wnioskiem: że, pracując kilkadziesiąt lat nad tym przedmiotem i widząc przeciwne zdanie utrzymywaném w pracy p. Dax, nie widzi potrzeby zastanawiać się nad nią, gdyż, mając *stanowisko wyrobione*, może niezgodne ze swemi widokami prace pominąć. Wyrzekł on jak

wielki wezyr pałacy bibliotekę Aleksandryjską, a twierdzący, że, co mądrego w niej istnieje, to zawiera Koran, a po za tém nic; tak i p. Lelut, wyrobiwszy długą pracą swe pojęcia, przeciwne zdania uważa jako niegodny pył, który na drodze wytkniętej mu zawadzał. Gdyby świat naukowy tą miał iść drogą, wtedy, zdaje mi się, w krótkim czasie postęp na katafalku zapomnienia złożyłby należało. Na szczęście Akademia, nieustraszona takim *dictum acerbum*, podniosła głos dotychczas w osobie pp. Bouillaud i Trousseau, a dalszych zajmujących rozpraw spodziewać się można. Pytanie to, poruszane kilkakrotnie na posiedzeniach naszego towarzystwa (1), a którego główne zarysy dało nam tłumaczenie artykułu p. Jaccoud (2), zdaje się, że zajmie uwagę na dłuższy czas Akademii. Wyborna mowa p. Trousseau określa nam najlepiej stanowisko nauki pod tym względem i dla tego przebaczy mi najprzód łaskawy czytelnik, że obszerniej starać się będę zdać z niej sprawę; a teraz przechodzę do mowy p. Bouillaud. Przeszedłszy najprzód metodę Galla, zwraca się do określenia siedziby mowy, a tu odróżnia: czy mowa jest zdolnością właściwą, oznaczoną, lub też nie, jak to p. Lelut mieć chce. Aby jednak nie pomylić się w wnioskach, zwraca uwagę na to, aby nie zestawić w jedno wewnętrzne słowa (*parole, verbum, logos*), z wyrażeniem tegoż zewnętrznym, do którego należą mimika, oczy i pismo, będące innemi sposobami téjże samej zdolności. Odrzucając spostrzeżenia Galla, który chciał niejako wymiarowo określić (*gémétriser*) czynności mózgowe, odwołuje się do swéj pracy z r. 1822., gdzie starał się wykazać siedzibę narządu ruchu potrzebnego do wydania głosu. Wykazawszy, że bez narządu kierującego ruchami nie ma żadnej czynności tu należnej, przytacza wtedy jedynie przez siebie podtrzymywane zdanie, że miejscem porządkującym ruchy mowy są przednie płaty mózgu, co i obecnie utrzymuje. Następnie p. Trousseau powiada, że najprzód porozumieć się wypada co do znaczenia pracy p. Dax, a mianowicie: „czy istnieje stały

(1) Pamiętnik Tow. lek., t. LII, str. 279, 281 i 283.

(2) Tamże str. 453 i następne.

zbieg (*coïncidence*) pomiędzy niemotą a zmianami w półkuli mózgu lewej.“ Ażeby dojść do tego, uważa za rzecz ważną porozumieć się co do słownictwa niemoty, t. j. wyrażen: *alalia*, *aphemia* i *aphasia*. Powiada on, że wyrażenie dawno w nauce używane *alalia* znaczy właściwie niemotę (*mutisme*), gdy wyraz p. Broca „*aphemia*“, mający wyrażać właściwy nieporządek w mowie (*un trouble particulier de la parole*), jest niewłaściwym, gdyż, tłumacząc go, tobyśmy rozumieli pod nim właściwie niesławę, która z tém cierpieniem nie ma nic wspólnego; wyraz zaś *aphasia*, zgodnie ze zdaniem pp. Littré i Briau, ten nieporządek w mowie maluje, który obok wyrazu *alalia* istnieć może, gdy spostrzeżenia Sa u v a g e s'a, obu F r a n k ó w, C u l l e n a i innych, które obecnie podnieść chciano, są ze sobą samemi zupełnie sprzeczne. Unikając ogólnego określenia (*définition*) téj słabości, odnosi on mowę do czterech znaków, jakich człowiek do wyrażenia swéj myśli używa, a mianowicie: 1. mowy (*parole*), 2. giestu, 3. pisma, 4. rysunku; gdy wszystkie te znaki są zniszczone, wtedy *aphasia* jest zupełną, gdyż nie ma potrzeby wikłać jéj z porażeniami: przy ostatniém po zalewie mózgu chory bąka (*bredouille*), lecz wyraża, jakkolwiek niedokładnie, swą myśl; może on pisać, rysować gdy chory afatyczny zupełnie tych własności jest pozbawionym, a kiedy niektóre z tych znaków są zniesione, afazya jest niezupełną. Przykłady, jakie przytacza, są zbyt ważne pod względem rozpoznawczym i klinicznym, abym je miał pominąć; w skróceniu je przeto podaję. I tak, znajduje się chory na klinice, którego oko zachowało cały wyraz umysłu, jak i twarz, a który na wszystkie pytania odpowiadał „nie ma niebezpieczeństwa.“ Po kilku dniach przybyły mu wyrażenia: „nie ma wątpliwości“; w końcu „tak samo.“ Inny znowu aż do śmierci na wszystko odpowiadał: „ach głupi.“ Inny chory seminarzysta po porażeniu w skutku zalewu mówił jedynie: „*coucici*“ a po wyleczeniu się z porażenia, wezwany do odpowiedzi i napisania swego nazwiska, napisał je dokładnie, ale na żądanie napisania imienia żony, miesiąca i t. d. zawsze to samo nazwisko kładł; w podobny sposób i mimika była upośledzoną: wezwany, aby naśladował grającego na flecie, bębnił, po pokazaniu

potrzebnych gości, oddał granie, ale następnie wezwany do naśladowania bębnienia wykonywał ruchy jak grający. Inny chory po zalewie stracił mowę, ale, na rozkazy, swe korespondencye wykonywał, jak dawniej. Inny znowu w cztery miesiące po zalewie, przy którym było lekkie porażenie prawej strony, przyszedł do zdolności mówienia, ale czytać nie mógł, a nawet doskonale przez siebie pisanych zdań nie był w stanie natychmiast po ich napisaniu przeczytać. U innego ogranicza się ta niemoc jedynie do czytania cyfr; inni czytają je fałszywie, ale giestem poprawiają swój błąd, którego słowem nie są w stanie naprawić. Cierpienie to może być również przechodniem: i tak jeden z akademików dostrzega, że nie rozumie tego, co czyta, a zadzwoniwszy na służącego, nie może ani mówić, ani pisać; mimo to wskazuje, aby mu puszczo krew, poczem władza wyrażenia myśli tak mową jak i pismem powraca, a szukając w umyśle siedziby tej choroby, czuł, że język i ręce nie są porażone. Przytacza jeszcze wiele innych przykładów, ale poprzednie wystarczą do wykazania, o ile odrębną jest rzeczą ta niemoc od innych, gdzie również istnieje niemożebność lub trudność mówienia. I tak, w porażeniu ogólnem chory może wyrażać, jakkolwiek źle i niedostatecznie, swe myśli: nie jest on dotkniętym afazją, choć mówić nie może; tutaj policzyć należy i choroby nerwowe, jak porażenie wargo-języko-krtaniowe, tutaj bowiem mięśnie są porażone, lecz umysł jest wolnym, a zatem brak jest instrumentu, bo chory zdolny jest w inny sposób swą myśl wyrazić; gdy u dotkniętego tą niemocą instrument jest, ale brak mistrza, któryby struny jego mógł we właściwy ruch wprowadzić, a na tym braku polega *aphasia*. Następnie przechodzi do części historycznej, w której przechodzi prace *Sauvages'a*, *Cullen'a* i *Franka*; co się tyczy tego ostatniego, to własnymi jego spostrzeżeniami wykazuje, że nie umiał odróżnić niemoty (*alalia*) od afazji. Ponieważ w pracy wyżej wspomnianej pana *Jaccoud* dowód jest za *Frankiem*, widzę się zmuszonym uwagi te p. *Trousseau* przytoczyć. I tak w dziele *Franka* czytamy: „Są przypadki, gdzie u osób macienicznych (*hystériques*) po zalewie zdaje się, że porażenie jest częściowem, bo chore nie mogą wymówić niektórych słów,

lub zgłosek, i tak: kobiéta 50-letnia z porażeniem połowiczém była w stanie odmawiać swe zwykłe pacierze, ale zresztą nic nie mówiła; inna zakonnica nie wymawiała nic prócz wyrazu *Jezus*.“ Przecież są to najpiękniejsze przykłady afazy, gdyż trudno przypuścić jakieś częściowe porażenie, gdzie język porażony byłby nim dla innych słów, a tylko nie dla modlitwy. Następnie zwraca się do pracy pp. Dax ojca i syna i p. Broca i tutaj przykładami i cyframi, temi niezbitemi w tym razie dowodami przemawia, wykazując, że na 32 przypadki przez niego zebrana 14 potwierdzało umiejscowienie zdolności mowy w lewym płacie, gdy 18 było temu przeciwnych; a między innemi przytacza przypadek kliniczny, gdzie cierpienie mózgu było po stronie prawej. W ostatnich dniach grudnia r. z. przyniesiono do szpitalu chorą, 40 lat liczącą, porażoną na lewą stronę od dwóch dni. Cała jéj mowa, zrozumiała zresztą, ogranicza się na wyrażeniach: „tak zaiste!“, „trzymaj“, „rozumiesz“, któremi na wszystkie pytania odpowiada. Mimika jéj jest również ograniczoną, jak i wyrażenia; zresztą wyraz twarzy rozsądny. Rozpoznanie brzmiało na afazyą z zatorom tętnicy mózgowéj średniéj i rozmiękczeniem płatu czołowego prawego, co téż i badanie pośmiertne stwierdziło, gdy lewy płat czołowy był zdrów. Dołączywszy do tego spostrzeżenia pp. Charcot, Cornila i Pelveta, wszystkie uzasadnione na badaniach pośmiertnych, łatwo się przekonać, że teoria umiejscowienia po lewej stronie na bardzo słabych stoi podwalinach. Dla łatwiejszego zrozumienia określa następnie, co rozumie pod płatem czołowym, a dopełniwszy tego, przytacza dalej przykłady i cyfry, z których wyciąga wniosek godny uwagi, że umiejscowienie li tylko mowy w jednéj półkuli jest nader wątpliwém. Poczém zwraca się do *przyrody tego cierpienia* i tu policza jako najzwyklejsze *rozmiękczenie*, gdyż jeden tylko przypadek p. Broca wykazuje torbiel mózgu, zdający się przemawiać z powodu złągów brocznika za dawném ogniskiem zalewowém. A przypisuje głównie znowu rozmiękczenie afazyą powodujące zatorom (*embolie*) i w tych razach choroba ta jest stałą, gdy przechodnie jéj przypadki, jak to spostrzeżenia p. Velpeau pokazują, zależą od zalewów, i ztąd wyprowadza wniosek pod

względem rokowania, że przy zalewie połączonym z afazyą można zapewnić o powolnym postępie choroby, który dość długo żyć pozwoli. Co się zaś tyczy stanu umysłu, to wyprowadza z przypadków przechodnich ten wniosek, że ten jest zawsze upośledzonym, a nie stawiając afazyi na równi z niepamięcią (*amnesia*), jednak uważa on, że bez pamięci mowa i wrażenia istniećby nie mogły i porównywa stan chorego cierpiącego na afazyą do stanu dziecięcia, z tą tylko różnicą, że pierwszy prawie wszystkiego zapomniał, gdy drugie jeszcze się niczego nie nauczyło. Po tak długich przytoczeniach kończę dotychczasowe sprawozdanie, pozostawiając sobie wolność streszczenia dalszych rozpraw w najbliższej kronice. (*L'Union médicale*, tom XXVI. n. 41. 44. 47. 50.)

2. W dalszym ciągu pracy swój p. Corvisart (1) przedłożył *Akademii umiejętności* badania dotyczące się **zmian własności trawiących trzustki po przecięciu nerwów błędnych w okolicy szyi** dokonane wspólnie z panem Schiff. Poprzednia praca, wykazująca znakomitą zdolność trawienia, dokładniej obecnymi poszukiwaniami rozjaśnia się, a wnioski z tychże są następujące: 1) W braku trawienia (*digestion*) w żołądku, chociażby ten ostatni był napełniony ciałami obcymi lub pokarmami stałymi albo płynnymi, mogącemi wywołać pobudzenie współczulne lub zwrotne (*réflexe*) silne na trzustkę, ta ostatnia tak długo jest nieczynną, dopóki nie utworzy się ferment zdolny wpłynąć na pokarmy azotowe. 2) Że również trzustka jest nieczynną, chociażby wessanie pokarmów nastąpiło w znacznej części w żołądku, jeżeli te nie uległy sprawie trawienia, tylko jako pokarmy dostały się do krwi. 3) Że konieczne jest, aby czynność wydzielająca rozpoczęła się, żeby nastąpiło wessanie pokarmów przetrawionych czyli peptonów, i to czy ony są skutkiem sprawy trawienia w samym żołądku, czy też powstają przez dodanie sztuczne pepsyny. 4) Że podobny skutek pociąga za sobą pepsyna. 5) Że nerwy błędne nie mają wpływu wprost na wyrabianie fermentu trzustkowego, gdyż to jedynie zależy od peptonów, bez obec-

(1) Patrz Pam. Tow. lek., tom LII. str. 123.

ności których, czy nerwy są przecięte, lub nie, trawienie trzustkowe nie ma miejsca. 6) Że wessanie to peptonów musi nastąpić w żołądku, a nie w kiszkaach. Twierdzenia te polegają na licznych bardzo doświadczeniach i rozświecają zawiłą stronę chemizmu, jaki w ustroju w czasie trawienia z taką siłą się odbywa; zresztą myślę, że badania te nie zostaną bez wpływu na rozwiązanie wielu ciemnych chorób, jak i na leczenie tychże, w którym tak często na tyle trudności napotykamy. (Tamże, t. XXV. n. 33).

3. Pytanie rzucone przez p. Scoutetten **co do elektryczności wód lekarskich** (1), jak się spodziewać można było, pobudziło do pracy lekarzy zdrojowych; zajmujące badania, jakie p. Lambron przedłożył *Towarzystwu balneologicznemu* co do wód siarczanych w Bagnères-de-Luchon (2), w krótkości tu podaję. Przytoczywszy główne zarysy co do elektryczności wód, gdy te czyto z ziemią, czy z innymi płynami się stykają, wykazuje, że wody siarczane przybierają elektryczność ujemną i zastanawia się nad elektrycznością w łonie wód bez styczności z jakimkolwiek innym płynem, jak np. gdy te prowadzą do kąpeli lub do natrysku. Wypadki tych badań były następujące: że woda siarczana znajdująca się w wannie, zbiorniku (*baignoire*) jest silnie elektrycznie dodatnią w warstwach górnych zostających w stanie rozkładu chemicznego pod wpływem powietrza, gdy warstwy głębokie zachowują się silnie ujemnie, i w ten sposób istnieje ciągły prąd między temi warstwami. Prąd trwa tak długo, dopóki sprawa chemiczna nie ukończy się. Siła prądu nie zależy od ciepłoty wody, ale jest w stosunku prostym do zamożności w siarczce.

(1) Patrz Pam. Tow. lek. W., t. L. str. 419. i t. LII. str. 471.

(2) Wody w Bagnères-de-Luchon są przeważnie ciepłe (+ 13 do 45° R.); główne części składowe są: Na S (0,0589 - 0,0314 gramów na 1 liter), Na Cl (0,0624 do 0,0736) i SO₃ Na, jak i SO₃ KO, prawie w równych ilościach, lubo pierwsza sól przeważa; inne części wchodzą w mniejszych ilościach. Zbliżają one się prócz ciepłoty do naszych wód siarczanych, doświadczenia zatem tutaj dałyby się sprawdzić. Woda ta zawiera zaledwie ślady wolnego siarkowodoru (H S)

Zmniejszanie się siły prądu nie zależy ani od czasu, ani bogactwa siarczyków, ale od tego, jak które ze źródeł prędkiej lub wolniej się rozkłada pod wpływem powietrza. W czasie kąpieli części ciała kąpiącego się, zanurzone w warstwach głębokich, stają się elektrycznie ujemne; gdy części, zanurzone w warstwach powierzchniowych, jak i nie zanurzone, są elektrycznie dodatnie. W ten sposób ciało zanurzone zamyka stos podobnie jak w lampach metalicznych przyrządów prostych Bucholza i Becquerela ojca, i w ten sposób tworzy się zupełny przyrząd elektro-chemiczny. Przy zastosowaniu natrysku (*douche*) części ciała uderzane wodą są elektroujemne, inne zaś dodatnie. Jeżeli zaś zastosuje się dwa natryski, jeden cieplejszy, drugi zimniejszy, wtedy części ciała cieplejszym dotknięte stają się elektro-ujemnymi, gdy zimniejszym dodatnimi. Przeciwnie się zaś rzecz ma, gdy u kąpiącego się na części niezanurzone zastosuje się natrysk: wtedy bowiem ciało zanurzone staje się elektro-ujemnym, a części niezanurzone elektro-dodatnimi. Wody siarczane przewożone zachowują się w podobny sposób, lubo siła ich prądów jest mniejszą, są zaś pod tym względem zajmujące, że nie zaraz po wlaniu do naczynia pokazują największą siłę napięcia prądu, lecz dopiero po jakimś czasie, gdy rozkład chemiczny jest w pełnej czynności, gdy przeciwnie przy samym źródle napięcie jest najsilniejsze natychmiast po zetknięciu się ich z powietrzem; podobne wypadki, jak wody przewożone, dają zmarznięte, lecz jeszcze w słabszym stopniu. W końcu wyprowadza prosty a ważny wniosek praktyczny, że wody oprócz działania swego za pomocą części składowych i ciepłoty muszą koniecznie wpływać na ustrój przez wywężujące się prądy, czego pewność późniejsze doświadczenia nam wykazują. (Tamże t. XXV. n. 37.)

4. W dalszym ciągu badań **nad bobem kalabarskim** p. A. m. Vée przedłożył *Towarzystwu medyko-chirurgicznemu* alkaloid tegoż, jak i badania fizyologiczne dokonane wspólnie z p. Leven. Alkaloid ten, któremu nadano nazwę *ezeryny*, jest stały, krystaliczny, smaku zaledwo gorzkiego, trudno rozpuszczalny w wodzie, łatwo w alkoholu, eterze, chloroformie i kwasach. Otrzymuje się, dodając do wyciągu alko-

holowego wody wysyconej kwasem winnym, następnie nasycy się roztworem dwuwęglanu sody w nadmiarze i miesza się z eterem, przy którego ulatnianiu alkaloid się osadza; gdyby od pierwszego razu nie wykrystalizowała, wtedy postępuje się, jak poprzednio, ale nasycy się octanem ołowiu, a po przedczeniu dodaje się nadmiar węglanu sody. Ezeryna rozpuszczona w stosownej ilości kwasu i wstrzyknięta pod skórę królików sprowadza znane czytelnikowi objawy otrucia bobem kalabarskim; 3 do 5 miligramów wystarczało do zabicia królików: przy otwarciu zwłok mózg i rdzeń pacierzowy były prawidłowe, płuca pozbawione krwi, serce wietkie; w połowie przypadków śmiertelnych zauważyli autorowie nie rozszerzenie, lecz brak skurczu tęczówki. Otrucie następowało szybko i po wkropleniu roztworu ezeryny do oka; wkraplana w bardzo znacznym rozcieńczeniu tak u ludzi, jak i zwierząt, zawsze sprowadzała zwężenie źrenicy. Ciekawe jest to spostrzeżenie, że wpływ na źrenicę jest szybko przechodni, gdyż po rozszerzeniu źrenicy wilczą jagodą (*belladonna*) jeśli wkroplimy roztwór ezeryny, to źrenica się kurczy, lecz po krótkim czasie to przechodzi, a skutek belladonny pozostaje. (Tamże, t. XXVI. n. 43.)

5. *Towarzystwu medyko-chirurgicznemu* w Londynie przedłożył p. Roberts swą pracę **o rozpuszczającym leczeniu kamieni z kwasu moczowego**. Praca ta dzieli się na dwie części; w pierwszej autor skreśla doświadczenia i spostrzeżenia leczenia kamieni z kwasu moczowego za pomocą leków wewnętrznych alkalicznych. Praktyczność tego opiera na następujących danych: 1. Że z porównania skutku roztworów węglanów sody i potażu wypada, że ostatni posiada siłę rozpuszczania większą. 2. Że roztwory zawierające od czterdziestu do sześćdziesięciu gran na kwartę posiadają tę własność w najwyższym stopniu, gdyż mocniejsze przeszkadzają rozpuszczeniu, tworząc warstwę dwumoczanów, a słabsze roztwory działają nazbyt wolno. 3. Wykazuje dalej, że ilość płynu jest obojętną, lecz że nie powinna przechodzić siły wydzielającej nerki, a ilość od trzech do sześciu kwart znalazł równie skuteczną, jak i większe. 4. Że węglan potażu posiada *maximum* siły rozpuszczania kamieni kwasu moczowego, gdyż, przechodząc przez

pęcherz w ilości trzech do ośmiu kwart na dobę, przy ciepłocie ciała dziennie rozpuszcza od 10 do 20% kamienia. 5. Że co się tyczy przetworów, to doświadczenia doprowadziły go do uznania, że podawane dwuwęglany, octany, lub cytryniany potażu mają działanie jednakowe; lubo przenosi podawanie cytrynianów, gdyż 40 gran tój soli, rozpuszczone w pięciu uncjach wody i brane co dwie godziny, alkalizowały mocz do wypadkowej największej rozpuszczalności soli potażowych. 6. Że strata na wadze kamienia w ciągu 24 godzin wynosi w przecięciu $12\frac{1}{2}$ grana. Przy doświadczeniach pokazało się, że, jeżeli mocz stał się amoniakalnym, w takim razie rozpuszczanie ustawało z powodu tworzenia się fosforanów, co daje wskazówkę terapeutyczną, aby nigdy do tego punktu alkalizacyi nie dochodzić. 7. Pod względem praktycznym przytacza autor dwa przypadki rozpuszczenia kamieni z innych autorów, a trzy swoje własne; z ostatnich zupełne rozpuszczenie w żadnym nie nastąpiło. Jeden z tych kamieni miał kształt morwy, a drugi składał się z naprzemian ułożonych warst kwasu moczowego i szczawianu wapna. Trzeci zaś przypadek, zdaje się, dla tego nie doprowadził do skutku, że leczenie za krótki czas trwało, co i do dwóch poprzednich zastosować się daje; najważniejszym jednak wypadkiem było to, że alkalizacya moczu nie pociąga za sobą złoгу fosforanów tak długo, dopóki mocz nie oddziaływa amoniakalnie. 8. Co się zaś tyczy wyboru przypadków, to najpierw nie można leczenia tego stosować, jeżeli mocz jest amoniakalnym; jeżeli zaś kwaśnym, to wtedy nie przyda się, gdy kamień składa się ze szczawianu wapna, lub jest za nadto wielki. W razach zaś, gdzie przyroda kamienia jest niewiadomą, przy moczu kwaśnym i gdzie dorozumiewać się tylko można, że kamień może być albo z kwasu moczowego, lub ze szczawianu wapna złożony, lub téż z obu naprzemian uwarstwionych: wtedy można leczenie to zastosować, ale przez krótki czas, t. j. przez 4 do 6 tygodni. 9. Co się tyczy przeprowadzenia leczenia, to radzi autor starać się o utrzymanie ciągłe moczu w stanie alkalicznym i natychmiast zaniechać go, jak tylko mocz jest amoniakalnym. 10. W końcu tego działu przechodzi zarzuty, jakie temu leczeniu zrobićby można. W drugiej części swój

pracy podaje swe doświadczenia co do leczenia rozpuszczającego przez wstrzykiwania do pęcherza, gdzie starał się wszystkie warunki żywotne naśladować; lecz skutek okazał, że działanie było tak powolnym, że nie może być uważanym za praktyczne. Dalej 2) podaje doświadczenia, że rozczyn węglanu potażu, jak i kwas saletrzany rozcieńczony, nie mają wpływu na kamienie ze szczawianu wapna złożone. W końcu 3) wykazało się doświadczalnie, iż leczenie alkaliczne nie ma wpływu na kamienie z fosforanów złożone, na które jednak według pracy p. Brodie wpływają rozkładająco wstrzykiwania rozczyну kwasu saletrzanego rozcieńczonego. (Med. Times, n. 771.)—Pod tym względem przebaczy mi łaskawy czytelnik, że parę uwag przytoczę. Najprzód trudno mi się zgodzić z autorem co do soli potażowych z pominięciem węglanu lityny. Brałem drobno stłuczony kamyk kwasu moczowego i odważoną część wsypywałem do wody przekroplonej; następnie, ogrzawszy do ciepłoty ciała, dodawałem dwuwęglan sody, potażu i węglan lityny. Przy pierwszym potrzeba było na 1 gran kwasu moczowego $3\frac{1}{2}$ grana dwuwęglanu sody, a koło 3 gran dwuwęglanu potażu, gdy dla zupełnego rozpuszczenia 1 grana kamienia potrzebny był niecały gran węglanu lityny. Przy odchodzącym piasku kwasu moczowego podawałem chorym zwykle dwie drachmy dwuwęglanu sody w kwarcie wody kwasem węglowym w aparacie (w ciśnieniu 10 atmosfer) nasyconej i potem wodą czystą lub limonadą każdy kubek w półgodziny popijać kazałem. Skutki jednak były bardzo powolne; dopiero, przekonawszy się o takiej sile rozpuszczającej kwas moczowy w kamieniach węglanu lityny, do każdej fiaszki powyższej wody dodawałem sześć do ośmiu gran lityny. Pierwsza próba wypadła z całą świetnością. Chory K. S., około 56 lat wieku, był marynarz, od kilku lat oddawał drobny piasek, napady kolki nerkowej z moczeniem krwawym powtarzały się co 3, a najdalej co 4 miesiące, mimo wód Karlsbadzkich, Vichy i kąpieli sodowych. Tylko po kilkotygodniowym picu wód Karlsbadzkich parę razy wydalily się kamyki obłe, podłużne, wielkości przeciętego grochu. Po wypiciu 10 butelek wody lityno-sodowej, chory już przy ostatnich 4 butelkach dziennie po kilkanaście takich ka-

myczków mi przysyłał, tak, że po powtórzeniu drugiej ilości téj wody, ilość odeszłego grubego piasku ocenić mogę śmiało na uncją. Od tego czasu sam chory co kilka miesięcy bierze się na dni 15 do wody litynowej i od lat dwóch już napadu nie było, pomimo tego, że, mając wyborny apetyt, nie tak bardzo się za przepisem higienicznym ubiega. Taki sam wypadek pomysłny miałem w dwóch innych cięższych przypadkach i dla tego wodę taką lityno-sodową z całym przekonaniem do doświadczeń polecić mogę. Przyjemna jest w użyciu i chorzy dobrze ją znoszą, a nadmiar kwasu węglowego robi ją łatwo strawną i podnieca apetyt. Mocz, o ile mi się to dało zrobić, badany kilkakrotnie świeżo po oddaniu, oddziaływał we wszystkich tych przypadkach słabo alkalicznie. Kamieni w pęcherzu w żadnym z tych przypadków dużych nie było, któreby właściwe sobie objawy wywoływały i mocno żałuję, że dla braku tychże badania cewnikiem zaniechałem. Te jednakże przypadki, z których najcięższy pobieżnie przytoczyłem, stawić winny litynę w rzędzie pierwszym leków kamienie małe i piasek gruby kwasu moczowego rozpuszczających.—J. K.

6. Ciekawy i nader rzadki przypadek przedstawił p. T. Hillier temuż towarzystwu, a mianowicie **opuchłtęnerki wrodzoną (hydronephrosis congenita)** jak i jej wyleczenie po przekłóciu. Chłopiec urodził się z dużym brzuchem, i uważano to aż do 4. roku życia za puchlinę (*ascites*), kiedy przekonano się, że wielkość brzucha była zawisłą od ogromnego torbiela wychodzącego z okolicy lędźwiowej prawej, który pociągał za sobą utrudniony oddech i niemożebność chodzenia. Po przekłóciu torbiela na przodzie wypłynęło 102 uncyj płynu czystego, nie zawierającego białka, mającego zresztą wszystkie cechy rozcieńczonego moczu. Płyn jednak szybko zebrał się, a przy drugim przekłóciu był on ropiastym i białkowatym, lubo zawierał znaczną ilość mocznika. Wszelkie usiłowania utrzymania przetoki w celu odpływu wolnego gromadzącego się płynu spęzły na niczém, gdyż zawsze po jakimś czasie płyn wydalać się przestawał. Znaczny upadek sił i zadrażnienie towarzyszyły następnym przekłóciami, tak, iż zdawało się, że życie chorego znajduje się w niebezpieczeństwie. Po jednej

z takich operacyj pewna ilość tego samego płynu wydalila się i przez pęcherz moczowy, i potem jeszcze jakiś czas utrzymywała się, tak, iż wnosić można było, że połączenie między nerką a pęcherzem przywróconą zostało. Po tym wypadku zaniesiano operacyi, chory wrócił do sił, lecz torbiel pozostała, a od czasu do czasu mocz jest często ropiastym i cuchnącym. Z tego autor wnosi, że znajduje się jakiś wrodzony błąd (*malformation*) w budowie prawego moczowodu (*ureter*), który sprowadza zamknięcie, lubo pod niewiadomemi warunkami staje się znowu drożnym. Następnie przytacza kilka innych przypadków tego rodzaju wrodzonych, które w dzieciństwie chorych ukończyły się śmiercią, i dwa inne, t. j. u kobiety 23-letniej i u młodzieńca 17-letniego, w którymto ostatnim przypadku moczowód z jednej strony był zwężony, a z drugiej strony wychodził z miedniczki nerkowej skośnie i miał zawadę klapkową. Co się tyczy leczenia tego rodzaju chorych, radzi autor postępowanie wyczekujące, gdyż wycięcie zupełne torbiela jest niepodobnem z powodu bliskości zwojów brzusznych nerwu współczulnego, jak téż dla krwotoków i zapalenia obrzusznej, a z drugiej strony z tego powodu, iż zdaje się, że torbiel dochodzi tylko do pewnych granic, poczem odpływ przez moczowód staje się moźebnym. (Tamże n. 769.)

7. Towarzystwu patologicznemu p. Norton przedstawił **ropień mózdzku**, ciekawy pod tym wzgłędem, że za życia objawy nie pozwalały o nim wnioskować z pewnością. Do szpitalu Maryi na oddział p. Sieveking przyjęto chłopca 17 lat liczącego z bardzo mocnym bólem w uchu prawém, bólem w kierunku piątej pary nerwu po téjże stronie; z tęym, kłójącym, pukającym bólem w głowie, rozpromieniającym się ku rdzeniowi, a który za uciskiem łagodniał. Źrenice były rozszerzone, widzenie podwójne, tętno 70, łatwo ucisnąć się dające. Brak majaczenia aż do krótkich chwil przed śmiercią i to w niskim stopniu. Badanie pośmiertne wykazało nastrzykanie mocne opon mózgowych, ropień zajmujący znaczną część prawej półkuli mózdzku, nerw siódmej pary mocno zapalony, lubo ropy nie było, złogi surowicy po nad całą przestrzenią międzyodnogową (*interpeduncular space*). Powierzchnia przednia

części skalistej kości skroniowej nieco rozmięczona koło bębna (*tympa-num*), a w samej tej części znajdowała się żółta ropa. Ucho wewnętrzne nieco zgrubiałe. (Tamże n. 771.)

8. Może żadna choroba nie potrafi wykazać tyle teoryj, na tak różnych postawach opartych, co **gorączka połogowa** (*febris puerperalis*), a klęski, jakie zadaje, zmuszają ciągle lekarzy do pracy nad tym przedmiotem i zdaje mi się, że jest naszym obowiązkiem wiedzieć o każdej, aby choć mizerne ździebło korzyści uszczknąć, któreby nas na pewniejszą drogę badań i prac skierować mogło. To powoduje mię do streszczenia pobieżnego pracy p. Snow Beck przedłożonej *Towarzystwu położniczemu*. Nie zawiera ona wprawdzie wiele nowego, ale zawsze jako świeży grosz wdowi na tém polu może być korzystną. Opiera on swoją teorią na przypadku chorój 24 lat liczącej, u której gorączka połogowa rozwinęła się drugiego dnia, a piątego śmiercią się ukończyła. Główną cechą i przyczyną choroby był brak kurczu macicy tak pod względem wypchnięcia płodu, co pociągnęło, założenie kleszczy, jak i łożyska, które wyjętém być musiało; i dalej brak skurczu macicy, tak, że po wydaleniu łożyska krwotok trwał, a po ustaniu, macica w rozkurczu dozwalała wolnego krążenia przy otwartych żyłach macicy. Dalej kreśli drugi przypadek, gdzie po prawidłowym pozornie porodzie śmierć w skutek gorączki połogowej dziewiątego dnia nastąpiła. Badanie pośmiertne wykazało znaczny naciek w brzuchu, z nitkami miękkiej łamliwej limfy i nastrożenie obrzusznój. Macica była wielka, gruszkowata, równa na powierzchni, miękka, wietka, wewnątrz jęj pokryte błoną miękką i wydzieliną czerwoną śluzową; wszystkie tkanki macicy zdrowe, ani śladu stanu zapalnego, jedynie zatoki maciczne otwarte, a woda wstrzyknięta do większych żył brzusznych przez nie wypływała. Z badań tych dwóch chorych wyprowadza autor wnioski: 1) że objawy gorączki połogowej mogą powstać przez wprowadzenie płynów trujących do ustroju; 2) że zatoki maciczne otwarte mogą te płyny z łatwością do ustroju przeprowadzać; 3) że otwartość zatok powstaje w skutku braku skurczu właściwego macicy w czasie i po porodzie; 4) że wydzielina dostrzegana na powierzchni wewnętrznej macicy wy-

starcza w takim razie, dostawszy się do krwi, do wywołania choroby, gdy 5) różne objawy téjże, lubo od jednéj przyczyny zależne, jednak zmienione być mogą przez przypadkowe stany, a różne rodzaje zapaleń nie są częścią główną choroby, lecz chorobowemi zjawiskami w przebiegu wydarzającemi się; w końcu że 6) główném zadaniem powinno być osiągnięcie mocnego i stałego skurczenia macicy, gdyż, przecinając krążenie, nie dopuszcza się dostania się istot trujących do krwi. W dalszym ciągu autor zbija zdanie, jakoby gorączka połogowa zależała od zapalenia żył macicy, lub naczyń limfatycznych, dalej zapalenia około-i macicznego: gdyż najściślejsze badanie drobnowidowe zmian tych nie wykazało. Dalej zbija zdanie Cruveilhiera, który porównywa macicę do rany poamputacyjnej, gdyż tutaj powierzchnia wewnętrzna narządu pokryta jest błoną miękką, z pierwiastkami błony śluzowój i powleczonea śluzem czerwonym: gdy otwarte naczynia macicy dają się tylko porównać z otworami naczyń, a nie z całą powierzchnią, w ten sam sposób i porównanie jój z gorączką chirurgiczną jest fałszywe. Dalej przechodzi autor do zakażenia krwi w gorączce połogowój i robi je zawiste od ilości wessanego płynu, tak, że przy otwartych zatokach ilość może być tak znaczną, że bardzo nagle zabija; gdy przeciwnie, jeżeli ilość jadowitego płynu jest mniejszą, wtedy ustrój oddziaływa i stara się go wydalić, lubo najczęściej zgubnemu wpływowi ulega, a wtedy znajdujemy zwykle rozległe zapalenie obrzusznej, gdy przy mniejszych jeszcze ilościach znachodzą się tylko liczne ropnie w narządach. Każda z tych odmian jest jeszcze prócz ilości płynu wessanego zawistą od cech samego płynu, wpływów zaduchowych lub chorób zakaźnych. Co się zaś tyczy przyrzutowości (*contagion*) choroby, to zdania są tak sprzeczne, że autor tak ze swych wypadków, jak i zdań autorów, do pewnego wniosku przyjść nie mógł i pytanie późniejszym badaczom do rozwiązania pozostaje. Pod względem uchronienia od choroby radzi on pobudzenie kurczliwości macicy i utrzymanie skurczu w czasie połogu po ukończeniu porodu, dalej jako czynnik najważniejszy uważa dietę pożywną i podtrzymującą siły, oddalenie obaw co do porodu i jego następstw, spokój ciała i ducha. Leczenie zaś opierając

na powyższych danych, zaleca, aby: 1) w celu wstrzymania dalszego zakażenia krwi albo zapobiedz przewodzeniu istot szkodliwych wzdłuż zatok macicznych, lub też oddalić płyny szkodliwe z powierzchni wewnętrznej macicy; dalej 2) aby podtrzymywać ustrój w czasie walki chorobowej, dając ścisłe baczenie na każde powikłanie i zapobiegając temuż; w końcu 3) radzi oczyszczanie ciągłe wnętrza macicy zapomocą wstrzykiwań ze siarkonu lub podsiarkonu sody (*sulphite and hyposulphite of soda*) i to co dzień, a nawet częściej; wewnątrz zaś, uważając chorobę tę za zatrucie *sui generis*, radzi podawanie siarkonów magnezyi lub wapna w dawkach skrupułowych do pół drachmowych co dwie lub trzy godziny. W rozprawach, jakie z tego powodu powstały, p. Graiły Hewitt zgadza się na teorię powyższą, z tém zastrzeżeniem, że jest wiele innych przyczyn zakażenia, prócz otwartych zatok macicy, lubo ta droga jest przeważną, i dla tego radzi on mocne podpasanie brzucha, gdyż zwykle uważał tylko tam gorączkę połogową, gdzie macica była większą, a przy wybuchu ze skutkiem zastosowuje leczenie pobudzające (*stimulant diet*), a mianowicie alkohol i to do dwóch uncyj wódki (*brandy*) co dwie godziny; zwykle choroba przy takim leczeniu trwa krótko, bo do 12 godzin, a później zastosowana i tak działa silnie gdyż wszystkie chore wyzdrowiały. Trudno przypuścić, aby mimo całej powagi p. Hewitt leczenie tego rodzaju weszło w użycie, lubo można je tylko uważać za dalszy ciąg metody T o d d a, który we wszystkich zapalnych chorobach alkoholowi główną przypisywał rolę; ale zgodzić się można w tym punkcie, że leczenie czysto przeciwzapalne (upust krwi, pijawki, bańki, kalomel) nie przynosi wiele korzyści. Następnie p. Barnes radzi w takich razach wstrzykiwania do macicy roztworu półtora chlorku żelaza (*liq. ferri sesquichlorati*), raz jako środek tamujący krwotok, a drugi raz jako sprowadzający skrzepy zamykające otwarte zatoki i jako odwietrzający (*desinfecant*). Po krótkiej odpowiedzi autora, który radzi odróżnić, jak to p. Dubois zrobił, gorączkę połogową od innych stanów gorączkowych w połogu, któreto ostatnie są łatwo uleczalne, gdy pierwsze prawie nigdy, rozprawy ukończono. (Tamże 772). Tutaj tylko tobym nadmienić, że wstrzy-

kiwania, jeżeli mają być zastosowane, to z wielką ostrożnością, aby powietrze nie dostało się do żył, gdyż w takim razie śmierć następuje nagle, i mocno żałuję, że żaden z mowców na punkt ten znany nie zwrócił uwagi, który jednak na największą uwagę lekarza zasługuje; jak też, że żaden z nich nie podał sposobu robienia ich, mianowicie prezes p. Barnes, który dużemi cyframi dowody swoje wzmacniał.

9. *Kollegium doktorskiemu w Wiedniu* przedłożył p. Mauthner bardzo **ciekawy przypadek pod względem nerwopatologicznym**. Dziewczyna chlorotyczna 19-letnia dostała nagle obrzmienia podobnego do odziębienia (*Frostbeule*) na palcu średnim ręki prawej, na które przyłożono *Aq. Goulardi*; obrzmienie to znikło, aby następnego dnia na 4 palcach się pojawić. Ręka była niebieską, wyglądała zmarszczoną (*verschrumpft*) i ciepłota jej była daleko niższą. Po trzech godzinach obrzmienia te znikły, ale następnego dnia z większą mocą pokazały się na prawej górnej i dolnej kończynie i znowu znikły, i takie przemienne znikanie i pojawianie się trwało przez 10 tygodni. Z początku rodziła się obawa zgorzeliny, ale po kilku dniach obawa ta przeminęła; badanie żył, naczyń limfatycznych, serca, płuc, kręgow nic nie wykazało chorobowego. Najtrudniejszym zadaniem było zrobienie rozpoznania, a to z powodu braku sprawy patologicznej, jak i znajomości podobnego przypadku w literaturze. Najwięcej pozorów za sobą miało przyjęcie stanu chorobowego nerwów naczynioruchowych (*vasomotorisch*); ale czy choroba zależała od naczyń włosowatych, tętnic, lub żył, to tylko o tyle można było ocenić, że momentem przyczynowym był spastyczny skurcz drobnych żyłek skórnych, co pozwalało na łatwiejsze wytłomaczenie objawów. Ciekawym było jeszcze to spostrzeżenie pod względem fizjologicznym, gdyż wykazywało możebność samoistnego zadrażnienia nerwów naczynioruchowych, a anatomii drobnowidowej pozostaje obecnie pytanie do rozwiązania, aby, wynaleść zwoje, z których nerwy te biorą początek. (*Wiener med. Wochenschrift*, n. 22.)

10. Temuż towarzystwu przedłożył p. Back przypadek **choroby Basedowa czyli Gravesa**. Skreśliwszy część hi-

storyczną, zastanawia się, czy cierpienie to, dosyć rzadkie, policytyc wypada do cierpień nerwów naczynio-ruchowych, czy też do chorób krwi; poczem przechodzi do historii choroby: Siedm-nastoletnia chora, zdrowa, od $\frac{3}{4}$ roku zapadła na wole (*struma*) bardzo nagle rozwinięte. Miesiączka, która w 14ym roku życia pojawiła się, ustała i zaledwie mały odpływ krwi pojawił się przed 10 lub 8 tygodniami. Oprócz tego pojawiły się: bardzo silne bicie serca i znaczne powiększenie gałek ocznych, do których przyłączyło się osłabienie ogólne, znaczne schudnienie, chwilowy brak apetytu, nudności i wymioty. Badanie wykazuje: Znaczne wychudzenie, mięśnie wietkie, usta blade, gałki oczne mocno wystające, czułe na ucisk, powieki nie są w stanie zupełnie zakryć gałek, chora nie znosi mocnego światła i czytać długo nie może. Gruczoł tarczowy znacznie powiększony, mianowicie płat prawy, krtąń skierowana ku stronie lewej, tętnice szyjne ku tyłowi. Po nad wszystkimi naczyniami szyi i wolem czuć można piłowanie (*Schwirren*), a przysłuch wykazuje ciągły szmer. Uderzeń serca na minutę 132 — 140, pukanie wykazuje jego powiększenie, tony serca czyste, ucisk na aortę brzuszną bolesny, w moczu nic nie prawidłowego nie znaleziono. Chora zresztą wesoła i uskarża się jedynie na bicie serca i brak snu. Dotychczasowe leczenie naparstnicą i żelazem nie pociągnęło za sobą wyleczenia i obecnie zamysła autor przejść do elektryczności. Przyczem p. Benedikt nadmienia, że badania nerwu współczulnego, dotychczas dokonywane, skierowane były zanadto ku jednej stronie, t. j. ku temu, co się dzieje przy ich przecięciu, a zanadto mało zwrócono uwagę na całość tegoż wpływu, i że jego zdaniem choroba ta nie jest niczém innym, jak złą innerwacją tegoż nerwu. (Tamże).

Towarzystwu lekarskiemu Wiedeńskiemu najciekawsze rozprawy przedłożyli nasi rodacy: prof. Gilewski z Krakowa co do nerki ruchomój i przecięcia krtani w celu wyjęcia polipa, tudzież L. Rydel, asystent przy klinice prof. Arlta, co do leczenia oderwania tęczówki; ale nie umieszczam ich, gdyż czytelnik znajdzie je w Przeglądzie lekarskim krakowskim (1).

11. Do długiego szeregu cierpień nerwowych przybywa nowy przypadek przedstawiony przez p. Remaka *Towarzystwu lekarskiemu w Berlinie*, a któreto cierpienie, rodzaj właściwy kurczu, nazywa **kurczem przemiennym poprzecznym** (*spasmus alternans transversus*). Polega on na tém, że chory w chodzeniu porusza miwolnie prawie do linii poziomój prawy bark, gdy przedbark zgina się i pozornie podnosi jednocześnie lewa noga, co ostatnie jednak ma się inaczej, gdyż w czasie podnoszenia się barku odnoga dolna lewa jest zwisłą i to nie z powodu porażenia mięśnia kulszowego (*m. ileo-psoas*), lecz z powodu kurczu mięśni pośladkowych (*mm. glutaetii*), gdyż chory czuje skierowanie (*Zug*) ku tyłowi, a widzi się nagłe zwrócenie nogi ku tyłowi; w ten sposób udo (*Oberschenkel*) zostaje zwróconém ku tyłowi, przez co noga swemi palcami zostaje na ziemi i to opóźnia krok chorego i zmusza go do utykania; kurcz ten następuje co parę kroków. Kurcz ten zatem na krzyż pojawia się jednocześnie w mięśniach łopatkowych strony lewój, a pośladkowych po stronie prawój. Drugi szereg kurczu rozchodził się od prawego ramienia ku lewój nodze. Siedząc, chory robi wyraźne mimowolne ruchy odnogi górnej wyżej opisane, gdy kurcz w odnodze dolnej ogranicza się jedynie tylko na lekkim poderwaniu (*Ruck*). Zresztą nigdzie nic chorobowego napotkać nie można; jedynie tylko mowa jest powolną, ciężką i nieco leniwą. Co się tyczy rozpoznania, to przypuszcza autor dwie możebności, t. j. albo siedziba choroby jest w podstawie jamek bocznych w wzgórkach prążkowanych i wzrozkowych, które stósownie do badań mają wpływ na przemienność ruchów w odnogach dolnych i górnych; jak dalej znowu, zwracając uwagę na nieregularne, dosyć słabe tętno, odnieść wypada je i do cierpienia piramid, gdzie ma miejsce skrzyżowanie się pęczków idących od mózgu przez most Varola, a które do odnóg górnych i dolnych się udają. A że w téj samój wysokości leżą ziarna Stillinga nerwu błędnego, jak i nerwu podjęzykowego i ciałek oliwnych, to tłumaczy przed leczeniem znajdujące się: brak apetytu, niestrawność i utrudnioną mowę. Chory ten, 22 lat liczący, spadł przed 3 laty z wysokości 15 stóp na pośladek, lecz zaraz przyszedł do siebie, pozostały mu tylko

od tego czasu cierpienia żołądkowe wzmagające się po użyciu ciężkich pokarmów. Dopiero po zastosowaniu leczenia zimną wodą wywiązał się obok poprzednich cierpień powyższy kurcz który po 3-dniowym zastosowaniu prądu nieprzerywanego (*constantan Strom*) na okolicę szyjną rdzenia pacierzowego powyżej skreśloną o tyle się polepszył, że z jednej strony ustał, po drugiej zaś zmniejszył się, a przypadki żołądkowe zupełnie ustąpiły. Co się tyczy przyrody tego ciekawego cierpienia, to mniema Remak, że policzyć je należy do wstrząśnień (*commotiones*). Wykluczając cierpienie kości (kręgów) dla prędkiego usunięcia cierpień nerwu błędnego, wykazuje, że, gdyby zależało to cierpienie od rozdarcia pojedynczych włókien nerwowych i pęknięcia drobnych naczyń, wtedy istniećby musiało częściowe porażenie, co tu nie miało miejsca; a w takich razach przedstawić sobie musimy, że nastąpiły zmiany drobinowe w komórkach zwojowych i że te właśnie szybko wpływ prądu nieprzerywanego usuwa; na czém bowiem wstrząśnienia w rzeczy saméj zależą, tego nie wiemy. Że przypuszczenie to wstrząśnienia ma za sobą najwięcej prawdy, przekonał się obecnie Remak na chorym w klinice p. Velpeau, który przed 6 miesiącami spadł z 3. piętra, przyczém nastąpiło porażenie zupełne kończyn dolnych, złamanie kręgu drugiego lędźwiowego i kilkakrotne zagięcie (*Knickung*) stosu kręgowego. Po użyciu prądu nieprzerywanego objawy szybko usuwały się, coby miejsca mieć nie mogło, gdyby polegały objawy na ustrojowych zmianach rdzenia, (jak ucisk kości, przedarcie nerwów i naczyń), tylko zależeć one musiały na wstrząśnieniu i w ten sposób naprawiwszy prądem zmieniony układ nerwowy, stan prawidłowy szybko można przywrócić. Cierpienie to nader ciekawe wykazuje dalej skuteczność prądu nieprzerywanego, którego wieloliczne skutki i zastosowania p. Remak tak w Berlinie, jak i niedawno w Paryżu przedłożył Akademii. Prace te zasługują na uwagę, a liczne wypadki wyleczeń przy jego zastosowaniu, jakie w łonie tegoż towarzystwa przedstawione były, potwierdzają jeszcze bardziej i tak znakomity rozgłos Remaka. (*Allg. med. Central-Zeitung*, n. 26.)

12. W dalszym ciągu badań swych nad **tlenkiem węgla** (1), a mianowicie co do *działania, jak i nowego sposobu leczenia otrucia* tymże gazem, P. Klebs, przypomniawszy, że działanie to zależy na rozszerzeniu naczyń skutkiem porażenia, starał się zapomocą pomiarów manometrycznych ciśnienia krwi w skrzydłach u nietoperzy dowieść, że mocne wypełnienie tych naczyń obwodowych (*peripherisch*) zależy od zmniejszonego napięcia; a że to powoduje najznacześniejsze objawy chorobowe, jak i zmiany patologiczne, zwrócił uwagę na środki lekarskie, przeciwny skutek na krążenie wywierające. Po długim szeregu badań przekonał się autor, że fizyologiczne własności odpowiednie posiada sporysz (*secale cornutum*), a doświadczenia sprawdzające na tém samym zwierzęciu, w stosownych odstępach czasu dokonane przekonywały go, że nie tylko skutki i następstwa tlenu węgla przy zastosowaniu tego środka szybko przemijają, lecz że środek ten jest nawet w stanie po ustaniu sprawy oddechowej, jeżeli tylko serce tętni, sprowadzić odrodzenie pozostałych czynności. W tym celu radzi autor albo podawać wewnątrznie, a to z powodu, że w nie bardzo posuniętych przypadkach wessanie w żołądku szybko następuje; lub też, co jest daleko pewniejszém, wstrzykiwać już nie sporysz, ale rozczyn ergotyny do żył, a mianowicie dawki jednogranowe w wodzie rozpuszczone kilka razy po sobie w krótkich odstępach czasu. (Tamże).

13. Smutną kolejną rzeczą, podobnie jak i poprzednie kroniki wypada mi zakończyć zanotowaniem śmierci znakomitego anatoma profesora Förstera. Dzieła jego patologo-anatomi-
czne znane są każdemu i dla tego nie wspominam; w sile jeszcze wieku wyrwany został nauce, nad którą tak skrzętnie pracował; a owoce ciągłych badań były liczne i znakomite. Cześć jego pamięci.

(1) Patrz Pam. T. lek. W., tom LI, str. 255.

Dr RUDANOWSKIEGO
SPOSTRZEŻENIA NAD BUDOWĄ HISTOLOGICZNĄ
OŚRODKÓW NERWOWYCH.
WIADOMOŚĆ PODANA PRZEZ
Zygmunta DOBIESZEWSKIEGO.

Na jedném z ubiegłych posiedzeń paryzkiej Akademii Nauk dr Rudanowski przedstawił zajmujące szczegóły tyczące się budowy ośrodków nerwowych. Spostrzeżenia te zupełnie nowe, nigdzie dotąd nie ogłoszone, zamierzyłem w niniejszym artykule podać do wiadomości czytelników naszych, zanim mająca się w przyszłości drukować rozprawa bliższych im szczegółów udzielić zdoła. Dodać tu winienem, że to tylko tu zamieszczam, com sam pod mikroskopem sprawdzić miał sposobność.

Dr Rudanowski zmienił sposób przygotowywania preparatów, zmienił odczynniki służące tak do badania, jak i do zabarwiania, oraz zachowywania wyrobów, otrzymał ztąd odmienny kształt postaci pierwiastkowych i odkrył odmienny sposób połączenia pierwocin. I tak: Części mające być poddane badaniu drobnowidowemu zamraża w temperaturze—10 do —15° R., jest to jedyny jego odczynnik; następnie nożem o podwójnym ostrzu robi przecięcia nerwów i ośrodków nerwowych poziome, ukośne, podłużne; widziałem okazy przedstawiające całkowite przecięcie poprzeczne rdzenia kręgowego i całych półkuli mózgu psa, królika, a nawet dziecięcia. Tak przygotowany preparat zabarwia *roztworem wodnym koszenili* (1 do 1½ części koszenili na 24 części wody), do którego dodaje kilka kropel kwasu octowego; roztwór ten bowiem, użyty sam przez się, przybiera po jakimś czasie kolor fioletowy, (mianowicie w wyrobach, w których znajdują się przecięcia naczyń krwionośnych), co robi okaz niewyraźnym. Dla zbadania zaś oddzielnie komórek nerwowych posługuje się świeżym sokiem rośliny *oxycoccus*. Tak zabarwiony wyrób przemywa kilką kroplami wody, napuszcza następnie *balsamem kanadyjskim*, a dla ostatecznego

zachowania używa mieszaniny złożonej z 6 do 7 części kleju rybiego (*ichtiocolla*) z 8 częściami gliceryny: mieszanina ta chroni wyrób od ucisku, jakiby nań szkiełko przykrywające wywieraa mogło, a balsam nadaje mu pożądaną przeźroczystość.

Wypadki badań jego są następujące: Robiąc przecięcia nerwów w kierunku prostopadłym do osi podłużnej u człowieka, konia, psa, kota, zająca, królika i gołębia, znalazł, że: zasadniczą pierwociną nerwów jest cewka nerwowa; że takie cewki ułożone ściśle obok siebie tworzą pęczek otoczony pochwą tkanki łącznej, w mięszu której przebiegają naczynia krwionośne odżywiające pęczki; że nakoniec takie pęczki łączą się z sobą, leżąc jeden obok drugiego (*juxtapositio*), a zbiór takich pęczków tworzy nerw, który posiada osobną powłokę z tkanki łącznej złożoną (o nerwna, *neurilema*). W przecięciu poprzecznym każda cewka posiada formę wielokątną, pęczek zaś przedstawia sieć takich wielokątnych oczek; pomiędzy pojedynczymi cewkami widzieć się dają odstępy, przypominające swym kształtem komórki istoty kostnej: te odstępy wypuszczają wypustki, które przesuwają się między ścianami cewek nerwowych aż do pochwy każdego pęczka cewkowego, a w pochwie tej łączą się z naczyniami krwionośnymi; odstępy te nazywa zbiornikami (*les réservoirs*). Sąto więc narzędzia dodatkowe służące do odżywiania pojedynczych cewek. Cewka posiada otoczkę; pod nią leży masa drobinowa, ziarnista, na pół przeźroczysta: rdzeń nerwowy (*myelin*); w środku zaś posiada ciało formy nie regularnie okrągławej, jest to przecięcie poprzeczne włókna osiowego. Od każdego włókna idą wypustki, widziane dokładniej przy przecięciu ukośnym nerwu. Wypustki te przechodzą bezpośrednio w sąsiednią cewkę, gdzie łączą się z podobnemi sobie, i to połączenie dopóty istnieje, dopóki wypustki nie dojdą do ściany otaczającej pojedynczy pęczek i w tych ścianach gubią się; podobne więc połączenie nie istnieje między pęczkami nerwowemi. Jeżeli zrobimy przecięcie nerwu przechodzące przez sam środek cewek, (co po zamrożeniu nerwu łatwo jest uczynić), zobaczymy, że włókno osiowe, przechodząc przez całą długość cewki i sięgając aż do komórki, wydaje wypustki, o których mowa, na

lewo i na prawo; zobaczymy, że te wypustki nie leżą na jednej płaszczyźnie, ale są raczej naprzemianległe, w odstępach odsiebie jednostajnych, tak, że nie idą prostopadle do włókna osiowego, ale ukośnie, w kierunku z góry na dół; z powodu téj różnicy płaszczyzn położenia, w przecięciu poziomém może ich w niektórych cewkach brakować; często zdają się ony przyczepiać do zbiorników.

W przecięciu podłużném cewka przedstawia się dwojako: raz, badana okiem od zewnątrz ku wewnątrz, przedstawia swą powłoczkę przejrzystą, w której rozpoznac się dają ciątka tkaniki łącznej; walec osiowy, czyli włókno osiowe, wtedy nie jest dość wyraźny; ale gdy badamy jój wnętrze (jeśli przecięcie wypadnie w samym środku), zobaczymy włókno osiowe dokładnie i jego wypustki, o których powyżej mówiliśmy; w punkcie, w którym oś ta wysyła swe wypustki, przedstawia się nieco zgrubiałą, zdaje się jakby tworzyła jądra, (choć pomimo najdokładniejszego wpatrywania się widziałem tylko zgrubienie); w przecięciach ukośnych wypustki osiowe jeszcze dokładniej widzieć się dają. Wypustki te cieńsze są u człowieka, wyraźniejsze u konia i nawet u mniejszych zwierząt istnieją w nerwach rdzenia kręgowego tak przednich, jak tylnych.

Cewki nerwowe widoczne są już przy małym powiększeniu; przy większém, do 350 dochodzącém, można rozróżnić cewki mniejsze, cieńsze od pierwszych, albo odosobnione, albo ułożone w gromady; a między nimi jeszcze cieńsze, jakby w ścianach poprzednich leżące. Ztąd dr R. rozróżnia w pęczkach nerwowych trojakiemu rodzaju cewki: zwyczajne, cienkie i jeszcze cieńsze (*les tubes gros, ténus et très-ténus*) i przypuszcza, że te ceweczki przeważają w istocie białej ośrodków nerwowych.

Rdzeń włókna nerwowego nie zabarwia się od koszenili; świeży podobny do masy tłuszczu, przy przyżyciu balsamu kanadyjskiego wygląda ziarnisto, ziarnistość ta często późniéj ginie, niekiedy jednak trwa całe miesiące. U bardzo młodych indywiduów jest w małej ilości, z latami się zwiększa.

Zwoje nerwowe posiadają komórki z 2 lub 3 jądrami, podobne są do komórek istoty szarej ośrodków nerwowych i za pomocą swych wypustek tworzą siatkę oczkową.

Ośrodki nerwowe. a) Mózg. Istota szara przedstawia się lśniąca, biała zaś matową, (dr R. utrzymuje, że to pochodzi od obecności rdzenia w cewkach i otoczenia ich tkaną łączną). Istota szara składa się z komórek i cewek nerwowych. Komórki raz tworzą gniazdko, w pośród których przebiegają cewki istoty białej, jak np. w częściach mózgu głęboko leżących i w mózdzku; drugi raz są rozdrobnione zupełnie, albo nagromadzone, tworząc gruby pokład jak przy zawojach mózgowych. Komórki te zawierają jądra i posiadają wypustki, niektóre z tych ostatnich służą do połączenia wzajemnego komórek z sobą, za pomocą takiego powiązania tworzy się siatka stanowiąca wyraźne oczko; połączenie takie daje najwybitniejszą cechę dla odróżnienia istoty szarej. W innych znowu miejscach widzimy siatkę odmienną, powstającą z cewek nerwowych istoty szarej; cewki te układają się na sobie tak, że również tworzą oczka, ale podługowate, a tém się od siatki komórkowej różnią, że nie widać w tych ostatnich jąder; na wzgórku wzrokowym znajduje się znowu siatka mogąca nosić nazwę siatki węzłowej. W oczka utworzone przez komórki i cewki wchodzi cewki istoty białej ułożone w pęczki. Powiedzieliśmy, że komórki wydają po kilka wypustek, otóż niektóre łączyły z sobą komórki, inne wchodziły w cewki istoty białej, tworząc w niej włókna osiowe. (Takie jest według p. R. połączenie istoty szarej z białą).

b) Mlecz kręgowy. Ułożenie histologiczne także, jak w mózgu; istota szara idzie poziomo, biała przebiega przez oczka, przybierając kierunek pionowy; wypustki komórek wchodziły w cewki istoty białej, jako włókna osiowe. Komórki ułożone są gromadami w rogach przednich i tylnych; w przednich są większe i liczniejsze, niż w tylnych, w których są w ilości mniejszej, ale dłuższe; przy końcu rogów tylnych widzimy galaretę Rolanda.

Wzajemne połączenie rogów przednich odbywa się za pomocą 3 do 4 cewek nerwowych istoty szarej idącej prostopa-

dle do osi mlecza kręgowego, jest to właśnie spoidło przednie (*commissura anterior*). W tylnych rogach nie znalazł połączenia podobnego, lecz spoidło tylne (*commissura posterior*) utworzone jest z kilku pasków tkanki łącznej. Pomiędzy spoidłami istnieje kanał mlecza kręgowego. Połączenia pomiędzy rogami przednimi i tylnymi nie znalazł.

W rogach tylnych komórki, idąc prostopadle do osi mlecza, łączą się z sobą, tworząc wyraźne sieci, jakieśmy to już w mózgowiu widzieli, w oczkach sieci przebiega istota biała, a wypustki komórek zagłębiają się we wnętrze cewki nerwowej, biegnąc w nich jako walce osiowe. Tak samo tu, jak i w mózgu, cewka nerwowa, przybywając do komórki, nie otacza jęj swą pochwą, ale wypustka komórki, zwężając się coraz bardziej, wchodzi w środek cewki; powłoczka tęg ostatniej w znacznej odległości od ciała komórki zlewa się z jęj wypustką. Niektóre z cewek istoty szaręj jednak przebiegają całkowicie mlecz, nie zagłębiając się w istotę białą, i dopiero to wejście w nią ma miejsce na obwodzie mlecza kręgowego, w korzeniach nerwowych. Są zatem cewki dwojakie. Jedne już gotowe w mięszu mlecza, drugie tworzące się dopiero na zewnątrz niego, dochodzące do obwodu jako wypustki komórek nerwowych. Najwybitniejszą zatem cechą rogów tylnych są oczka, a raczej siatka utworzona z komórek i cewek istoty szaręj. W przednich rogach cewki są ułożone promienisto, jedne tuż obok drugich biegną, łącząc się z sobą w pęczki, lub biegnąc w odosobnieniu, i tu wypustki komórek jedne przechodzą w walce osiowe, drugie biegną wolno, wchodząc w cewki dopiero na obwodzie.

Takie są wypadki spostrzeżeń dr Rudanowskiego, którego wyroby przejrzałem jak najdokładniej; chcąc z nich wyprowadzić jakiegokolwiek wnioski, należałoby te poszukiwania powtórzyć i przekonać się wielokrotnie, czy kształty, które tak dokładnie pod drobnowidem widzieliśmy, nie są rzeczą trafu, nie są ułożeniem przyrądkowém tkaniny, mogącej przez zamrożenie podlegać pewnej zmianie. Ten sposób przygotowywania wyrobów drobnowidowych napotkał też właśnie ze strony uczonych francuzkich na zarzut, którzy znaleźli, że zamrażanie kaniny może jęj nadać kształty różne od istniejących w na-

turze. Zarzutowi temu nie należy nadawać jednak zbyt obszernego znaczenia; przypuściwszy nawet, że zamrażanie zmienia kształty tkanki, nie podobna przyjąć, aby wszystkie odmiany, które opisałem, mogły wynikać ze zmienionego sposobu preparowania; zresztą nie należy tym sposobem preparowania pogardzać wtedy, kiedyśmy przyjęli za dobre odczynniki chemiczne takie, jak kwasy, zasady i sole, — takie, jak jod i roztwór amoniakalny karminu, boć przecie i te ostatnie mogą uleść podobnemu zarzutowi. Zasługuje jeszcze na uwagę pewna okoliczność: przed dwoma laty p. Duchenne (z Boulogue), przygotowując zwykle używanymi sposobami, otrzymał kształty cewek nerwowych bardzo zbliżonych do powyżej opisanych; tylko że, wzięwszy te formy za przypadkowe, nie zwracał na nie uwagi: to zatém nadaje większą wagę spostrzeżeniom dra R. Wprawdzie oprócz kształtu cewek i dość wyraźnie dającego się widzieć włókna osiowego, w wyrobach p. Duchenne'a nie już podobnego do poprzednich znaleźć nie mogłem, to jednak jeszcze nie odejmuje wartości spostrzeżeniom dra R.

W dalszym ciągu swych spostrzeżeń dr Rudanowski zatruwał zwierzęta: psa, kota i królika, za pomocą strychniny, nikotyny, makowca i chloroformu i przekonał się, że pod wpływem tych ciał pewne punkta ośrodków nerwowych podlegają stałej zmianie; wypadki jednak tych ostatnich spostrzeżeń możemy przyjąć tylko z wielkiem zastrzeżeniem. Utrzymuje on, że strychnina i nikotyna zmieniają komórki nerwowe i ich rozgałęzienia; kiedy chloroform, *opium* i alkohol może (!) oddziaływają wyłącznie na rdzeń nerwowy. Przedstawia obraz psa zatrutego nikotyną, (wyrób zresztą najlichszy z całego zbioru), u którego komórki nerwowe leżące na około początku nerwów: błędnego (*n. vagus*) i języko-gardzielowego (*glossopharyngeus*) mocniej są zabarwione, niż w stanie prawidłowym, a zbiorniki zyskały na obszerności. Nakoniec powiada, że pod wpływem alkoholu istota rdzenna przyjmuje wygląd ziarn tłuszczu. W tych spostrzeżeniach brak dokładności. Reszta układu nerwowego nie była badaną, nie powtarzano doświadczeń; nie rozebrano wpływów ubocznych, stanu chorobliwego, w jakim zwierzę mogło być przed doświadczeniem, wpły-

wu preparowania i t. d. Dla tego téż z przyjemnością słyszeli-
byśmy o tém zdanie mniej stanowcze. Dobrzeby było za-
pewne, abyśmy mogli ściśle oznaczyć punkt, na który jedynie
działa trucizna; niestety, tego w dzisiejszym stanie nauki uczy-
nie nie podobna! Wypadki doświadczeń p. R. różnią się od wy-
padków otrzymanych przez Kl. Bernarda, który, zatruwając
zwierzęta zapomocą makowca (*opium*), znalazł plamy ciemno-
żółte w różnych punktach układu nerwowego, a przy zatrui-
waniu nikotyną żadnych zmian nie odkrył.—Kto ma słuszość?
przyszłość pokaże...

Pisane w Paryżu dnia 30. grudnia 1864. r.

O CHOROBACH PĘPKA U NOWORODKÓW

PODŁUG PRELEKCYJ KLINICZNYCH

Dra Hermana WIDERHOFER,

Profesora nadzwyczajnego Pediatrii przy uniwersytecie Wiedeńskim,
Dyrektora szpitalu Śój Anny w Wiedniu.

SKREŚLIŁ

Bronisław TACZANOWSKI.

Nauka chorób dzieci w ostatnich czasach szybkim postą-
piła krokiem na drodze rozwoju; prace pp. Rillet i Barthez,
Bouchut, Mayer, Löschner, Vogel, Politzer, Wider-
hofer, Henning, Gerhardt, zapewniły jój samodzielne
stanowisko w rzędzie szczegółowych gałęzi nauki lekarskiej
Francuzi, których zmysł praktyczny ogólnie podziwiają, zwró-
cili baczną uwagę na choroby dzieci; założenie lub rozszerzenie
w Paryżu osobnych szpitali dla dzieci, jak: *hôpital Ste Eugé-
nie*, *hôpital des Enfants*, najlepiej świadczy, że zdanie, uznają-
ce higienę i pediatrię za najważniejsze dla państwa gałęzie
medycyny, nie jest bez zasady. I u nas, jakkolwiek brak oso-
bnego szpitalu dla dzieci postępowi nauki stoi na przeszkodzie,
pediatria nieuwzględnioną nie została; ztąd téż tuszę sobie, że
praca moja, traktująca o chorobach pępka u noworodków ze

stanowiska głównie praktyczną swą dążnością odznaczającą się szkoły Wiedeńskiej względnie przez naszą publiczność lekarską przyjętą zostanie.

Tworzenie się powrózka pępkowego, jakotóż i pępka, odbywa się jednocześnie z odwęzieniem się płodu od błony zarodkowej. Omoczna, wyrastając z jamy brzusznej, dochodzi do wewnętrznej powierzchni kosmówki i zamienia się później w wiąz (Hyr t l). U płodu pięcioletniowego powrózek pępkowy jest jeszcze krótki i gruby, zawiera w sobie już tylko trzy naczynia, t. j. dwie tętnice i jedną żyłę, czwarte bowiem naczynie, t. j. prawa żyła pępkowa, około tego czasu zanika.

Do powrózka pępkowego przepukła się część kanału pokarmowego, a mianowicie cały splot kiszek cienkich i część кишки grubiej, oprócz tego zawiera on w sobie cienki przewód pępko-jelitowy (*ductus omphalo-entericus*) i moczownik (*urachus*), ten ostatni z jednej strony spaja się z kosmówką, z drugiej zaś tworzy rozszerzenie, późniejszy pęcherz moczowy, i łączy się z kiszka odchodową.

W piątym miesiącu ciąży dochodzi powrózek pępkowy do 6 a nawet 8 cali długości, a 4 do 5 linii grubości, wychodzi mniej więcej ze środka brzucha płodu i przyczepia się w środku łożyska; w tym czasie składa się: 1) z pochwy przez owodną utworzonej; 2) z naczyń pępkowych, t. j. dwóch tętnic i jednej żyły; 3) z zanikających naczyń pępko-jelitowych (*vasa omphalo-enterica*); 4) z trzęsłiny Whartona, która otacza naczynia wewnątrz pochwy. Kölliker po dokładnym drobnowidowém zbadaniu powrózka pępkowego uznał trzęsłinę Whartona za tkankę łączną galaretowatą, twierdząc zarazem, że naczynia włoskowate i chłonicze w powrózku nie istnieją, nerwy zaś li tylko w bliskości płodu.

Przy końcu ciąży powrózek pępkowy dochodzi do 18, a nawet 20 cali długości, a do 5 i 6 linii grubości; składa się on przy porodzie z następujących części: 1) z pochwy przez owodną utworzonej, pochwa ta według zdania Webera spaja się z nabłonkiem płodu; 2) z trzęsłiny Whartona; 3) z naczyń pępkowych, t. j. dwóch tętnic i jednej żyły.

Tętnice pępkowe wychodzą z tętnicy podbrzusznój płodu (*art. hypogastrica*), przebiegają po tylnej powierzchni przedniej ściany brzusznej do pępka, a ztąd, wijąc się wężownicowato około żyły, gubią się w strzępach łożyska. Prawa tętnica pępkowa jest zwykle mniejsza od lewej.

Żyła pępkowa, pozbawiona zastawek, znajduje się w osi powrózka pępkowego, przechodzi przez obrączkę pępkową, a następnie, przebiegając po wewnętrznej powierzchni ściany przedniej brzucha płodu, dochodzi do wątroby.

W rowku poprzecznym wątroby (*fossa transversa*) dzieli się na dwie gałęzie, z których jedna większa łączy się z lewą gałęzią żyły wrotnój, druga zaś gałąź przechodzi jako przewód żylny Arancyusza przez tylną część lewego rowka przedłużonego wątroby i łączy się z żyłą główną dolną (*vena cava inferior*).

Średnica światła żyły pępkowej ma się, według poszukiwań dra Ludwika Neugebauera, do średnicy każdej z tętnic, jak $9\frac{1}{15}$ do $4\frac{1}{9}$; tato różnica objętości sprowadza większe ciśnienie krwi w żyłę, niż w tętnicach. Że zaś żyła silnie jest złączona z jednej strony z tętnicami, z drugiej zaś z pochwą powrózka pępkowego, to musi stosownie do większego ciśnienia krwi nastąpić odpowiednie skręcenie.

Na powrózku pępkowym znajdujemy często zgrubienia, jakoteż węzły, przez skręcenie powstałe; stawiają one trudności przy krążeniu krwi i sprowadzają śmierć płodu. Również zdarza się napotkać skręcenie powrózka pępkowego około szyi lub kończyn płodu; téjto nieprawidłowości przypisują Kölliker i Hyrtl samodzielne amputacje kończyn u płodu przed przyjściem na świat.

Krótki ten przypominek z historii rozwoju płodu ułatwi nam zrozumienie procesów patologicznych na pępku, któremi się zajmą mamy.

NIEPRAWIDŁOWOŚCI POWRÓZKA PĘPKOWEGO I PĘPKA.

W 6tym tygodniu życia płodowego, jednocześnie z początkiem tworzenia się pępowiny zaczyna się jama brzuszna zamykać. W tym jednak czasie znajduje się jeszcze w powrózku pępkowym splot kiszek; w ósmym dopiero tygodniu wracają

kiszki do jamy brzusznej, której ściany się zrastają. Niedokładne zamknięcie jamy brzusznej sprządza różne niekształtności: albo szpara przechodzi przez całą ścianę brzucha, lub też ogranicza się tylko na okolicy pępka. W pierwszym razie powstaje stan zwany rozszczepieniem brzucha zupełnym (*fissura abdominalis*) i jest więcej przedmiotem badania anatoma, niż lekarza praktycznego, życie bowiem płodu jest niemożliwym; w drugim zaś razie górna i dolna część jamy brzusznej jest zamkniętą i mamy przed sobą przepuklinę pępkową przyrodzoną.

PRZEPUKLINA PĘPOWINOWA.

(*HERNIA FUNICULI UMBILICALIS, OMPHALOCELE CONGENITA*).

W okolicy pępka znajdujemy narośl okrągłą różnej wielkości, do której się przyczepia powrózek pępkowy, właściwy bowiem pępek nie istnieje. Narośl ta przedstawia nam się jako worek z dwóch listków złożony. Listek zewnętrzny, utworzony przez owodną (*amnios*), przechodzi z jednej strony w pokrycie skórne jamy brzusznej, z drugiej zaś tworzy pochwę powrózka pępkowego; liść wewnętrzny utworzony jest przez zewnętrzny listek otrzewnej (*peritoneum parietale*).

Wyżej wspomniany worek zamyka w sobie większą lub mniejszą część wnętrza z jamy brzusznej przepuklonych: raz tylko jeden splot kiszek, drugi raz większą część kiszek cienkich, w najwyższym jednak stopniu niekształtności znajdujemy w worku nie tylko kiszki, ale i inne wnętrza, jakoto: wątrobę, żołądek, śledzionę, któreto pojedyncze narządy przez cienkie ściany worka nieraz rozróżnić możemy.

Jeżeli w worku przepukliny znajduje się tylko jeden splot kiszek cienkich, to stan taki odpowiada stanowi zwyktemu przed zupełnym zamknięciem jamy brzusznej, jest to więc tylko wstrzymanie prawidłowego rozwoju.

Przy przejściu powrózka pępkowego w worek rozdzielają się zwykle naczynia pępkowe i przebiegają w rozmaitym kierunku do swych punktów przyczepienia. Odpowiednio wielkości worka brakuje ściany brzusznej. Mięśnie i skóra wcale nie istnieją, a jama brzuszna jest w tym miejscu li tylko przez

owodną i otrzewną zamknięta. Jeżeli skóra pokrywa narośl, co się rzadko zdarza, to bywa nadzwyczaj cienką i wątlą.

Przy wyższych stopniach téj niekształtności noworodek nie da się utrzymać przy życiu, albowiem brak zewnętrznych ścian brzucha i działanie powietrza zewnętrznego na wnętrzności uniemożliwiają normalne rozwinięcie po porodzie zwykłych czynności trzew brzusznych. Zapalenie otrzewnej, lub rozdarcie worka podczas porodu, sprowadzają często koniec i tak wątlęgo życia.

Niższe stopnie dopuszczają lepsze rokowanie, jednak lękać się potrzeba przy odpadnięciu powrózka pępkowego zapalenia otrzewnej lub zgorzeliny worka.

Krótki ten opis przedstawia jasno różnicę między przepukliną pępowinową a zwykłą przepukliną przez obrączkę pępkową: przepuklina bowiem pępkowa tworzy się w późniejszym wieku, a кишки cienkie przepuklają się zwolna przez utworzony i zupełnie już zamknięty pępek.

ROZSZCZEPIENIE JELITA.

W trzecim tygodniu życia płodowego pierwotny przewód pokarmowy spaja się z pęcherzem żółtkowym, a jama przewodu pokarmowego łączy się szerokim otworem z jamą pęcherza żółtkowego. W czwartym tygodniu ściany przewodu pokarmowego, które przedtém tworzyły otwartą rynienkę, zaczynają się zamykać i przedstawia nam się kanał zamknięty, łączący się przez cienki przewód pępko-jelitowy z pęcherzem żółtkowym. Z dalszym rozwojem przewodu pokarmowego przewód pępko-jelitowy przedłuża się i zwęża, a w końcu zamienia się w wiąz obły i zanika, tak, że u płodu zupełnie rozwiniętego trudno jest odkryć ślady tego organu. Otóż jeżeli jelito cienkie pozostaje otwartém i łączy się przez szparę w ścianach brzusznych z pęcherzem pępkowym, to stan taki nazywamy rozszczepieniem jelita. W tym stanie jelito cienkie otwiera się przez ściany brzucha w okolicy pępka na zewnątrz; połączenie jelita cienkiego z kiszka grubą poniżej szpary nie istnieje, tak, że kiszka gruba zaczyna się wolnym otworem w ścianie brzusznej, lub téż tworzy tylko wyrostek przy kiszce cienkiej; dolny koniec kiszki grubej

jest zarośnięty, lub też wcale nie istnieje. Rozszczepienie jelita łączy się często z rozszczepieniem pęcherza moczowego, a kał i mocz odchodzą przez wspólną kloakę.

WPUKLENIE JELITA (*DIVERTICULUM*).

W dalszym stopniu rozwoju płodu jelito cienkie nie otwiera się bezpośrednio w pęcherz pępkowy, lecz łączy się z nim przez przewód pępko-jelitowy. Jeżeli przewód pępko-jelitowy nie ulegnie zanikowi, to nie różni się budową swą od kiszek, albowiem możemy w nim rozróżnić błonę surowiczą, mięśniową i śluzową z gruczołkami i strzępkami. Otwór zewnętrzny tego przewodu znajduje się zawsze w okolicy pępka, jest jednakże ciasny, kał więc przechodzić nie może, pomimo że dalej przewód jest obszerny; stan taki nazywamy wpukleniem jelita (*diverticulum*). Kiszka gruba jest prawidłową, lub też zachowuje się w taki sposób, jak przy rozszczepieniu jelita wspomniano. Wpuklenie znajduje się najczęściej na dolnym końcu jelita biodrowego, w okolicy zastawki kątnicy. Czasem wpuklenie łączy się z pępkiem za pomocą długiego więzu, któryto wiąz składa się z tkanki łącznej i resztek naczyń jelito-pępkowych (*vasa omphalo-mesenterica*). Niekiedy w całym przebiegu przewodu pępko-jelitowego widzieć można duży otwór, koniec jednak zewnętrzny zrasta się z pępkiem i pozostawia zatokę, kończącą się ślepo; w tym ostatnim razie działalność przewodu pokarmowego jest prawidłową. Wpuklenie więc jelita (*diverticulum*) nie jest niczem innym, jak pozostałością przewodu pępko-jelitowego: raz jednak przewód nie zarasta i wychodzi na zewnątrz; w innych przypadkach przewód zamienia się na wiąz, przy pępku się przyczepiający; najczęściej oddziela się zupełnie od pępka, a łączy się tylko z jelitem, otwierając się w światło кишки.

NIEPRAWIDŁOWE PRZYCZEPNIENIE POCHWY POWRÓZKA PĘPKOWEGO.

Zdarza się, że pochwa powrózka pępkowego, z błony owojnej pochodząca, nie kończy się przy przejściu naczyń pępkowych przez ściany brzucha, t. j. w zwyczajnym miejscu przyczepienia się powrózka pępkowego, lecz rozszerza się w kształcie lejka na całej okolicy pępka. W miejscu przez pochwę za-

jętém skóra nie istnieje, inne jednak części ściany brzucha pozostają nienaruszone. Pochwa pępkowa oddziela się powoli od ściany brzusznej, na tém zaś miejscu przedstawia nam się pokład mięśniowy brzucha pokryty ropą i brodawkami, zabliznienie postępuje zwolna od obwodu ku środkowi, najdalej jednak w ciągu 6 tygodni cała sprawa kończy się, a w miejscu zwykłego pępka mamy wielką promienistą bliznę. Nieprawidłowość ta jest dosyć rzadką, według obliczeń w Wiedeńskim domu podrzutek czynionych natrafia ją się raz między 20,000 dzieci.

Pomoc lekarska ogranicza się na utrzymywaniu czystości i opatrywaniu jaką łagodną maścią; na życie, jakoteż dalszy wzrost noworodka, zboczenie to nie wywiera szkodliwego wpływu.

PRZEROST SKÓRY ZEWNĘTRZNEJ NA DOLNĄ CZĘŚĆ POWRÓZKA PĘPKOWEGO.

Skóra zewnętrzna brzucha przechodzi na powrózek pępkowy i pokrywa dolną jego część, pochwa od błony owodnej pochodząca nie dochodzi do powierzchni ściany brzusznej, lecz kończy się $\frac{1}{4}$ lub $\frac{1}{2}$ cala wyżej, gdyż przerastająca skóra nie pozwala na dalszy jój rozrost. Tutaj mamy przed sobą nie brak, lecz przeciwnie nadmiar skóry zewnętrznej. Zboczenie to zdarza się często w pierwszych miesiącach życia: mamy przed sobą wyrostek ostrosłupowy dosyć twardy, który się powoli zmniejsza, a cała sprawa kończy się utworzeniem prawidłowego pępka.

ODPADNIĘCIE POWRÓZKA PĘPKOWEGO

Zawiąd i odpadnięcie powrózka pępkowego u noworodków jest sprawą czysto fizyologiczną. Przeciąg czasu, przez który sprawa tu się odbywa, jest rozmaity: zależy to po części od stanu samego powrózka pępkowego, gdyż powrózek gruby i wielką ilością trzęsliny Whartona opatrzony potrzebuje dłuższego czasu do zwiędnięcia; po części i od stanu noworodka, gdyż u dziecka zdrowego i silnego odpadnięcie powrózka odbywa się daleko prędzej, niż u dziecka niedonoszonego, lub mniej rozwiniętego.

Przeciąg czasu na odpadnięcie powrózka przeznaczony trwa od 3 do 10 dni. W zwyczajnych jednak warunkach sprawa ta odbywa się między 3. a 6. dniem życia noworodka. Tylko u noworodka żyjącego powrózek pępkowy ulega zwiędnięciu i zeschnięciu, u martwego zaś gniciu: fakt ten zasługuje szczególnie na uwagę lekarzy sądowych.

Zarośnięcie naczyń pępkowych wstrzymuje przypływ krwi i znosi zwykle warunki odżywiania powrózka, częściowe zaś zapalenie i zropienie w miejscu przejścia powrózka w jamę brzuszną sprowadza ostatecznie odpadnięcie tego narzędzia. Billard przypisuje ważną rolę w tej sprawie podrywaniu, jakiemu powrózek ulega przez ruch ściany brzucha przy oddychaniu; według tego badacza działalność mięśni brzucha najwięcej ma się przyczyniać do oddzielenia resztek zeschniętych powrózka od pępka. Jednocześnie z wędnięciem powrózka zaczyna się tworzenie marszczki z okolicznej skóry brzucha; po jego odpadnięciu tworzy się na pępku lejkwate zagłębienie, na spodzie którego widać zabliznienie końców naczyń pępkowych. Sprawa ta odbywa się między 10. a 20. dniem życia. Po zabliznieniu składa się pępek z dwóch pierścieni: z górnego większego, ku górze wypukłego, i z dolnego mniejszego, wklęsłego. Tworzenie się wyżej wspomnianych marszczek przypisują badacze zarośnięciu tętnic i żyły pępkowej; zarośnięcie żyły i jej przemiana w wiąz obły odbywa się przecięciowo w 4. tygodniu życia, tętnice zaś już w 3. tygodniu zamieniają się na więzy pętko-pęcherzowe boczne.

W ostatnich czasach zajmował się p. Karol Robin, profesor w Paryżu, badaniem sprawy tworzenia się pępka. Według jego zdania cofają się naczynia pępkowe, mianowicie też tętnice po odpadnięciu powrózka; przy tej sprawie koniec ich w silną nić wyciągnięty wpukła ku wewnątrz skórę przy pępku i doprowadza ją do jednego poziomu z pierścieniem włóknistym smugi białej (*linea alba*).

Przy marnieniu powrózka pępkowego zaleca się wstrzymywanie od wszelkiego pociągania resztek. Należy tylko resztki zmarniałe zawinąć w czysty płatek płócienny i przytrzymywać przy brzuchu za pomocą lekkiej opaski.

SPRAWY CHOROBNIE NA PĘPKU.

Jeżeli odpadnięcie powrózka pępkowego nie odbywa się w sposób wyżej przytoczony, to powstają sprawy chorobne, które po krótkce skreślimy, zwracając uwagę na wywieźywanie się jednej sprawy z drugiej.

Jeżeli ta część marszczki pępkowej, z której ma się powoli utworzyć spód pępka, nie zablizni się i nie pokryje naskórkiem, to mamy przed sobą stan, jaki po odłuszczeniu naskórka od skóry spotykamy (*excoriatio umbilici*).

Pomoc lekarska ogranicza się na utrzymywaniu czystości: należy kilkakrotnie marszczki pępkowe rozciągnąć, spód pępka osuszyć i wprowadzić nieco skubanki wodą Goularda zwilżonej.

Jeżeli jednak zabliznienie nie nastąpi, to sprawa rozszerza się od środka ku obwodowi, nabłonek odłuszcza się coraz dalej, skóra pępka pokrywa się śluzem i ropą i przyjmuje cechy błony śluzowej: stan taki nazywają autorowie śluzotokiem pępka (*blennorrhoea umbilici*). Często cierpienie to rozszerza się dalej na całą okolicę pępka, skóra staje się czerwoną i bolesną, a zarazem pokrywa się gdzie niegdzie strupami. Leczenie nie różni się od leczenia przy odłuszczeniu naskórka podanego. Badając pępek śluzotokiem dotknięty, dostrzegamy czasem na spodzie narośl wielkości grochu ropą wypełnioną, co łatwo widzieć można przez rozcieńczoną skórę: jestto ropień pępka. Leczenie polega na przekłóciu narośli delikatną igłą i wypuszczeniu ropy, nacisk przez marszczki pępkowe wywierany przyspiesza ostateczne zabliznienie.

Przy długo trwającym śluzotoku powstają na spodzie pępka brodawki, które się bardzo prędko rozwijają i cały spód pępka zajmują; czasem tworzą ony narośl poziomkowatą i szypułką opatrzoną. Narośl jest zwykle marszczkami pępkowymi pokrytą, czasem jednak buja dalej i wystaje nad poziom pępka: stan ten nazywany naroślą grzybkowatą (*fungus umbilici, sarcomphalus*). Narośl grzybkowata dochodzi już w 2 lub 3 tygodnie życia do znacznej wielkości, jest koloru bladawego, w dotknięciu gębczasta, nie sprawia jednak ani krwotoku, ani bólu. Ponieważ narośl powstaje w skutek śluzotoku, to też prawie zawsze z nim się łączy, podtrzymuje nawet śluzotok

tak, że, chcąc go leczyć, przedewszystkiém o oddaleniu narośli myśleć należy. Leczenie polega na kilkakrotném przyżeganiu saletranem srebra, narośl powoli więdnie i zanika, prędkiej jednak i pewniej do celu dojść można przez podwiązanie narośli, lub odcięcie nożyczkami. Małe te działania chirurgiczne nie wystawiają noworodka ani na ból, ani na niebezpieczeństwo, gdyż naczynia już zarosły i krwotoku nie ma się co obawiać. Rozciągnąwszy więc fałdy pępkowe, odcina się narośl krzywymi nożyczkami i przyżega rankę saletranem srebra. Przy podwiązaniu należy nitkę przy samym spodzie narośli założyć i silnie zadzierzgnąć.

Jeżeli miejscowe, na pępek wprost działające, lub też ogólne, cały organizm noworodka podkopujące przyczyny powstrzymują wyleczenie wyżej wymienionych spraw chorobnych, to z prostego odłuszczenia naskórka na pępku może powstać wrzód pępka (*ulcus umbilici*). Stosownie zaś do rodzaju wysięku pokrywającego powierzchnią pępka, mamy przed sobą zapalenie z wysiękiem dławcowym (*croup*), albo błonicowym (*diphtheritis*). Okoliczna skóra brzueba ulega zapaleniu, jest czerwona, bolesna, nabrzmiąta, często zaś ulega tymże samym sprawom chorobnym i pokrywa się wysiękiem dławcowym, lub błonicowym.

Ogólne choroby krwi noworodków, jakoteż gorączkę połogową matek należy zaliczyć do przyczyn, podobne wysięki spowodowujących. Sprawy chorobne tego rodzaju wstrzymują zarośnięcie naczyń pępkowych i powodują zapalenie tętnic, lub żyły (*arteriitis et phlebitis umbilicalis*), lub też krwotoki pępkowe (*omphalorrhagia*).

Wspomniawszy o zapaleniu pępka i okolicy przyległej (*omphalitis*), dodać musimy, że zapalenie może się rozejść, lub spowodować zgorzelinę pępka (*gangraena umbilici*).

W ten sposób można wyprowadzić sprawy chorobne pępka jedne z drugich, zaczynając od fizyologicznego odpadnięcia powrózka.

(Dokończenie nastąpi).

WYCIĄGI Z LITERATURY ZAGRANICZNEJ.
 PATOLOGIA I TERAPIA.

Erlenmayer. Wstrzykiwania podskórne.

(Corresp. Bl. f. Psychiatrie 1864. N. 15. u. 16.)

Wstrzykiwania te, wprowadzone po raz pierwszy do medycyny w r. 1855. przez Wooda, a w r. 1858. przez Bella mocno popierane, (pierwszy pomysł należy się podobno francuzowi Cassargue 1836.), zyskały sobie w ostatnich latach wielkie rozpowszechnienie i nie bez słuszności.

Choroby, w których wstrzykiwania podskórne (za pomocą t. zw. strzykawki Pravaza) są stosowane, są głównie nerwowe, a mianowicie: 1) nerwobole z rozmaitych przyczyn pochodzące; 2) kurcze miejscowe i ogólne; 3) porażenia (*aphe-mia, paraplegia etc.*); 4) cierpienia umysłowe, przy których jestto zarazem najprzystępniejszy i najbardziej ludzki sposób zadawania lekarstw chorym opierającym się; 5) zimnica.

Środki używane są następujące:

1. *Morfina*, dotychczas najczęściej w ten sposób stosowana. Dawka wynosi mniej więcej połowę téj, którą się daje wewnątrznie. Erl. używa roztworu gr. 1 octanu morfiny na drachmę wody przekroplonój i używa na początek kropel $5 = \frac{1}{8}$ morfiny u chorych, których wrażliwość na środki odurzające nie jest mu jeszcze znaną. Działanie polega na ubez-czuleniu szybkim okolicy nakłócia, przyczém istniejące przed-tém bole znikają, lub zmniejszają się. Przy większych daw-kach po kwadransie występują znaki ogólnego działania, ła-two do wysokiego stopnia posunięte, które najlepiej usunąć czarną kawą. Działanie trwa 3 do 20 godzin. Skutek czasami jest stanowczy, często jednak tylko przemijający, tak, że potrzeba powtórzyć działanie. Dotychczas stosowano morfinę z dobrym skutkiem w ten sposób w najrozmaitszych nerwo-bolach, nadto w bolach gośćcowych i dnawych (*dolores rheu-matici et arthritici*), nadto wspólnie z wdychaniami chloro-formu dla otrzymania dłuższego uspienia. Vogel podaje

przypadek, w którym uleczenie tężca urazowego (*tetanus traumaticus*) przypisuje podskórnym wstrzykiwaniom morfiny.

2. *Atropina* (*atropin. sulfuric.*; tylko Scholz używa *atrop. valerian.*, gr. 1 na 2 drachmy wody przekropl., a zatem $\frac{1}{30}$ gr. atropiny w 4 kroplach roztworu). Ubezpieczenie w okolicy nakłócia jest jeszcze szybsze i znaczniejsze, niż przy morfinie. Ogólne działanie odurzające występuje przy większych dawkach. Skutek trwa 3 do 20 godzin. Stosowana bywa: 1) w nerwobolach, szczególnie w nerwobolu kulszowym (*ischias*), przez niektórych lekarzy przekładana nad morfinę; 3) w kurczach (w tężcu podług Fournier; w kurczach maciennicznych, *spasmi hysterici*, podług Scholza); 4) w porażeniach i stanach osłabienia; 5) w cierpieniach umysłowych.

3. *Strychnina* (gr. 1 na 2 drachmy wody, zatem 4 krople = $\frac{1}{8}$, gr.) W miejscu nakłócia skóra bardzo się zaczerwienia, działanie ogólne prędzej następuje, niż przy użyciu przez żołądek. Zastosowanie: 1) w nerwobolach, Courty i Pletzer widzieli dobre skutki w nerwobolu kulszowym; 2) w porażeniach (*aphemia, paraplegia, incontinentia urinae*).

4. *Koniina* (gr. 1 na 2 drachmy) działa szczególnie na oddychanie, usuwając dychawicę (*asthma, emphysema, angina pectoris, lussis convulsiva* etc.)

5. *Digitalina* w cierpieniach serca. Z powodu niejednostajności w skutkach stosowanie podskórne tego środka nie może być zalecanem.

6. *Akonitynę* Pletzer używał bez skutku przeciwko bolowi twarzowemu.

7. *Weratryna* (najprzód rozpuścić w wysokoku, eterze, lub chloroformie, potem dodać wody przekropl.; gr. 1 na 2 dr.; dawka 4 krople). W nerwobolach E. nie widział żadnego skutku, tylko znaczne zwolnienie tętna.

8. *Nikotyina* (gr. $\frac{1}{2}$ na 2 dr. wody; dawka 4 krople). E. w jednym przypadku tężca widział zadziwiający skutek.

9. *Curare* przeciwko tężcowi, najprzód przez Villa w Turynie zalecane (gr. 1 w 140 kroplach wysokoku, stopniowo wstrzykiwać).

10. *Koffeina* (3 grana na 2 dr. wody; dawka 5 kr. = $\frac{1}{8}$ gr. koff.) przez Pletzera bez skutku w nerwobolach użyta.

11. *Daturina* (gr. 1 na 2 drachmy wody).

12. *Siarczan chininy* (30 gr. z 8 — 10 kropl. kwasu siarcz. w $\frac{1}{2}$ drachmie wody przekropl., dawka $\frac{1}{2}$ do 1 dr.) przeciw zimnicy; skutek jest pewniejszy i prędszy, zastosowanie przyjemniejsze, niż przez usta, i mniejszej daleko potrzeba dawki. — (*Centralb. f. med. Wiss.* 1864. N. 42).

Wróblewski: Spostrzeżenia nad wrażliwością dotyku skóry.

Badanie kliniczne stanów chorobnych dobiegło w niektórych szczegółowych punktach ścisłości naukowej, a jeśli nie matematycznej, to niemniej takiej, że niektóre ważne momenta życia chorobnego w cyfrach wyrazić, cyframi się ująć dają. Cyfry te, bez względu na miarę ich bezwzględnej ścisłości, służą doskonale, jako porównawcze, do oceniania stosunków organizmu, spraw jego ważniejszych, jakie ony są w stanach chorobnych organizmu w porównaniu z życiem prawidłowém. Szczególnie sprawa przemiany i przeróbki materji w organizmie ocenianą dziś jest z cyfr porównaniu podających się, a które nam pokazują stopień ciepła ciała mierzony termometrem, natężenie wydzielania moczu i t. d.

Najmniej zasobni w środki badania jesteśmy odnośnie systematu nerwowego. Badanie stanów układu nerwowego i zmian, które jako współczesne i pochodne wielu, bo niemal wszystkim chorobom współtowarzyszą, jest tak ubogie, że stany te my zaledwie nazwami bardzo ogólnikowemi, a wcale nie ścisłemi oznaczać możemy: mówimy o stępionej lub podniesionej wrażliwości i drażliwości nerwów, opierając się na objawach bardzo z wierzchu branych i niejako przypadkowo nam podpadających; najczęściej zaś na podmiotowych.

Ważność czynności układu nerwowego w obec życia i niemożność badania go powoduje, jedno z drugićm, usiłowania o rozszerzenie téj możności. Przypominamy prace w tym kierunku podejmowane przez p. Duchenne (de Boulogne), więcj jednak nerwy i mięśnie ruchowe na uwadze mające, a chcemy kilką słowami zwrócić uwagę na pracę p. Wróblewskie-

go, która, acz praktycznym klinicznym wymogom nie czyni zadość, to aby wskazuje kierunek, w jakim badania rzeczzone podjęteby być mogły.

P. Wróblewski badał w różnych dobach zimnicy wrażliwość dotyku skóry za pomocą Weberowskiego cyrkla dotykowego (*Tasterzirkel*). Badanie czynione było na jednym tylko chorym, a dokonane na różnych częściach ciała porównawczo w dobie bezgorączkowej, w dobie gorąca (*stad. caloris*) i w dobie zimna (*stadium frigoris*) okazało, że wrażliwość dotyku w chwili gorąca wyższą, w chwili zimna niższą była, niż w stadium bezgorączkowym; przytém wrażliwość dotyku prawej połowy ciała okazała się nieco większą, aniżeli w lewej. Następnie p. Wr. poszukiwał zmiany wrażliwości dotyku przy działaniu zewnętrznego ciepła i zewnętrznego zimna na skórę; działało się to przez zanurzanie ręki w wodę temperatury 0° R, i drugostronnie w wodę o temperaturze + 35° R. Okazało się, że skóra pod działaniem wody na 0° R. traciła znacznie wrażliwość dotyku i że ta wrażliwość w miarę wracania zwykłego ciepła skóry stopniowo wracała. Przeciwnie zanurzenie w ciepłą wodę na + 30° R. sprawiało znaczne podwyższenia wrażliwości dotyku. Dla objaśnienia podajemy niektóre cyfry przez p. Wr. przywiedzione; np. przyłożenie cyrkla na mostku, 2½ centim. nad wyrostkiem mieczykowatym budziło uczucie jednego, nie dwóch ukłóc na powierzchni:

- 1) *in apyrexia* = 4,30 centimetr.
- 2) *stad. caloris* = 3,63
- 3) — *frigoris* 4,50.

Praca ta p. Wróbl., choć nie bogata w wyniki, bo materiał doświadczalny zbyt szczupły nie upoważnia do ogólniejszych wniosków, znacząca jest tém, że wskazuje drogę, po której idąc badaniem, do ważnych klinicznych owoców dojśćby można. (*Petersb. med. Zeitschr.* II. 4. p. 127. 1862. *Schm. Jahrb.* 1863. N. 2.)

Nowe dzieła.

Bericht des k. k. Krankenhauses Wieden für d. J. 1860. (156 str.), 1861. (198 str.), 1862. (275 str.). Wien 1862--63.

Sprawozdania starannie opracowane, nader bogate w wyliczenia statystyczne i w nauczające materiały pod względem patogenii i terapii.

Chatin (H.) *De l'expectoration et de la composition des crachats* dans les diverses maladies de l'appareil respiratoire. Lyon 1864.

Autor starannie korzystał z prac lekarzy niemieckich, co jest dziś rzadką rzeczą we Francji.

Churchill (J. F.) *De la cause immédiate de la phthisie pulmonaire.* 2. édit. Paris 1864. V. Masson. 976 stron.

Autor już od r. 1858. głosi, że przyczyną gruźlicy jest brak podfosforonów (*hypophosphites*) w organizmie i na stosowaniu tych soli w *pewnych, ściśle określonych warunkach* polega, według niego, pomyślne leczenie téj zabójczej niemocy. Jestto owoc długiej i wytrwałej pracy autora: oby świetne wypadki leczenia nie były złudzeniem! Zresztą otwarte jest wszystkim pole do sprawdzenia.

Colin (Leon). *Etudes cliniques de médecine militaire.* Paris 1864.

Autor na zasadzie spostrzeżeń zebranych w szpitalu wojskowym *Val-de-Grâce* w Paryżu pisze w szczególności o gruźlicy ostrój i o niektórych chorobach narzędzi oddechowych i trawienia, często w wojsku napotykanym.

Dancel (F.) *Traité théor. et prat. de l'obésité.* Paris 1863. J. B. Baillière. 360 stron.

Autor, opierając się na zasadach fizyologicznych, podaje środki higieniczne i terapeutyczne przeciwko otyłości.

Devergie (A.) *Traité pratique des maladies de la peau.* Paris 1864. V. Masson. 800 str.

Jestto 3cie znacznie pomnożone wydanie dzieła znanego dermatologa francuzkiego. Atlas kolorowany sprzedaje się osobno.

F r i t z. *Etude clinique sur les divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde*. Paris 1864. Delahaye. 186 str.

Dobra rozprawa inauguralna, rozjaśniająca przypadłości durzycy mało dotychczas uwzględniane, od rdzenia kręgowego zależne, oparta na licznych własnych spostrzeżeniach. (Autor przez lat kilka był internem w szpitalu ś. Antoniego w Paryżu, z początku pod kierunkiem nieodżałowanego A r a n a).

F r o m m a n n (C.) *Untersuch. üb. d. normale u. pathol. Anatomie des Rückenmarks*. Mit 4 Taf. Abbild. Jena 1864. Fr. Frommann. 4. VIII i 128 str. (3 1/3 tal.)

F u l l e r. *Die Krankheiten des Herzens*; übers. von Dr. Schultzen. Berlin 1864. (1 tal.)

Dzieło zalecające się praktycznym układem i nie jedným nowém cenném spostrzeżeniem.

G r i s o l l e (A.) *Traité de la pneumonie*. 2me édit. Paris 1864. J. B. Bailliére et fils. 744 str.

Drugie wydanie, znacznie pomnożone, klasycznego dzieła.

G. H a r l e y. *Jaundice: its Pathology and Treatment*. London 1863. Walton and Maberly. XVIII and 136 pp. (3 tal.).

Monografia bardzo zasługująca na uwagę, w której autor rozwija głównie swoje pomysły tak co do żółtaczk, jak co do rozpoznawania i leczenia chorób wątroby i trzustki (*pancreas*) w ogólności na podstawie wiadomości fizyologicznych i chemicznych.

H e b r a. *Atlas der Hautkrankheiten*. Bilder von Dr. Ant. Elfinger (†) u. Dr. C. Heitzmann. Wien 1864. Fol. imp. IV. Lfr. mit 12 Taf. u. 15 S. Text. (35 fl. w. a.).

Ten 4ty poszyt znakomitego atlasu dermatologicznego, wydanego kosztem Ces. Akademii Nauk w Wiedniu, obejmuje w 12u tablicach wyobrażenie wszystkich postaci tryszczy (*eczema*).

H e n o c h. *Klinik der Unterleibskrankheiten*. Berlin 1863. Hirschwald. (4 2/3 tal.).

Jestto trzecie wydanie dzieła doskonale odpowiadającego wymaganiom lekarza praktycznego; liczne historye chorób dodane są w tekście; anatomia patologiczna mało jest uwzglę-

dniona, za to tém więcj rozpoznanie i leczenie. Rozdziały o zaniku ostrym wątroby, o niestrawności i o wnętrzakach całkiem są przerobione.

Ch. Isnard. *De l'arsenic dans la pathologie du système nerveux*. Paris 1865. V. Masson. (4 fr.).

Kunze. *Compendium der praktischen Medicin*. Erlangen 1863. Enke. w 8 ce w, XII i 400 str.

Podręcznik bardzo treściwy, ale stojący na równi z najświeższymi postępami patologii i terapii.

Laboulbène *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudomembraneuses*. Paris 1863. Asselin. W 8-ce w., 542 str.; z 6ciu tabl. rycin kolorowanych.

Dzieło to, uwieńczone przez Instytut francuzki (Akademią nauk) odznacza się szczególniej cennymi poszukiwaniami anatomicznymi.

Lebert. *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris 1855—1861. Baillière. 2 tomy w ark. tekstu i 2 tomy w ark. rycin, obejmujące 200 tablic skreślonych podług natury i po więkšej części kolorowanych.

Dzieło to, owoc wieloletnich własnych spostrzeżeń autora, jest po pracy Cruveilhiera, wydanój w latach 1830—1842., pierwszym równie obszernym, a stanowisko obecne anatomii chorobowej wyczerpującym wykładem. Oprócz opisów i obrazów makroskopowych wypadki śledzeń drobnowidowych są tu w jaknajrozleglejszym zakresie objęte. Rysunki odznaczają się wiernością i artystyczném wykończeniem.

Lebert (Herm.) *Ueber Keratose*. Breslau 1864. Morgenstern. 150 str.

Leuckart (Rud) *Die Parasiten des Menschen*. Bd. I. Leipzig u. Heidelberg 1862—63. C. F. Winter. 8. VIII. i 767 stron, z drzeworytami i tabl. ryc. (5 tal.).

W tym pierwszym tomie prawdziwie klasycznego dzieła, oprócz ogólnój części, jest mowa o pasożytach ludzkich z klas wymoczków (*infusoria*) i robaków (*helminthes*).

Lewin. *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der angrenzenden Organe, mit besonderer Berücksichtigung der laryngoskopischen Technik*. Erster Band mit 22 Holz-

schnitten. Berlin (Hirschwald) 1863. XII i 395 str. w 8. więk. (1 tal. 10 ngr.).

Dzieło to odznacza się gruntowném opracowaniem przedmiotu tak pod względem diagnostycznym, jak i terapeutycznym. O laryngoskopii i pulweryzacyi środków lekarskich znajdzie w niém czytelnik nauczające objaśnienia. Co do drzeworytów, te nie zasługują na pochwałę.

Leyden. *Die graue Degeneration der hinteren Rückenmarkstränge* klinisch bearbeitet. Berlin 1863. Hirschwald. z 3 tabl. ryc (1 tal. 26 ngr.).

Doskonała praca, wyjaśniająca ze stanowiska fizyologii, kliniki i anatomii patologicznej chorobę, którą w tych latach Francuzi z takim rozgłosem na nowo odkryli (*ataxie locomotrice progressive*), a która podobno już od czasów Hippokratesa jest znaną (*tabes dorsualis*).

Marchal (de Calvi). *Recherches zur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale du diabète*. Paris 1864. Asselin. 658 str. w 8-ce.

Macluchlan (Dan.). *A practical treatise on the diseases and infirmities of advanced life*. London 1864.

Autor, który przez 23 lat był lekarzem domu inwalidów w Chelsea, miał dostateczną sposobność badania chorób wieku podeszłego; to téż dzieło powyższe wiele własnych spostrzeżeń zawiera.

Mettenheimer (C.) *Sectiones longaeavorum*. Eine Zusammenstellung u. Uebersetzung der Berichte über die ältesten Menschen, die einer anatomischen Untersuchung unterworfen worden sind.

Mettenheimer. *Nosologische u. anatom. Beiträge zur Lehre von den Greisenkrankheiten*. Leipzig 1863. Teubner. (2¼ tal.).

Zbiór pouczających historyj chorób i opisów oględzin pośmiertnych w przypadkach chorób starców.

Mosler (Fr.) *Helminthologische Studien* u. Beobachtungen. Berlin 1864. Hirschwald. (28 ngr.).

Rozprawa ta zawiera wypadki własnych doświadczeń, przedsiębranych na zwierzętach, w przedmiocie zmian wnętrzków i co do środków przeciw-czerwiowych.

Murchison (Ch.) A treatise *on the continued fevers* of Gr. Britain. London 1863. Parker. 538 str. z wieloma rysunkami. (18 shill.).

Wyczerpująca monografia gorączek tyfusowych na podstawie 6-letnich postrzeżeń w *London Fever Hospital*, gdzie p. M. jest starszym lekarzem.

A. N o n a t. *Traité théor. et prat. de la chlorose*, avec une étude spéciale sur la chlorose des enfants. Paris 1864. Delahaye. 208 str. w 8-ce.

Ollivier (Aug.) *Essai sur les albuminuries produites par l'élimination des substances toxiques*. Paris 1864.

A. Padioleau. *De la médecine morale* dans le traitement des maladies nerveuses. Paris 1864. G. Baillièrre. (4 fr.)

Dzieło uwieńczone (w r. 1862.) przez Akademią lek. Paryżką, zawiera wiele spostrzeżeń własnych i obcych, ale czasami za nadto się przenosi na pole metafizyki.

P a r y (F. W.) *Researches on the nature and treatment of diabetes*. London 1862. Churchill. 210 str.

W 1szym rozdziale podaje autor rozbiór chemiczny jakościowy i ilościowy moczu cukrowego. Pierwszeństwo daje zmodyfikowanemu roztworowi Fehlinga (320 gran siarczanu tlenniku miedzi, 640 gran winianu potażu obojętego, 1280 gran *potassae fusae* i 20 uncyj wody przekroplonej) przed innymi probami; 1½ grana cukru gronowego redukuje dokładnie tlennik miedzi zawarty w 100 kroplach tego roztworu. W 2im rozdziale rozbiera fizyologiczne znaczenie cukru w organizmie, zbijając teorią Kl. Bernarda. W 3cim rozdziale zawarte są poszukiwania autora nad patologią i terapią moczówki cukrowej. Jako pokarm zaleca biszkopt robiony ze słodkich migdałów i z białka; z lekarstw najwięcej chwali węglany alkaliczne. W końcu opisane są bardzo szczegółowo 4 przypadki tej choroby.

P e t e r (Michel). *Des maladies virulentes comparées chez l'homme et chez les animaux*. Paris 1864.

Zajmujący rozdział patologii porównawczej, w którym zarzucićby można tylko autorowi, że zbyt nieśmiało ze swém własnym zdaniem w pytaniach spornych występuje. Dzieło to

zjednało autorowi zaszczytną wzmiankę Akademii nauk Paryżkiej.

Piorry. *La médecine du bons sens*. Paris 1864. Delahaye. (6 fr.)

Głośny profesor kliniki rozwija w tém dziele zasady leczenia chorób wewnętrznych oparte na środkach po większej części wyłącznie higienicznych.

Pouchet (G.). *Des colorations de l'épiderme*. Paris.

Monografia ta zaleca się bogactwem źródeł bibliograficznych i ważnością kilku poruszonych pytań, odnośnych do zabarwień chorobnych skóry.

Pringle. *Observations sur les maladies des armées dans les camps et dans les garnisons, avec une Introduction* par M. le dr. Jules Perier. Paris 1863. Rozier.

Jestto tłómaczenie klasycznego dzieła angielskiego autora z przeszłego wieku o chorobach wojsk, z dodaniem przez dra Perier przeglądu postępów, jakie medycyna wojskowa zrobiła, zwłaszcza we Francyi, od r. 1742. do naszych czasów.

Racle. *De la glycosurie*. Thèse présentée au concours pour l'aggrégation. Paris 1863. (2 fr.).

Rozprawa ta, jakkolwiek tylko zestawieniem dawniejszych spostrzeżeń będąca, stanowi jednak postęp w zapatrywaniu się na powstawanie słodkomoczu.

Raye r. *Cours de médecine comparée*. Introduction, Paris 1863. J. B. Baillièrre et fils. (1 1/2 fr.).

W tym ustępie przechodzi autor tylko dzieje t. zw. medycyny porównawczej, to jest opartej na patologii zwierząt i patologii doświadczalnój.

v. Rittershain (G, Ritter). *Die Pathologie und Therapie der Rachitis*. Mit 4 Tafeln. Berlin 1863. (Hirschwald). X i 316 str. w 8. (2 talary).

Poszukiwania lekarzy niemieckich, francuzkich i angielskich, równie dawniejszych, jak nowszych, w tym przedmiocie opracował autor krytycznie i objaśnił własnymi, licznymi spostrzeżeniami.

Rosenstein (Siegmond). *Die Pathologie und Therapie*

der *Nierenkrankheiten*, casuistisch dargestellt. Berlin 1863. (Hirschwald). 488 str. w 8.

Monografia bardzo dokładna, terażniejszemu stanowisku nauki najzupełniej odpowiadająca, w której autor pomieścił spostrzeżenia swoje, zebrane w szpitalu Gdańskim, pod przewodnictwem profesora Wagnera, będącego teraz w Królewcu.

Siegle (E.). *Die Behandlung von Hals - u. Lungenleiden* durch Einathmungen mittelst e. neuen *Inhalations-Apparates*. Stuttgart. 1864. A. Kroner. 68 str.

Bardzo przydatna książeczka, opisuje nową, praktyczną odmianę przyrządu do wdychania płynów rozpylonych przy pomocy pary wodnej.

Stokes. *Traité des maladies du coeur et des gros vaisseaux*, trad par le dr. Sénac. Paris 1864. Delahaye.

Pierwsze to tłumaczenie francuzkie znakomitego dzieła profesora Dublińskiego, zalecającego się szczególnie pod względem praktycznym.

C. Stölker. *Ueb. angeborene Stenose der A. pulmonalis*. Bern 1864. Huiler. 120 str.

Ta starannie napisana rozprawa doktorska zawiera tabelaryczne zestawienie 115 przypadków dawniejszych i szczegółowy opis nowo spostrzeganego.

Thompson (Theophilus). *Clinical lectures on pulmonary consumption*. London 1863. (2½ tal.).

Sąto prelekcye niedawno zmarłego Teof. Thompsona, lekarza szpitalu dla suchotników (*Brompton Hospital*) w Londynie, wydane przez jego syna. Dzieło to, opierające się na niezmiernie licznej kazuistyce, unikając przesady niektórych autorów, tylko na t. zw. znaki fizyczne zważających, kładzie przycisk i na ogólne przypadłości gruźlicy. Pod względem leczenia zasługują na uwagę spostrzeżenia autora o zmianach w krążkach czerwonych krwi pod wpływem użycia olejów roślinnych, o wpływie tranu rybiego ozonowanego na tętno suchotników i t. d.

Tüngel. *Klinische Mittheilungen* von der medic. Abtheilung des allg. Krankenhauses in Hamburg. Hamburg 1863. Meissner (24 ngr. 1.)

W pierwszej części jest ogólne sprawozdanie za rok 1861; w 2iej trzy osobne rozprawy: o związku zaniku nerek z przerostem serca; o cierpieniach syfilitycznych mózgu, wreszcie o otruciu fosforem, w ogóle z malém bardzo uwzględnieniem leczenia.

Uhle (P.) u. Wagner (Ernst). Hdb. d. *allgem. Pathologie*. Leipz. 1864. O. Wigand. 508 str, (2½ tal.).

Jestto drugie i najnowszemi postęпами nauki pomnożone wydanie cenionego dzieła.

Valentiner (W.) *Die chemische Diagnostik in Krankheiten*. Berlin 1863. (bei Ferd. Schneider). 2te Aufl.

Praktyczni lekarze, nawet nie obeznani z działaniami chemicznymi, znajdą tu zwięzłe, a dokładnie wyłożone prawidła, jak postępować przy użyciu odczynników chemicznych w zamiarze diagnostycznym. Dla ułatwienia dochodzeń dodane są ryciny.

v. Veiel. *Mittheilungen üb. d. Behandlung d. chron. Hautkrankheiten*. Stuttgart. 1862. Ebner u. Seubert

Leczenie podawane przez autora polega głównie na zwalczaniu zakażeń krwi, do których sprowadza wszystkie przewlekłe choroby skórne.

Rudolf Virchow. *Die krankhaften Geschwülste*. 1. Band. Berlin 1863.

Dzieło to, jak wszystkie Virchowa, odznacza się bogactwem materiału pracowicie zebranego, genialnie obrobionego i w sposób zajmujący przedstawionego.

Waldenburg (L.) *Die Inhalationen zerstäubter Flüssigkeiten, sowie der Dämpfe u. Gase*. Berlin 1864. G. Reimer. 567 stron.

Dzieje wdychaniu płynów rozpylonych (str. 9 — 105) i naukowe podstawy użycia tego środka są gruntownie wyłożone; mniej zadawalniające są szczegółowe wskazania w pojedynczych rodzajach cierpień gardła i płuc, co wynika już z samej natury tak nowego przedmiotu.

Woillez (J.) *Dictionnaire de diagnostic médical*. Paris 1862. (J. B. Baillièrre et fils), przeszło 900 str.



Dzieło to posłużyć może szczególnie dla początkujących lekarzy do rozpoznawania chorób zawilszych.

A. Zenker. *Ueb. d. Veränderungen willkür. Muskeln im Typhus abdom.* Leipzig 1861 Vogel. 184 str. i 5 tabl

Doskonała monografia, oparta na licznych własnych poszukiwaniach drobnowidowych.

ANATOMIA I FIZYOLOGIA.

Nowe dzieła.

W. Henke. *Atlas der topograph. Anatomie des Menschen.* I. Heft. Taf I — XV. Leipz. u. Heidelberg. C. F. Winter. Fol. (2 tal.).

O ile z pierwszego poszytu wnosć można, będzie to atlas anatomii topograficznej bardzo użyteczny dla lekarzy praktycznych. Rysunki kreślone na kamieniu przez samego autora (profesora w Marburgu) przedstawiają w naturalnej wielkości obrazy ważniejszych pod względem praktycznym części ciała ludzkiego warstwami; odznaczają się one nie tyle artystyczną pięknoscią, ile śmiałością i z naturą zgodnymi rysami: mniej ważne drobne naczynia i nerwy są umyślnie opuszczone, zato tém wierniej przedstawiono naturalne położenie względne wszelkich innych narządzi, bez żadnych przesuwania. Dodane objaśnienia są zadawalniające. Całe dzieło ma się składać z pięciu poszytów takiej objętości i ceny, jak powyższy, w którym przedstawione są narzędzia miednicy, (postępując z głębi na zewnątrz), tudzież biodra.

J. L u y s. *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal.* Avec atlas de 40 planches lithogr. Paris 1865. J. B. Baillière.

Dzieło oparte w znacznej części na samodzielnych poszukiwaniach.

P e r r i n (Maurice). *De l'influence des bois ons alcooliques prises à doses modérées sur la nutrition.* Paris 1864.

Autor na zasadzie ścisłych doświadczeń fizyologicznych, czynionych na człowieku, wnosi, że wyskok nie ulega utlenie-

niu w organizmie i że zwalnia wymianę materji, a w szczególności utlenianie w żyjącym ustroju.

Pflüger (E. F. W.) Ueb. die *Eierstöcke* der Säugethiere u. d. Menschen. Leipz. 1863. Engelmann. 124 str. w 4-ce, z 5 tabl. rycin.

W pracy téj, opartéj na bardzo starannych poszukiwaniach nad rozwojem i budową jajników głównie u cielęcia, psa i kota, autor rozwinął myśl rzuconą po raz pierwszy w r. 1838. przez Valentina i podjętą w r. 1856. przez Billrotha, że jajniki są pierwiastkowo gruczołami rurkowatemi (*glandulae tubulosae*). Ciekawe są także jego poszukiwania nad powstawaniem jajka.

Pouchet (G.) *Précis d'histologie humaine d'après les travaux de l'école française*. Paris 1864. Masson. VII i 379 stron, z rysunkami w tekście. (6 fr.)

Histologia francuzka; dzieło nader jednostronnie napisane.

A. Rambaud et Ch. Renault. *Origine et développement des os*. Paris 1864. Chamerot. (6 $\frac{2}{3}$ tal.).

Pomimo niedokładności w części historycznej, dzieło to jest ważnym nabytkiem w piśmiennictwie lekarskiem z powodu zawartych szczegółów o rozwoju kości. Dodany jest atlas w 4-ce, z 28 tablic złożony.

Recklinghausen (F. v.) *Die Lymphgefäße u. ihre Beziehung zum Bindegewebe*. Berlin 1863. (17 rysunków).

Pan R. (dotychczasowy pierwszy asystent Virchowa, obecnie zaś powołany na profesora do Królewca), na zasadzie swych poszukiwań drobnowidowych przychodzi do tego wniosku, że początki naczyń limfatycznych powstają ze zlania się tak zw. kanalików sokowych (*Saftkanälchen*) tkanki łącznej. Wniosek to bardzo ważny pod względem wpływu na fizjologią i patologią.

Reichert. *Der Bau des menschlichen Gehirns*. Leipzig 1859 — 1861. Engelmann. w 4-ce: Cz. I. z 24 tabl. rycin; Cz. II. z 9 tabl. i z 17 rycinami w tekście. (5 tal.)

W dziele prawdziwie wzbogacającym literaturę anatomiczną złożone są wypadki wieloletnich poszukiwań autora nad tym trudnym przedmiotem. Poznanie budowy anatomicz-

nój mózgowia oparte jest tutaj na opisie rozwoju tego narzędzia i na przedstawieniu licznych, a wielce nauczających przebiegów tegoż. Rysunki piękne i wzorowej dokładności.

Reidinger (N.) Ueb. die *Verbreitung des Sympathicus in der animalen Röhre, dem Rückenmarke u. Gehirne*. München 1862.

Praca ta zawiera wypadki licznych poszukiwań, ważnych dla fizjologii i patologii, wykazujących znaczne rozpostarcie gałązek nerwu współczulnego w rdzeniu kręgowym i mózgu.

CHOROBY SYFILITYCZNE.

Nowe dzieła.

v. Baerensprung. *Die hereditäre Syphilis*. Berlin 1864. 196 stron, z 7 tabl. rycin.

Przedmowę do téj ważnej pracy pisał autor zaledwo na kilka tygodni przed tragicznym końcem swego życia.

Belhomme (L.) et A. Martin (Aimé). *Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne*. Paris 1864. Coccoz.

Dzieło powabnie napisane, dobrze streszcza obecny stan nauki w téj ważnej gałęzi wykonawstwa lekarskiego, na podstawie dwoistości wiewiora (szankra). Po wstępie historycznym i po rozdziale o sposobie działania jadu syfilitycznego, część pierwsza dzieła poświęcona jest patologii i terapii chorób syfilitycznych w ścisłym znaczeniu (wiewiór zaraźliwy, cierpienie ogólne, choroba syfilityczna dziedziczna). W drugiej części jest mowa w szczególności o chorobach wenerycznych (wiewiór prosty i rzerzączka).

Boeck (W.) *Recherches sur la syphilis appuyées de tableaux de statistique*. Christiania 1862. Jensen. (w ark., 509 stron).

W dziele powyższém, które jest owocem 30-letniej pracy, autor, opierając się na statystyce 3½ tysięcy przypadków chorobnych z archiwów szpitali m. Chrystianii, dał ważny przyczynek do rozwiązania trzech głównych pytań z dziedziny sy-

filidologii, to jest: 1) co do czasu trwania kuracyi przy użyciu pojedynczych sposobów leczenia, szczególnie merkuruszem i o stosunkowej liczbie powrotów choroby (recydyw) po różnych kuracyach; 2) co do stanu zdrowia takich chorych w późniejszych okresach życia;—wreszcie 3) co do wpływu choroby syfilitycznej rodziców na dzieci. Z tém wszystkiém trudno się zgodzić z niektórymi wnioskami autora, wynikającymi z przesadnego użycia metody t. zw. numerycznej, jak np. na potępienie leczenia merkuruszem, a wychwalanie syfilizacji. Kosztowny nakład dzieła podjęty był przez rząd norwesk, a sejm (Storthing), który przyzwolił na potrzebne w tym celu wydatki, dodał warunek, aby książka ta, celem większego upowszechnienia w świecie naukowym, wydana była w języku francuzkim.

Cullerier (A.) *Précis iconographique des maladies vénériennes*. Ire partie: *De la blénorrhagie*. Paris 1862. Méquignon-Marvis. VII i 183 stron. (10 fr)

Dziedzic słynnego w nauce nazwiska, następcą R i c o r d a w *Hôpital du Midi*, dziełem niniejszém prawdziwie wzbogacił piśmiennictwo lekarskie, kreśląc w sposób prosty, wolny od uprzedzeń i teoryi, a obfity w fakta opis rzerzączki u mężczyzn i kobiet. 15 tablic kolorowanych objaśnia tekst.

D i d a y. *Histoire naturelle de la syphilis*. Paris 1863. Asselin-Labé. (4 fr. 50 c.).

Sąto spisane 3 nader zajmujące i ważne lekcy o chorobie syfilitycznej, które p. D i d a y z Lyonu miał w roku 1863. w szkole praktycznej wydziału lekarsk. w Paryżu w m. marcu. W miarę natężenia przypadłości rozróżnia autor kiłę (*syphilis*) mocną i kiłę słabą: jest ona tém słabszą w miarę tego, jak przypadłość u osoby zarażającej była natury zjadliwszej i świeższa; prócz tego wpływają na rozwinięcie kiły mocnej lub słabej różne warunki osobiste, których znaczenie autor bardzo dokładnie rozbiiera. Odpowiednio powyższemu podziałowi autor rozróżnia 2 rodzaje przypadłości pierwotnej, to jest: *szankier prawdziwy* (krótsze wylęganie, wrzodzenie rozleglejsze i głębsze, stwardnienie obszerniejsze) i *nadgryzienie szankrowate, érosion chancriforme* (wylęganie dłuższe, wrzo-

dzenie nader nieznaczne, stwardnienie lekkie, t. zw. pargaminowe). Każda z tych przypadłości ma powstawać z odpowiedniej sobie: szankier prawdziwy z szankra prawdziwego i na odwrot; pierwszy zapowiada kiłę (*syphilis*) mocną, nadgryzienie zaś szankrowate słabą. Stosownie do tych różnic odmiennie téż bywa leczenie.

Galligo. Trattato teorico-pratico *sulle malattie veneree*. Firenze 1864.

Autor przychyła się, lubo nie bezwarunkowo, do szkoły francuzkiej dualizmu szankra, do której już przyłączyli się p. Lindwurm i v. Baerensprung w Niemczech, tudzież p. Lee w Anglii.

Langlebert (Edm.) *Traité théor. et prat. des maladies vénériennes*. Paris 1861. F. Savy.

Autor, będący przeciwnikiem teoryi o dwoistości i troistości jadu syfilitycznego, złożył w tém dziele owoce 15-letniego doświadczenia.

Martin (Aimé). *De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle*.

Autor, uczeń pana Clerc, jest zwolennikiem nauki dwoistości szankra i zaraźliwości przypadków wtórnych. Praca oparta na licznych spostrzeżeniach klinicznych.

A. Kussmaul. Untersuchungen über den *constitutionellen Merkurialismus* und sein Verhältniss zur constitutionellen Syphilis. Würzburg 1861. Stahel. XIV. i 434 str. w 8. (2 tal. 12 ngr.)

R. Overbeck. *Mercur und Syphilis*. Physiologisch-chemische und pathologische Untersuchungen über das Quecksilber und über Quecksilberkrankheiten. Berlin 1861. Hirschwald. XXI i 351 str. w 8. (1 tal. 26 ngr.)

Dwa te dzieła rozjaśniają kwestyą dotyczącą działania rtęci na organizm i chorób z wprowadzenia jój do organizmu pochodzących, jak niemniej chorób wenerycznych następnych, bardzo różnych od chorób rtęciowych; lecz dzieło Overbecka obejmuje pracowite poszukiwania autora w téj mierze na drodze doświadczałnej, dzieło zaś Kussmaula opiera się na spostrzeżeniach klinicznych. Oba uzupełniają się nawzajem.

CHIRURGIA.

Nowe dzieła.

Bryant (Thom.) *The surgical Diseases of Children.* London 1863. (1 $\frac{2}{3}$ tal.)

Dzieło to, będące treścią odczytów mianych w r. 1863. w Londynie (Med. Society), odznacza się oryginalnemi, na własnem doświadczeniu opartemi poglądami.

Demarquay. *Rapport sur les instruments et les appareils de chirurgie.* Paris 1862. Chais. 48 stron w 8-ce w.

Pan D., który był członkiem sądu przysięgłego międzynarodowego (*Jury international*) na wystawach lat 1855. i 1860., daje nam przegląd rozumowany narzędzi chirurgicznych i opasek z wystawy londyńskiej, przyczém palma pierwszeństwa dostaje się paryzkim wyrobom.

Dolbeau. *De la pierre dans la vessie.* Paris 1864. Delahaye. 424 stron, z 14 drzeworytami w tekście.

Dzieło to, wolne od niepotrzebnej erudycji, zawiera wiele spostrzeżeń praktycznych, odznacza się metodycznością i ścisłością wykładu.

Guyon (Fel.) *Des vices de conformation de l'urètre chez l'homme et des moyens d'y remédier.* Paris 1863. Delahaye (z 4 rycinami).

W tej rozprawie konkursowej przedstawiony jest stan obecny tak anatomii patolog., jak chirurgii w przedmiocie wad pierwotnego ukształcenia cewki moczowej.

Henke (Ph. Jac. W.) *Hdb. der Anatomie u. Mechanik der Geleke*, mit Rücksicht auf Luxationen u. Contracturen. Mit 9 Kpftaf. u. 66 eingedr. Holzschn. Leipzig u. Heidelberg. 1863. C. F. Winter. w 8ce w. X i 292 stron. (2 tal.)

Dzieło oparte na własnych poszukiwaniach, bogate w nowe dane; nieco za mało uwzględnia obce prace.

Jobert (de Lamballe). *De la réunion en chirurgie.* Paris 1864. J. B. Baillière.

Zajmujące i powabnie napisane dzieło. W części specjalnej zasługują na szczególną uwagę rozdziały: o spojeniu

uszkodzeń pęcherza (przetoki u kobiet), środkrocza (u tychże), podniebienia i t. d.

Kühn (Jul.) *Die künstliche Eröffnung der Luftwege*. Leipzig u. Heidelberg 1864. C. F. Winter. 379 stron.

Pracowite zestawienie z niemieckiej i obcej literatury.

Maisonneuve (J. G.) *Clinique chirurgicale*. Paris 1863.—64. F. Savy. 2 tomy w 8-ce w.

W tych dwóch tomach głośny chirurg szpitala *Hôtel-Dieu* zebrał w jedną całość spostrzeżenia i wypracowania swoje rozrzucone po dziennikach. Na szczególną uwagę zasługują rozdziały o metodach mających zapobiegać zakażeniu ropiastemu (metoda podskórna, podwiązywanie, wstrzykiwania, przyżegania i t. d)

Pirogoff. Grundzüge der allgem. *Kriegschirurgie*. Leipzig 1864. Vogel. 1168 stron w 8-ce w.

W dziele tém przez znakomitego chirurga złożone są obfite owoce praktyki chirurgicznej wojskowej, zebrane zwłaszcza na Kaukazie i w Krymie.

Pitha (F. R. v.) *Krankheiten der männl. Genitalien u. Harnblase*. Erlangen 1864. Enke. 142 str. w 8-ce w.

Doskonała, wyczerpująca monografia.

A. Politzer. *Die Beleuchtungsbilder des Trommelfells*. Wien 1865. Braumüller. 143 stron. (2 tal.)

Dzieło to, ozdobione pięknymi chromolitografiami i drzeworytami w tekście, jest ważnym przyczynkiem do anatomii patologicznej, diagnostyki i terapii chorób błony bębenkowej.

Schildbach. *Beobachtungen u. Betrachtungen über die Skoliose*. Amsterdam 1862. V. d. Post. W 4-ce w., 34 str.

Schildbach. *Zweiter Bericht üb. d. gymnast.-orthopäd. Heilanstalt zu Leipzig*. Leipz. 1864. Hinrichs. (5 sgr.)

Dziełko to skromnością i niewymuszonością mile odbija od samochwalstwa większej części tego rodzaju pisemek.

Schwartz (H.) *Pract. Beiträge zur Ohrenheilkunde*. Würzburg 1864. Stahel. 43 str.

Spisane są tu wypadki 250 spostrzeżeń otiatrycznych takich, jakie się codzien najczęściej zdarzają, z którejto liczby

101 chorych zostało uleczonych, 76 odeszło z poprawą, 22 nie uleczonych, 49 nie leczono wcale, a 2 umarło.

Ch. Sédillot. *Traité de médecine opératoire*. Strasbourg et Paris 1865. 2 vol. (18 fr.)

Jestto trzecie pomnożone i najnowszemi postępani uzupełnione wydanie znanego zaszczytnie dzieła.

Thompson (Henry.) *Practical Lithotomy and Lithotrity*. London 1863. Churchill.

Autor, który w przeszłym roku z tak pomyślnym skutkiem wykonał skruszenie kamienia na królu Belgów, w dziele powyższém trzymał się przedewszystkiém praktycznego stanowiska.

Thompson (Henry) *The diseases of the prostate, their pathology and treatment*. London 1863. Churchill. Z 13 tabl. rycin.

W dziele tém wyłożone są przez tegoż autora najnowsze poszukiwania w przedmiocie chorób gruczołu krokowego.

Tinman. *Recherches sur le traitement de l'étranglement herniaire et en particulier sur le taxis progressif*. Paris 1863. Delahaye.

Praca ta jest wyłożeniem zasad, których w leczeniu przepuklin zaciśnionych trzyma się dr Gosselin w Paryżu.

Tröltzsch. *Die Krankheiten des Ohres*. Würzburg 1862. Stahel (2 tal. 6 sgr.) z drzeworytami w tekście.

Dziełko to przedstawia najnowsze postępy pod względem teoryi i praktyki gałęzi medycyny tak mało u nas uprawianój.

Wildberger. *Prakt. Erfahrungen auf d. Gebiete d. Orthopädie*. Leipzig 1863. Weigel. (2 tal. 20 sgr.)

To praktyczne dzieło objaśnione jest 39 drzeworytami w tekście i atlasem z 10 rysunków fotograficznych.

OFTALMOLOGIA.

Nowe dzieła.

Boehm (L.) *Die Therapie des Auges mittelst des farbigen Lichts*. Berlin 1862. Hirschwald. 239 stron, z 2 tabl. chromolitogr.

Autor, od wielu lat z upodobaniem robiący spostrzeżenia nad wpływem okularów kolorowych na przebieg chorób ocznych, ogłasza obecnie wypadki swych badań, z należytém uwzględnieniem odnośnych praw fizycznych.

Follin. *Leçons sur l'exploration de l'oeil et les applications de l'ophthalmoscope*; rédigées par L. Thomas. Paris 1863. (A. Delahaye).

Znajdzie tu czytelnik bardzo wiele ciekawych i naucających szczegółów tak pod względem anatomicznym, jak i fizyologicznym.

Förster (R.) *Ophthalmologische Beiträge*. Berlin 1862 Enslin. z drzeworytami i 2 tabl. rycin. (1 talar).

Autor, który jest docentem w Wrocławiu, zestawił w tém dziełku cenne poszukiwania własne nad dwoma mniej dotąd zbadanymi zбочeniami wzroku, t. j. nad widzeniem linii prostych skrzywionemi (*metamorphopsia*) i nad widzeniem zdrobniałém (*mikropsia*); tudzież nad formą zapalenia naczyniówki dotychczas nie opisaną (*chorioiditis areolaris*).

Giraud-Teulon (F.) *Leçons sur le strabisme et la diplopie*. Paris 1863.

Meyer (O.) *Du strabisme*. Paris 1863.

Obie te prace mają na celu upowszechnienie we Francyi wypadków nowych poszukiwań niemieckich oftalmologów w przedmiocie zézowatości.

Haynes Walton. *A Treatise on the surgical Diseases of the Eye*. Second edition. London 1861. Churchill. (5³/₄ tal.)

Porządek przedmiotów nieco dziwaczny, zresztą dzieło szacowne, ze szczegółowemi bardzo wskazaniem, liczną własną kazuistyką i uwzględnieniem literatury niemieckiej. — 172 pięknych drzeworytów w tekście.

J. Jago. *Entoptics*, with its uses in Physiology and Medicine. London 1864. J. Churchill and Sons. (2 tal. 6 ngr.)

Dobra monografia o t. zw. zjawiskach entoptycznych, ozdobiona wieloma drzeworytami w tekście.

Liebreich (Richard). *Atlas d'ophthalmoscopie*. Paris 1863. (Germer-Baillière). w 4-ce.

Autor dzieła tego, nader szacownego, był preparatorem przy słynnym fizyologu Heidelbergskim Helmholtzu, gdy ten w r. 1851. wynalazł oftalmoskop, i zaraz zajął się gorliwie zastosowaniem tego narzędzia do praktyki, do czego posłużyła mu głównie klinika profesora Graefego w Berlinie, dokąd się wkrótce potem przeniósł. Rysunki wykonał sam p. Liebreich z taką dokładnością, że je porównać można z fotografią. Dwie pierwsze tablice przedstawiają oko w stanie prawidłowym; na innych zaś 10 odrysowane i odmalowane są najczęściej wydzierające się zmiany chorobne błon oka głęboko położonych. Znawcy oddają dziełu temu jednomyślnie jak największe pochwały, uważając je za świetny i trwały pomnik wystawiony oftalmoskopii.

Pagenstecher (Hofr. Dr.) *Klinische Beobachtungen aus d. Augenheilanstalt zu Wiesbaden. 2tes Heft. Wiesbaden 1862. Niedner. (3/6 tal.)*

Część pierwsza zawiera ogólne sprawozdanie z zakładu ocznego w Wiesbaden przez radcę dworu dra Pagenstechera. W 2ój części tenże najprzód podaje rozprawę o wyluszczeniu gałki ocznej i o zapaleniu sympatyczném oka. Dalej idzie bardzo zajmująca praca dra Sämisch o zastosowaniu ciepła wilgotnego w chorobach ocznych, a w końcu rozprawa Arnolda Pagenstecher o sądowém znaczeniu uszkodzeń ocznych, w której zwraca uwagę na potrzebę śledzeń wziernikowych nawet przy niepozornych uszkodzeniach oka (dla wykrycia np. wynaczynionek siatkówki w skutek uderzeń i t. p.). Autor jest zdania, że lekarz sądowy, jeśli nie może być zobowiązany do śledzenia wziernikiem, to przynajmniej powinien umieć obejrzyć oko przy oświetleniu boczném i nie poprzestawać na sprawdzeniu siły wzroku za pomocą prób czytania, ale też zwracać uwagę na siłę wzroku excentryczną, na przerwy w polu widzenia i t. d.

Saemisch *Beitr. zur norm. u. pathol. Anatomie des Auges. Leipzig 1862. Engelmann.*

Autor (docent w Bonn) podaje tu: 1) wypadki poszukiwań nad zakończeniami nerwów skórnych, które śledził sposobem zalecanym przez Köllikera (*ac. acet. dilut.*), za pomocą

któregoto sposobu udało mu się wykazać (co zresztą zgadza się z najpowszechniejszym zdaniem), że nerwy po wielu rozdzieleniach dwudzielnych kończą się siatką. Dodana jest literatura nerwów rogówki odkrytych przez Schlemma w r. 1830. Sięć ich krańcowa ma leżeć b. blisko powierzchni rogówki, ale jeszcze we właściwej tkance. 2) Część druga zawiera opis anatomicznego śledzenia 4ch oczów przedstawiających różne choroby n. wzrokowego i siatkówki.

C. Schweigger. Vorles. üb. d. Gebrauch des *Augenspiegels*. Mit 21 Holzschn. u. 3 Taf. Abbild. Berlin 1864. Mylius. (1 $\frac{1}{3}$ tal.)

Sąto spisane odczyty kliniczne znanego asystenta Graefego, w których szczególnie uwzględniona jest anatomia patologiczna oka.

Sneilen. *Probekbuchstaben zur Bestimmung der Sehschärfe*. 2te Aufl. Berlin 1863. H. Peters.

Książeczka ta w 2im wydaniu uległa znacznym poprawom wskutek rady prof. Graefego, który ją zaleca swym uczniom.

Stellwag von Carion (K.) *Lehrb. d. prakt. Augenheilkunde*. 2te umgearb. Aufl. Wien 1864. (5 tal.)

Jestto w obecnej chwili niezaprzeczenie najlepszy podręcznik okulistyki, odpowiadający najnowszym postępom nauki, a zalecający się przytém wielką samodzielnością. Blisko 100 drzeworytów i 2 tablice chromolit. objaśniają tekst.

Sperino (Casimir). *Etudes cliniques sur l'évacuation répétée de l'humeur aqueuse*. Turin 1862. — w 8-ce, XIII i 496 stron.

Autor od kilku lat stosuje często powtarzane nakłócie gałki ocznej w najrozmaitszych chorobach ocznych z wielką wytrwałością i, jak się zdaje, z dobrym skutkiem; obecnie ogłasza wypadki swojego w téj mierze doświadczenia oparte na 226 historyach chorób.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

POSIEDZENIA ODDZIAŁOWE.

ODDZIAŁ POŁOŻNICTWA, CHORÓB KOBIET I DZIECI.

Posiedzenie 19te, z dn. 6. września 1864. r.

Przewodniczący Oddziału p. Tyrchowski.

I. Włókniaki macicy. II. Odklejenie łożyska; kleszcze obrot. III. Zwężenie macicy 2go stopnia, wymóżdzenie płodu.

Protokół ostatniego posiedzenia został odczytany i przyjęty, poczem —

I. P. Konitz, zdając sprawę kolegom o chorój, u której dokonał wyłuszczenie włókniaków, a historiją choroby której odczytał na jedném z posiedzeń ostatnich (1), przytacza, że od chwili wyzdrowienia u chorój rzezonój odpływ krwi miesięczny już dwa razy zupełnie prawidłowo miał miejsce.

II. *Sprawozdawca* (J. Braun) opowiada następujący przypadek. W dniu wczorajszym około godziny pierwszej po południu wezwany byłem do kobiety rodzącej. Osoba lat 30 kilku, na pozór dobrze zbudowana, rodziła przedtém kilkakrotnie. Porody poprzednie odbywały się z wielką trudnością i kilkoro dzieci przyszło na świat nieżywe. Poród obecny, który poprzedziła ciąża nie zakłócona żadnemi dolegliwościami, rozpoczął się bólami słabemi przed 24 godzinami, a takowe dopiero od kilku godzin silniejszymi się stały. Wody płodowe odeszły: czy przez samowolne pęknięcie błon, czy w skutek rozdarcia ich przez śledzącą akuszerkę, tego nie umiano mi powiedzieć. Powodem, dla którego wezwano mojej pomocy, było wypadnięcie sznurka pępkowego, i krwotok, który od kilku godzin się

(1) Zob. Pam. Tow. lek. W., t. LIII, str. 129.

pojawił. Zastałem rodzącą w bólach silnych, powtarzających się w krótkich odstępach, kończyny dolne zimne, tętno drobne, prędkie; prześcieradło, na którym leżała, było krwią zbroczone. Bicia serca dziecka nie słyszałem. Przedsięwziąwszy śledzenie, napotkałem w ujściu pochwy i wypełniające ją całą zwoje pępowiny nie tętniącej, usta maciczne otwarte do wielkości 10-złotówki, brzegi dosyć miękkie, głowę powyżej kości łonowych, miednicę w wymiarze podłużnym zwężoną. Rodząca przytęm krwawiła ciągle, mniej w czasie bólu, więcej gdy bóle ją opuszczały. Co było przyczyną krwotoku w tym przypadku? Nie mogłem przypuścić, aby nastąpiło pęknięcie macicy. Ujście było całe, a pęknięcie macicy w górnej jej części spowodowałoby wystąpienie płodu do jamy brzusznej, co tu miejsca nie miało, a zresztą trwające od kilku godzin byłoby niezawodnie już śmierć matki spowodowało. Przypuszczałem więc odklejenie częściowe łożyska, jednakże pewności w tym względzie nie miałem. Trudny zaiste był i wybór pomocy sztucznej, jaką przy tak małym otwartym ujściu zastosować należało. Usiłowałem odprowadzić pępowinę, jakkolwiek w tym stanie rzeczy wypadnięcie jej było rzeczą dość obojętną; odprowadzenie jej na dziecię już wpływać nie mogło i tylko że dałoby więcej miejsca przy działaniach ręcznych mogących być użytymi. Odprowadzenie to jednakże nie udało się i wypadnięcie pępowiny pozostało w tymże stanie. Należało wszelako ratować kobietę słabnącą coraz więcej. Bóle porodowe trwały ciągle, ujście macicy się rozszerzało. Postanowiłem zaczekać czas jakiś jeszcze dopóty, dopóki ujście do tego stopnia nie będzie rozwarło, aby przezeń można było rękę przesunąć. Zaleciłem chorąj środki orzeźwiające, sam zaś wróciłem się po narzędzia, aby takowe w razie potrzeby mieć pod ręką. Kiedy po godzinie wróciłem do chorąj, znalazłem ją w stanie znacznie gorszym. Bóle w kwadrans po moim odejściu ustały i od owój chwili już nie wróciły, krwotok coraz silniejszy zużywał ostatki sił rodzącej, której twarz i kończyny górne i dolne zimne, mroczyki przed oczami, ciągłe mdłości, tętno nitkowate niedomacalne — ubytek krwi w najwyższym stopniu wykazywały. Ujście maciczne jednakże było więcej rozwarło, mając w średnicy około 2ch cali,

brzezi były miękkie i podatne. Przy tym stanie rzeczy nie można było dłużej czekać: należało kobietę ratować, wydobywając dziecko jak najspieszniej. Jedno właściwie tutaj przedstawiało się wskazanie, mianowicie zrobić obrot na nóżki i przez pociąganie wydobyć dziecko. Wszelako pamiętając o tém, jak często-kroć przy obrotach, przy zupełnym braku bólów porodowych, mianowicie zaś przy zwięzaniu miednicy, wydobywanie główki jest trudnym i mozolnym i jak wiele się w owych przypadkach traci czasu: postanowiłem, gdy mi zwłaszcza o to chodziło, aby poród jak najspieszniej ukończyć, spróbować, czy nie uda mi się za pomocą kleszczy główkę przez wejście miednicy przeprowadzić i na zewnątrz wydobyć, co gdyby się nie udało, miałem zamiar dokonać obrotu na nóżki. W celu więc zaprowadzenia kleszczy wsunąłem rękę prawą wysoko obok główki, przy czém uczułem jak końce palców moich spoczęły na ciele miękkim, gębczastém, które, przy wprowadzeniu ręki jeszcze wyżej, rozpoznałem za zupełnie odklejone łożysko. Kleszcze dały się z łatwością wprowadzić i uchwyciły główkę dziecka doskonale. Ta część zadania była najłatwiejsza. Trudniejszym i niemożliwym okazało się przeprowadzenie główki przez ujście miednicy. Wytężywszy wszystkie siły na pociąganie, przekonałem się, że usiłowania moje były nadaremne, i zmuszony byłem wyjąć kleszcze, aby przystąpić do obrotu. Obrot sam dał się z łatwością wykonać i przy wprowadzeniu ręki miałem sposobność stwierdzić jeszcze lepiej zupełne odklejenie łożyska i przepełnienie jamy macicy skrzepami krwi. Wyciągnięcie dziecka było nadzwyczaj trudne, bólów zupełnie nie było, a dziecko było duże. Przyczyniał się do tego i brak sił z mojej strony, zużytych przy pociąganiu kleszczami. Wreszcie zmęczony i bezsilny wydobyłem barki dziecka, lecz tu nastąpiło to, czego się od początku obawiałem, t. j. zaklinowanie główki. Wszelkich znanych sposobów wywiązywania jój używałem, lecz nadaremnie: główki z miejsca poruszyć nie mogłem. Dodać tu muszę, że siły do tego stopnia mnie opuściły, iż ręce moje mdlały i znaczniejszego natężenia wykonać nie były w stanie. Byłem wreszcie zmuszony wezwać jednego z kolegów, który przy świeżych siłach i wielkim ich natężeniu wreszcie dziecko

wydobył. Dziecię nieżywe było donoszone, płci męskiej; razem z wydobyciem główki wypadło odklejone łożysko, a po niem wydobyłem znaczne skrzepy krwi.

III *Przewodniczący* (p. Tyrchowski) opowiada przypadek zwężenia miednicy stopnia drugiego i dokonanego w klinice położniczej wymóżdżenia.

Terlecka Zofia, lat 30 licząca, po raz pierwszy w ciąży, przybyła do kliniki położniczej w dniu 21. września. Zaszła w ciążę dwa tygodnie po ostatniej regularności, która wypadła na początku listopada 1863. r. Przebieg ciąży był prawidłowy. Wzrostu jest małego, albowiem wysokość ciała jęj wynosi tylko $2\frac{1}{4}$ łokcia. Zmniejszenie to wzrostu przypisać należy skrzywieniu kręgosłupa, który już w okolicy pierwszych kręgow piersiowych zbacza ku stronie prawej, w okolicy 9. kręgu piersiowego przechodzi na stronę lewą i w tym kierunku pozostaje aż do dołu tak, że i podstawa kości krzyżowej ku stronie lewej jest ściągnięta i przechylona. Zboczenie od linii ciała pionowej, mniejsze w okolicy kręgow piersiowych, wynosi $\frac{3}{4}$ cala, większe nierównie zboczenie dostrzega się w okolicy kręgow lędźwiowych, wynosi bowiem $1\frac{3}{4}$ cala. Wyrostki kolczyste kręgow w dolnej części kręgosłupa skierowane są więcej na prawo i wygięte ku tyłowi. Z powodu przechylenia kości krzyżowej ku stronie lewej szerokość pośladków jest nie jednakowa, oba dość płaskie, powierzchnia tylna kości krzyżowej bardzo mało wypukła. Miednica przechylona ukośnie ku stronie lewej, grzebień kości biodrowej prawej wyżej od grzebieńia lewego o 2 cale umieszczony. Budowa klatki piersiowej prawidłowa, kończyny proste. Przyczyny tej niekształtności rodząca dokładnie oznaczyć nie umie, utrzymuje tylko, że bardzo małą jeszcze była, gdy ją przełamano. Ponieważ przy tak znakomitęm skrzywieniu kręgosłupa i zmienionęm ztąd położenia kości krzyżowej należało się spodziewać zmian w objętości samej miednicy, które na przebieg porodu szkodliwy wpływ wyrzeć mogły: dla tego staraliśmy się otrzymać dokładną świadomość wymiarów miednicy, jużto zewnętrznych, już tóż wewnętrznych. Wymierzania miednicy dopełniano narzędziami podanemi przez Baudelocq'ua, Steina i Kiwisch'a. Wypadki otrzy-

mano następujące: *conjugata externa* ma długości 6" 3"; *diagonalis* 3" 10", *vera* 3" 2". Odległość największego wygięcia grzebieni biodrowych 11", największa wyrostków kolczystych biodrowych górnych 10 1/2", kąt nachylenia miednicy do poziomu 42°. Miednica zatem jest szczuplejszą w wymiarze przodkowym wchodu, wymiary poprzeczne prawidłowe. Wzgórek kości krzyżowej z łatwością dosięgnąć się daje. Połowa prawa miednicy wyraźnie jest obszerniejsza od połowy lewej. Spojenie kości łonowych znajduje się prawie w linii ciała środkowej. Rzekome górne kręgi kości krzyżowej wydane ku przodowi; dolne wszakże większego, niż zwykle, wygięcia nie przedstawiają. Wymiary wchodu miednicy prawidłowe. Miednica zatem jest nie symetryczna, połowa jej prawa obszerniejsza, wymiar przodkowy wchodu krótszy, zwężenie miednicy w stopniu 2im. Skrzywienie kręgosłupa spowodowało skrócenie jamy brzusznej, a zmniejszenie jej przestrzeni zniewoliło macicę do znakomitego przechylenia ku przodowi; ztąd obwód brzucha tak wielka, że w postawie ciała stojącej pępek niżej się znajduje od górnego brzegu spojenia kości łonowych. Obwód brzucha wynosi cali 36 1/2. Bicie serca dziecięcia słychać po prawej stronie cokolwiek powyżej pępka. Stan zdrowia ogólny dobry. Bole porodowe rozpoczęły się przed 24 godzinami, są dosyć częste i dotkliwe, ujście maciczne rozwarte na wielkość 2 groszy, zwrócone ku spojeniu krzyżo-biodrowemu prawemu, brzegi cienkie, pęcherz się stawia, wód płodowych za pęcherzem ilość znaczna, przez sklepienie od przodu i od strony prawej widzieć można główkę, pochwa wilgotna. Dnia 22. z rana zmiany wyraźnej nie ma, bole są dosyć częste i dotkliwe, pęcherz naprężony, otwór uścia prawie jednakowy. Kąpiele letnie ogólne, wewnątrz *aq. laurocerasi*. Wieczorem tegoż dnia ujście rozwarte na wielkość 4 groszy, dolny odcinek macicy obniżył się, bole przychodzą często, są bardzo dotkliwe i z tego powodu rodząca niespokojna, miejsca sobie znaleźć nie może, przerzuca się z boku na bok, wstaje, chodzi. Podano 3 razy po 5 kropli makowcowych (*linct. opii*) i powtórzono kąpiele letnie. O g. 2ej w nocy wśród ciągłych i przykrych bólów pęcherz pękł, wody odeszła znaczna ilość, główka niżej opuściła

się, otwór ujścia jednak nie większy od 5 złotówki, brzegi cienkie, nie gorące i nie bolesne. Macica po odejściu wody płodowej zmniejszyła swoją objętość. Bole stają się coraz silniejsze, postęp wszakże porodu opieszawy; serce dziecięcia bije, jakkolwiek poruszenia dziecka są mniej wyraźne. Dnia 23. o godzinie 8ej z rana ujście rozwarło na rubla, główka we wchodzie miednicy, tworzy się przedgłowie, bole są silne, bicie serca dziecięcia słabsze i wolniejsze, rodząca niespokojna, krzyczy, narzeka. O godzinie 10ej z rana różnica niewielka, główka cokolwiek niżej zsunięta, przedgłowie wyraźniejsze, brzegi ujścia grubsze, ale podatne, otwór ujścia większy od rubla, bicie serca dziecięcia nie słychać wcale. Poród nie postępuje, rodząca niespokojna, głośno domaga się pomocy. Zachodzi pytanie, czy można dalszy przebieg zostawić siłom natury, czy też udzielić pomoc rodzącej i jakiego rodzaju? Za udzieleniem czynnej pomocy przemawia dotychczasowy przebieg porodu, który mimo wysiłen rodzącej nie postępuje. Część przodująca, zatrzymana ścieśnioną miednicą, w jednej pozostaje wysokości; nie ma nadziei, aby rzeczy same przez się lepszy obrot wzięły. Postanowiliśmy więc poród przyspieszyć, nie tyle dla uratowania dziecka, którego życie było więcej niż wątpliwe, jak raczej dla ulżenia cierpieniom matki. Nie będąc pewni stosunkowej objętości główki, jakoteż możliwej jej ściśliwości, postanowiliśmy sposobem próby założyć kleszcze. Wprowadzenie i zamknięcie udało się dosyć łatwo, wszakże przy powtórzonych pociąganiach można się było łatwo przekonać, że przeprowadzenie główki przez miednicę kleszczami nie da się wykonać bez narażenia matki na niebezpieczeństwo. Wyjęto więc kleszcze, a gdy śmierć dziecięcia była pewną, (bicie serca nie słychać było dłużej w miejscu pierwiej oznaczonym), w celu snadniejszego przeprowadzenia zmniejszonej w swęj objętości główki dokonano wymóżdzenie za pomocą trepanu Brauna. Mózg wypłynął w znacznej ilości; mimo tego, pociągając palcem do otworu w czaszce zrobionego wprowadzonym, główki nie można było ściągnąć. To nas skłoniło do założenia kefalotryby (Brauna) w wymiarze ukośnym drugim, (położenie bowiem było czaszkowe 1); a gdy po dopełnioném zgruchotaniu czaszki główka jeszcze

opór stawiała i ramiona kefalotryby zsunęły się, założono kefalotrybę powtórnie i, skierowawszy ramiona w wymiar przodkowy miednicy, przeprowadzono główkę wymiarem poprzecznym jamy, a następnie ukośnym wychodu miednicy. Reszta ciała z łatwością wydobyta została. Łożysko wyjęto po 5 minutach. Krwotok był umiarkowany. Dziecię płci męskiej, donoszone, miało długości cali 19. Główka zgniecioną była w wymiarze poprzecznym. Połóg odbył się w sposób zupełnie prawidłowy, nie było żadnego uszkodzenia części miękkich. Śródkrocze pozostało w całości. Położnica dnia 5. września r. b., t. j. 14. dnia po odbytych porodzie opuściła klinikę.

Posiedzenie 20te, dnia 11. października 1864. r.

Przewodniczący Oddziału p. Tyrchowski.

I. Wyklucie samodzielne (*evolutio spontanea*). II. Zranienia pochwy u kobiety ciężarnej. III. Poród bliźniaków. IV. i V. Odra; płonica.

Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto, poczem —

Przewodniczący opowiedział dwa przypadki akuszeryjne następujące:

Iszy było przypadek samodzielnego wyklucia (*evolutio spontanea*). C. S., lat 28 licząca, drugi raz rodzi. Przed dwoma laty urodziła dziecię żywe i zdrowe. Obecnie poród rozpoczął się dnia 5. października r. b. Po odejściu wód płodowych rozpoznano położenie poprzeczne, jednakże dopiero po upływie wielu godzin zawezwany lekarz usiłował wykonać obrot, atoli bezskutecznie. Przywieziono rodzącą do kliniki położniczej d. 6. października o godzinie 8. z rana. Rączka lewa z otworu sromnego po łokieć wysunięta, grzbiet dziecka zwrócony ku przodowi, główka wysoko od strony prawej, macica mocno obciągnięta na dziecku; bole dosyć silne przychodzą często, mimo tego tułów trzyma się dosyć wysoko, ujście zupełnie otwarte. Dziecię prawdopodobnie nie żyje, albowiem bicia serca wcale dosłyszeć nie można. Po umieszczeniu rodzącej na łożu poprzecz-

ném, wprowadzono rękę w celu zrobienia obrotu na nóżki, atoli mimo dokładnego zachloroformowania rodzącej macica w okolicy ujścia wewnętrznego tak silnie kurczowo była obciągnięta na dziecku, że dalsze przeprowadzenie ręki okazało się niepodobnym. Unikając przeto gwałtowniejszego działania, któreby niezawodnie rozdarcie macicy spowodować mogło, zaniechano chwilowo operacyi i dla zniesienia kurczu umieszczono rodzącą w ciepłej kąpieli. Po upływie trzech kwadransów bole stały się bardzo silnemi i rączka coraz bardziej z pochwy występować zaczęła. Zaledwie zdołano kobietę ułożyć na łóżku gdy nastąpił poród przez wyklucie samodzielne (*evolutio spontanea*) bez użycia jakiegobądź sztucznej pomocy. Dziecię płci żeńskiej było donoszone, 20 cali długie, nieżywe, śmierć jego prawdopodobnie na wiele godzin przedtém już nastąpiła. Położnica pozostała w klinice przez dni 10 (do d. 16. października); przebieg położu był zupełnie prawidłowy.

II. W przypadku 2im miało miejsce zranienie pochwy u kobiety ciężarnej. K. F., lat 40 licząca wyrobnicą, po 9y raz w ciąży w 8ym miesiącu będąca, dnia 10. października wracając do miasta na wozie drabiniastym, skutkiem złamania się poręczy i szczebli spadła na bruk z toczącego się wozu. Przywieszona w krótkce po zaszłym przypadku do kliniki, na krzyżu i kończynach dolnych liczne przedstawiła sińce, nadto z otworu sromnego wypływała krew' w znacznej ilości. Brzuch jednak nie bolał, kurczeń macicy nie było. Ilość krwi odpływającej, obfite skrzepy pochwę wypełniające naprowadzały na myśl obecności krwotoku macicznego, odklejeniem łożyska spowodowanego. Po bliższém jednak zbadaniu okazało się, że krew' nie odpływała z macicy, ale z pochwy, która powyżej otworu sromnego w długości jednego cala rozdarta została zapewne przez jeden ze szczebli drabki połamanej. Krwotok w krótkce dał się zatamować. Po 8 dniach pobytu w klinice ciężarna zupełnie zdrowa wróciła do domu. Wstrząśnienie tak gwałtowne, stłuczenie tak silne, jakotóż znakomita krwi utrata nie wywarły szkodliwego wpływu na przebieg ciąży, rana pochwy zagoiła się prawie zupełnie.

III. *Zastępca przewodniczącego* (p. Konitz) opowiedział kolegom przebieg porodu bliźniaków. Poród był przedwczesny, w 7. miesiącu ciąży. Oba płody przedstawiały się w położeniu pośladkowym. Poród odbył się szczęśliwie, ciekawym zaś było, że błony płodowe dla obu płodów były jedne. Sznurki pępkowe były w węzły poplątane, prawdopodobnie w skutek ruchów, które płody w jednym worku zawarte wykonywały. Dzieci były płci męskiej obumarłe i nadgniłe. Przedwczesny poród matka, mnogorodząca, przypisuje silnemu zmartwieniu.

IV. P. Apte opowiedział o nadwyzczaj rzadkiem zakończeniu odry, którego nie zdarzyło mu się w licznie spostrzeganej wysypce spotykać. Chłopczyk 6-letni w okresie znikania odry dostaje gorączki z oddechem utrudnionym. Zajęcia płuc wysledzić nie można było. Gorączka miała charakter tyfoidalny, połączona była z bezsennością i częstym zrywaniem się. Po 3ch dniach zaczęła występować wysypka pod postacią pęcherzy (*pemphigus*), z których najmniejszy był wielkości orzecha laskowego. Wysypka rozprzestrzeniła się po całej powierzchni ciała, okres wysypywania trwał 35 godzin i w miarę wysypywania gorączka i ciężkość oddechu ustępowały. Pęcherze były nie długo trwałe, pękały i tylko na powierzchni, na której chłopczyk leżał, naskórek ścierał się. W ośm dni chłopczyk był zdrow.

V. W końcu posiedzenia zwrócono uwagę na choroby panujące u dzieci. P. Dudrewicz przytacza, że zdarzyło mu się kilka przypadków płonicy (szkarlatyny), której przebieg w ogóle jest bardzo łagodny. Z tego względu zrobiono uwagę, że epidemie płonicy z rozmaitym objawiają się gwałtownością, i że, kiedy niektóre bardzo lekko przebiegają, inne z tak gwałtownymi objawami występują, że trudno jest ocalić którekolwiek z dzieci dotkniętych. Taką mianowicie miała być epidemia, która w 1857. r. w Warszawie panowała. P. Apte i Chwat płonicy nie widzieli, natomiast zaś zauważali dosyć często pojawiające się przypadki odry, która mianowicie przy powikłaniu z kokluszem staje się groźną dla dzieci. Zauważano wreszcie, że w obu tych cierpieniach zdolność zarażenia bywa rozmaita,

i że kiedy z jednej strony dzieci zupełnie od chorych oddzielone wysypce podlegają, to z drugiej znowu zdarza się, że wśród rodziny, w której wszystkie dzieci chorują, jedno z nich, jakkolwiek w ciągłej z choremi będące styczności, wysypki nie dostaje.

Dr. Jan Braun.

ODDZIAŁ ANATOMII, FIZYOLOGII I NAUK PRZYRODNICZYCH.

Posiedzenie 15e, dnia 31. stycznia 1865. r.

Przewodniczący p. Hoyer.

I. Wybory. II. O kurarze. III. Okazy drobnowidowe.

Po odczytaniu i przyjęcia protokołu z poprzedzającego posiedzenia—

I. Przystąpiono do wyboru dorocznych urzędników oddziałowych na rok bieżący, skutkiem czego wybrani zostali większością głosów: na przewodniczącego p. Henryk Hoyer, na zastępcę przewodniczącego p. Włodzimierz Brodowski, a na sprawozdawcę Stanisław Chomętowski.

II. P. Szokalski wspomina o ostatnich poszukiwaniach Kl. Bernarda nad działaniem fizyologiczném kurary. W pracy tej głównie zwrócona jest uwaga na wydzielanie się kurary z organizmu za pośrednictwem moczu. Jeżeli zwierzę, otrute kurarą, zostało ocalone, wówczas mocz jego zawiera całą prawie ilość przyjętej trucizny i działa trująco na inne zwierzęta. Porażenie spowodowane przez kurarę objawia się najprzód na mięśniach wykonywających ruchy dowolne, następnie na mięśniach ruchów mimowolno-dowolnych, a w końcu dopiero na mięśniach mimowolnego ruchu. Dla tego pierwój następuje bezdłwad mm. oddechowych, a znacznie później porażenie ruchu kiszek. Kl. Bernard odtruwał zwierzęta zatrute kurarą w ten sposób, że truciznę wprowadzał do członka zaciśniętego tak, że przewiązka dozwalała tylko w bardzo niewielkiej ilości wchodzić kurarze w obieg krążenia krwi; w tych też przypadkach porażenie mięśniów oddechowych nie miało

miejsca i cała ilość użytego środka została z moczem wydalona. Pewien pułkownik brazylijski miał używać ze skutkiem pigułek z kurary, cierpiąc na padaczkę.

III. *Przewodniczący* (p. H o y e r) okazywał pod drobnowidem następujące okazy: *a)* nastrzyknięte kanaliki moczowe; *b)* naczynia włoskowate mózgu; *c)* naczynia chłonicze powierzchniowe z jądra; *d)* naczynia gruczołów ślinnych; *e)* naczyniówkę oka; *f)* wyrostki rzęskowe i tęczę; *g)* przecięcie gruczołu chłoniczego.

Stanisław Chomętowski.

ODDZIAŁ CHORÓB UMYSŁOWYCH, NERWOWYCH I PSYCHIATRYI SĄDOWÉJ.

Posiedzenie 1sze, dnia 14. grudnia 1864. r.

Przewodniczący Oddziału p. Krysiński.

I. Otworzenie posiedzeń Oddziału przez prezesa Towarzystwa. II. Wybory. III. Słownictwo chorób umysłowych. IV. Podział chorób umysłowych. V. Zaproszenie.

1. Po zebraniu się członków Oddziału w Bibliotece Towarzystwa, prezes (p. N a t a n s o n), zabrawszy głos, wynurzył nadzieję, że prace nowo utworzonego Komitetu przyczynią się bezwątpienia do postępu w kraju naszym tak ważnych nauk lekarskich gałęzi, jak psychiatrii i w ogóle nauki o chorobach systematu nerwowego. Następnie oświadczywszy, że posiedzenia oddziałowe należy uważać jako otwarte, zawiadzał obecnych do wyboru na rok następny *przewodniczącego* i *sprawozdawcy*.

II. Wybrani zostali większością głosów: na *przewodniczącego* p. Ildefons Krysiński, na *zastępcę przewodniczącego* p. Romuald Płaskowski, a na *sprawozdawcę* Stanisław Chomętowski.

III. P. N a t a n s o n wnosi, aby pierwszą pracą Oddziału było ustalenie słownictwa (nomenklatury) chorób umysłowych.

P. Lubelski przypomina, że w aktach Komitetu słownictwa lekarskiego, przy Towarzystwie naszym ustanowionego, znajdują się już określone niektóre wyrazy, odnoszące się do działu chorób umysłowych.

P. Płaskowski wynurza zdanie, że terminologia w mowie będąca jest zupełnie niedokładnie obrobiona. Niektóre wyrazy trącą trywialnością, tak np. *coma* nazwana jest *zachwatem*; inne znowu wyrażenia zupełnie niejasno rzecz mają, *melancholia* np. nosi nazwę *zadumy*, tak jak gdyby chorzy, téj chorobie podlegli, byli tylko ciągle zadumani.

Według p. Natanson'a, wiele wyrazów ze słownictwa, o którym wspomina kol. Lubelski, jako od wieków w języku naszym istniejące i przyjęte, mogą być i w nowéj terminologii pozostawione; życzyć nadto wypada, aby wyrażenia będące obecnie w użyciu w psychiatrii zostały spisane: tym tylko sposobem powstanie materyał niezbędny do utworzenia nowego słownictwa.

P. Płaskowski radzi, aby w mającém się wypracować słownictwie, obok wyrazów nowo utworzonych, umieszczać jako jednoznaczniki (synonimy) nazwy dawniej wprowadzone, mianowicie wyrażenia używane dotąd przez władze lekarskie i sądowe.

P. Frydrych mniema, że po wypracowaniu nowego słownictwa należy takowe zakomunikować Radzie Lekarskiej Królestwa.

IV. P. Lubelski uważa ustalenie podziału (klasyfikacji) chorób umysłowych, jako pracę również naglącą, jak i utworzenie terminologii psychiatrycznej.

P. Natanson. Kwestya podziału chorób umysłowych nie może być dostatecznie rozwiązana, sama psychologia bowiem nie jest nauką zupełnie ścisłą.

P. Płaskowski radzi przy podziale chorób umysłowych rozróżnić: 1) choroby pochodzące od zбочeń rozumu; 2) od zбочeń uczucia; i 3) od zбочeń przyrzędu nerwowo-zwojowego (ganglionarnego).

P. Lubelski zaleca podział chorób umysłowych podany przez Giovanni di Vico w dziele p. t. *Scientia nova*,

a przyjęty przez J e s s e n a. Zasadnicze trzy działy téj klasyfikacji są: *amentia*, *dementia* i *vesania*.

P. N a t a n s o n sądzi, że zboczenia przyrzędu nerwowo-zwojowego nie mogą stanowić bezpośredniej przyczyny chorób umysłowych; mogą one stanowić jedynie przyczynę pośrednią, przyczynę zaś bezpośrednią chorób umysłowych należy odnieść wyłącznie do zboczeń w naszym mózgu powstałych.

Sprawozdawca (St. C h o m ę t o w s k i). Przy podziale chorób umysłowych dwojaki kierunek należy mieć na względzie: anatomiczny i symptomatyczny. Pierwszy, to jest anatomiczny, mógłby bezwzględnie być przyjętym za zasadę do klasyfikacji w mowie będącej, gdyby pewnym objawom klinicznym odpowiadały pewne i znane zmiany anatomiczne. Gdy wszakże dotąd jedna tylko ze znanych form chorób umysłowych, to jest bezwład postępowy u obłąkanych (*paralysis progressiva*), odznacza się stałymi zmianami anatomicznymi w mózgu mającymi siedlisko, przy innych zaś postaciach cierpień umysłu stałe zmiany anatomiczne nie dają się dotąd z pewnością oznaczyć: przeto zmuszeni jesteśmy przybrać do pomocy przy układaniu podziału w psychiatrii całą gromadę objawów choroby umysłowe cechujących. Ponieważ zaś objawy te odnoszą się tak do dziedziny cielesnej czyli materialnej chorego, jak i do duchowej czyli psychicznej: przeto wyłączone ugrupowanie tych ostatnich (objawów psychicznych), nie może posłużyć za zasadę do utworzenia postaci chorobnych w psychiatrii. Podział wyłącznie zresztą oparty na objawach będzie tracił na wartości, gdy, w miarę rozwoju anatomii patologicznej chorób umysłowych, pewnej gromadzie objawów klinicznych będą odpowiadać stałe i znane zmiany anatomiczne. W końcu sprawozdawca zwraca uwagę na stałą dążność rozwijania w nauce kierunku anatomicznego, a mianowicie na poszukiwania dokonane w roku bieżącym przez L e i d e s d o r f a, wykazujące zmiany patologiczne w naczyniach włoskowatych istoty korowej mózgu szarej przy świeżych przypadkach manii i melancholii, odznaczających się ostrym przebiegiem.

P. Natanson zwraca uwagę na ważność objawów psychicznych przy układaniu klasyfikacji chorób umysłowych. Przy badaniu zjawisk psychicznych wolę uważać należy nie jako odrębny organ duchowy, lecz tylko jako wynik z działania rozumu i uczucia na ruchy.

Sprawozdawca (St. Chomętowski) sądzi, że przy niemożliwości jednostronnego zapatrywania się na choroby umysłowe bądź ze stanowiska wyłącznie materialnych zmian i objawów, bądź ze stanowiska czysto psychicznego, należy uwzględnić przy dokonaniu się mającej klasyfikacji tak nazwaną *szkołę realną*, której najznakomitszym przedstawicielem dzisiaj jest Falret (ojciec), jako łączącą oba dopiero co wzmiankowane kierunki.

W końcu p. Natanson radzi przy podziale chorób umysłowych odróżniać formy chorobne od objawów, podając za przykład obłąd wielkości (*Grösse-Wahn*), który nie jest oddzielną postacią nozologiczną, lecz tylko objawem psychicznym.

V. Na wniosek p. Lubelskiego postanowiono zaprosić dra filozofii Struvego, profesora psychologii w Szkole Głównej, aby jako gość zechciał przyjąć udział w posiedzeniach Oddziału, ze względu, że przy badaniu chorób umysłowych pytania dotyczące samej psychologii niejednokrotnie mogą być rozbieżnymi.

Stanisław Chomętowski.

POSIEDZENIA OGÓLNE.

Posiedzenie 4te, d. 7. lutego 1865. r.

Prezes kol. Natanson.

I. Czynności administr. II. Wypilowanie piszczeli. III Wycięcie guza szczęki górnej. IV. Sprawozdanie. Wypilowania stawu łokciowego. V. Wywichnienie ramienia. Wyluszczenie wola (*struma vasculosa*). VI. Padaczka (*epilepsia*) w następstwie kiły (*sypylis*). VII. O chloroformowaniu.

Obecnych członków 15 i pan dr. Małek z Kijowa, jako gość.

Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. *Prezes* składa reskrypt Komisji Rządowej spraw wewnętrznych, który zawiadamia Towarzystwo o zatwierdzeniu wyboru członków-urzędników na rok 1865. Takowy złożono do akt.

Dr *Kinderfreund* nadsyła Towarzystwu sprawozdanie z czynności lekarskich w oddziale szpitalu starozakonnych w Warszawie za rok 1862. z prośbą o zaliczenie go do liczby członków czynnych Towarzystwa. Przedstawiają go koll. *Konitz* i *Korzeniowski*. (Sprawozdawca koll. *Konitz*).

Sekretarz roczny (*J. Braun*) odczytuje protokół 16. posiedzenia Oddziału położnictwa, chorób kobiecych i dzieci.

II. Koll. *Chwata* przedstawia Towarzystwu dwóch chorych przez siebie operowanych, przytaczając historią ich cierpienia.

Pierwsza chora jest dziewczyna około 17 lat mająca, dotknięta od dzieciństwa cierpieniem prawej nogi. Daremnie leczona przez długi czas, przybyła do szpitalu starozakonnych pod opiekę koll. *Chwata*, który z początku wrzód na nogi starał się zagoić, co mu się wszelako nie udało. Śledząc głębiej, znalazł cierpienie kości, które gojeniu się wrzodu stawało na przeszkodzie. Mając zwyczaj przy wrzodach nogi, polegających na cierpieniu kości, część kości dotkniętej oddłutowywać, chciał i w tym przypadku to samo uczynić. Obnażywszy wszelako kość, przekonał się, że cierpienie za daleko jest posunięte i nie pozostawało mu nic innego, jak zrobić wypiłowanie (*resectio*) piszczeli. Okostna w zupełności dała się oddzielić; za pomocą piłki łańcuszkowej dokonał wypiłowania części górnej piszczeli w długości 5 ½ cala. Chora po operacji leżała 7 miesięcy, teraz zaś, w 9 miesięcy po operacji, operowana chodzi i część kości wypiłowanej zupełnie jest odrodzona, jak się Towarzystwo o tém naocznie przekonało.

Koll. *Korzeniowski* twierdzi, że przypadek ten należy do najrzadszych i że jest drugi, który mu się zdarza widzieć. Zachęca kolegę *Chwata*, aby takowy ogłosił.

III. Drugi chory, przez kolegę *Chwata* przedstawiony, jest chłopczyk 12-letni, imieniem *Lewek Warschauer*. Przybył

on do szpitalu starozakonnych z guzem twardym wielkości małego jaja kurzego, poczynającym się od wyrostku zębodołowego szczęki górnej strony prawej, rozciągającym się do środka podniebienia twardego i pokrytym błoną śluzową. Kol. Chwat postanowił zrobić wycięcie (*resectio*) wyrostku zębodołowego, dla oddalenia rzezonego guza. Po wyjęciu zębów przystąpił do operacji. Poprowadziwszy cięcie, poczynające się na 4 linie powyżej kąta ust, ku górze do wyrostku licowego, oddzielił błonę śluzową wraz z okostną od strony zewnętrznej wyrostku zębodołowego. Następnie za pomocą piłki oddzielił przednią część kości przerostej od ostatniego zęba siecznego, i za pomocą dłuta i młotka przebił w około guza kość szczęki górnej aż do ostatniego zęba. Ująwszy następnie guz szczypcami Langenbecka, wychylił takowy z jamy szczękowej (*antrum Highmori*). Jama szczękowa pozostała otwartą i dostępną dla oka przez jamę ustną, części oddzielające jamę nosową od jamy ustnej pozostały nie naruszone, brzegi rany policzka zaszyto; krwawienie było nieznaczne, a operacją uskuteczniiono bez użycia chloroformu. Zarośnięcie brzegów nastąpiło *per primam intentionem*. Kolega Chwat przedstawia Towarzystwu chłopczyka, który cieszy się zupełnym zdrowiem, otwór do jamy szczękowej pozostał. Guz sam twardy przedstawia na powierzchni swojej przepiłowanej gładkość i twardość podobną do tej, którą posiadają zęby.

Kol. Helbich robi uwagę, że w ogóle narośle kostne rozwijające się w szczęce mają twardość podobną do kości słoniowej.

Sekretarz stały (kol. Szokalski) powiada, że i w blaszce sitowej rozwijające się narośle takieżże samą bywają natury.

IV. Kol. Chwat odczytuje następnie sprawozdanie z rozprawy inauguralnej doktora Sommera „o wypiłowaniu stawu łokciowego. Warszawa 1864.“, podanej Towarzystwu przez autora w celu przyjęcia go na członka Towarzystwa.

Sprawozdanie to wywołuje niektóre uwagi kol. Korzeniowskiego. Niezgadza się on ze sprawozdawcą, który robi zarzut autorowi, że wypiłowanie zbyt bezwzględnie zaleca, odzrucając wyczekiwanie, za którym sprawozdawca przemawia.

Kol. Korzeniowski w tym względzie jest zdania autora, mianowicie przy ranach postrzałowych, i opiera twierdzenie to na wypadkach statystycznych, które Baudens podaje przy wypielowaniach stawu ramieniowego. Na 26 przypadków zranień stawu ramieniowego w 11 przypadkach zrobiono natychmiastowe wypielowanie. Z tych 11 przypadków 10 było uwieńczonych pomyślnym skutkiem. W 15 przypadkach, w których miało miejsce wyczekiwanie, 8 chorych umarło w skutek ropnicy (*pyaemia*), u 3ch musiano w późniejszym czasie przystąpić do wypielowania, a w 4ch przypadkach przy wyczekiwaniu tworzyły się zatoki, które naraziły życie chorych i zwlekały powrót do zdrowia. Mercier, który postrzałem w roku 1848. w Algierii był raniony w staw ramieniowy i u którego również zastosowano wyczekiwanie, chorował do roku 1853. i przez ten czas otworzono mu 68 ropni utworzonych w około zajętego stawu.

Kol. Wilczkowski podobny widział przypadek u oficera francuzkiego, który, raniony w staw ramieniowy, chorował przeszło rok i któremu w ciągu tego czasu olworzono 40 kilka ropni.

Sekretarz stały robi uwagę, że należy rozróżnić powody, dla których się robi wypielowania i zwrócić uwagę na stan ogólny chorego. Co do ran postrzałowych, jest zdania kol. Korzeniowskiego, w przypadkach tych bowiem po wypielowaniu ropnica bywa nierównie rzadsza. Rzeczą ważną przy dokonywaniu wypielowania jest jeszcze i to, że pozostaje się ruchomość stawu, gdy tymczasem ta przy wyczekiwaniu miejsca nie ma.

Kol. Helbich powiada, że dawniej, kiedy nie znano jeszcze wypielowania, przy ranach postrzałowych robiono amputacją, albowiem przy wyczekiwaniu następowało obfite ropienie, ropnica i najczęściej śmierć.

Kol. Chwat odpowiada, że z czynionych tu zarzutów zdawałoby się, jakoby zupełnie odrzucał wypielowanie, gdy tymczasem tak nie jest. Sam ją nieraz wykonywał i skutki, jakie otrzymał, były tego rodzaju, że go i na przyszłość do wykonywania téj operacji zachęcają. Powiada wszelako, że w przypad-

kach zranień stawowych, gdzie ma nadzieję zachować staw, przekłada postępowanie wyczekujące.

V. Kol. Korzeniowski opowiada dwa przypadki chirurgiczne.

1. Obywatel O., spadłszy z bryczki, wywichnął ramię. Przez 6 tygodni po wydarzonym przypadku usiłowania nastawienia były daremne, co go zagniło do przybycia do Warszawy. Główka kości ramieniowej była wywichnięta na przednią powierzchnią klatki piersiowej pod obojczykiem. Należało tu zastosować wielką siłę wyciągającą. Obawiając się wszelako przypadku Guérin'a, kol. K. założył pętlę wyciągającą na samo ramię, opatrzone kompresą zimną i przymocowaną bandażem. Następnie, założywszy pętlę przeciwciągnącą i przygotowawszy nożyczki Sedillota dla natychmiastowego przerwania wyciągania w razie potrzeby, zaczął takowe i doprowadził je do siły 200 kilogramów. Główka wywichniętej kości poruszyła się z miejsca, pod skórą wszelako przy dotykaniu można się było przekonać, że wiązka naprężona wstrzymywała ją. Za pomocą tenotomu kol. K. przeciął takową podskórną i podniósł siłę wyciągającą do 600 funtów. Wtedy główka przyszła do równi ze stawem ramieniowym, co gdy nastąpiło, kol. K. przeciął pętlę wyciągającą, główka wpadła w staw, a po 12 dniach chory mógł rękę swoją używać.

Przypadek 2gi tyczy się młodej dziewczyny dotkniętej wolem (*struma*). Na przedniej powierzchni rozpoznano wyniosłości napełnione płynem (*cystis*). Zrobiono nakłócie, po którym wyciekło krwi około uncyi. Kol. Le Brun postanowił wole oddalić. W tym celu zrobił skośne cięcie wzdłuż najdłuższego wymiaru gruczołu, przeciął blaszki powięziowe i dokonał wyłuszczenie gruczołu palcami przy pomocy kol. Korzeniowskiego. Doszedłszy prawie do dna, napotkał drugi mniejszy gruczoł, który również został wyłuszczony. Podwiązano 8 tętnic. Po otrzeźwieniu chorą z odurzenia chloroformowego nastąpiły wymioty i krwotok z żyły szyjnej zewnętrznej (*v. jugularis externa*), który zatamowano. Ułożono chorą bez opatrunku i przykładano zimną wodę. O 3ej po obiedzie tegoż dnia kol. K., odwiedzwszy operowaną, zastał małe krwawienie

i podwiązał jeszcze jedną małą tętnicę. Wieczorem około godziny 9ej krwawienia zupełnie nie było i założono opatrunek. Nazajutrz po operacji gorączka była silna, która wszelako na 3. dzień znacznie się zmniejszyła i dziś zupełnie już ustąpiła. Waga wyłuszczonego gruczołu wynosi funt; wymiar podłużny gruczołu wyłuszczonego, również jak i poprzeczny, równa się 12 centimetr., mniejszego gruczołu 4 cent. Wole wyłuszczone było t. zw. *struma vasculosa*.

VI. Kol. Chomętowski opowiada przypadek padaczki (*epilepsia*) w następstwie choroby syfilitycznej. U jednego z kolegów na prowincyi, dotkniętego kiłą (*syphilis*) przed 9 laty, objawił się przed rokiem na twarzy *lupus*, który prof. Dietl w Krakowie uznał za nie swoisty (niespecyficzny), prof. Hebra zaś w Wiedniu za swoisty. Powróciwszy do kraju, chory dostał napadów padaczkowych, które występowały bardzo gwałtownie, bez znaków przepowiednich (*aura sensitiva aut muscularis*). Na kości ciemieniowej prawej pojawiła się narośl kostna. Przy użyciu wcierań rtęciowych napady stawały się rzadsze, wreszcie ustały. Następnie chory brał jodek sodu (*natrium iodatum*). Od ½ roku napady padaczki nie powróciły.

Dwa przypadki pobobnego rodzaju kol. Ch. miał sposobność spostrzegać w swojej praktyce i powiada, że za cechę padaczki wywiązującej się w następstwie przymiotu (*syphilis*) można uważać to, że występuje bez objawów przepowiednich i z nadzwyczajną gwałtownością, jako *morbus herculeus*.

VII. *Sekretarz stały* przypomina, że na jedném z zesłorocznych posiedzeń Towarzystwa poruszono pytanie o wielkiej ilości chloroformu potrzebnej dla uspiania chorego (1). Teraz skargi te i z innych stron dają się słyszeć, i tak dr Jacobson z Królewca przytacza, że od roku już potrzebuje po 4—6 uncyj przecięciowo dla uspiania chorego. Czy więc przyczynę potrzeby większej ilości chloroformu nie należy upatrywać w usposobieniu chorych?

Kol. Korzeniowski odpowiada, że skargi owe ustały od czasu jak uprosił administracyą szpitalu Dzieciątka Jezus

(1) Porówn. Pam. Tow. lek. W., t. LII, str. 272, 274 i 277.

o sprowadzenie dobrego chloroformu. Potrzebę zaś zużywania większej ilości chloroformu należy przypisać samemu środkowi, który tak często bywa zanieczyszczony, i że, jeżeli dr Jacobson potrzebuje 6 uncyj chloroformu dla uśpienia chorego, to zapewne dla tego, że chloroform, którego używa, jest niedobry.

Kol. Bruner przytacza, że był świadkiem dwóch przypadków śmierci w skutek chloroformu na klinice prof. Langenbecka w Berlinie. Chloroformowano zaś w ten sposób, że płótno we czworo złożone, zwilżone chloroformem, w pewnym oddaleniu od twarzy chorego trzymano.

Kol. Chwat używa tegoż samego sposobu chloroformowania, jednakże dotychczas żadnego smutnego przypadku świadkiem nie był.

Kol. Bruner odpowiada, że, przytaczając sposób chloroformowania przez Laugenbecka w dwóch przypadkach wyżej przytoczonych użyty, wcale nie chciał przez to powiedzieć, że śmierć należy przypisać sposobowi, w jaki chorych chloroformowano. Przeciwnie przytacza to jako dowód zanieczyszczenia chloroformu, kiedy przy sposobie, gdzie przystęp powietrza ze wszystkich stron ma miejsce, śmierć jednakże nastąpiła.

Kol. Korzeniowski przytacza, że Wels zestawił statystykę sposobów używanych dla chloroformowania, z której się pokazuje jednakże, iż sposób chloroformowania każdy będzie odpowiedni, jeżeli tylko chloroform jest dobry.

Posiedzenie 5te, dnia 22. lutego 1865. r.

Prezes kol. Natansou.

I. Oddział chirurgiczny. II. Chloroformowanie. III. *Cysticercus* w oku. IV. Czynności administracyjne, wybory i sprawozdania.

Obecnych członków 23 i p. dr. Małek z Kijowa jako gość.

Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Le Brun. Z powodu protokołu ostatniego posiedzenia, które prawie wyłącznie było wypełnione przedmiotami

treści chirurgicznej, kwalifikującemi się właściwie do rozbioru w Oddziale chirurgicznym, gdzie mogłyby być szczegółowiej roztrząsane: wnosi, aby Towarzystwo zechciało rozstrzygnąć, czy Oddział chirurgiczny, utworzony przy Towarzystwie lekarskiem wraz z innemi oddziałami, ma trwać dalej, lub téż być zwiniętym? Ze swój strony za dalszém istnieniem Oddziału jak najusilniej przemawia; gdyż dziwném by się wydać musiało, aby wtedy, gdy inne przedmioty szczegółowe mają osobne oddziały, gałąź lekarska tak ważna, jaką jest chirurgia, w Towarzystwie przez osobny oddział przedstawianą nie była.

Prezes odpowiada, że pytanie to już było poruszane na jedném z posiedzeń poprzednich i że z tego nawet powodu obeszano do członków Oddziału okólnik, z zapytaniem, czy są za dalszém istnieniem Oddziału, lub za zwinięciem onego? Większość na okólniku podpisanych członków przemawia za dalszém trwaniem Oddziału. Istnienie więc Oddziału chirurgicznego zależy od zebrania się jego członków i pilnego ich uczęszczania na posiedzenia.

II. Kol. Kosiński zwraca jeszcze raz uwagę na ilość chloroformu potrzebną do unieczulenia osób, u których środek ten się zastosowuje, i powiada, że, kiedy w klinice tutejszej znaczna ilość tego środka bywa zużywana, on u siebie w szpitalu Ujazdowskim nie potrzebuje więcej nad 4ch do 5ciu drachm dla uspiania chorych. Chloroform zaś, którego używa, jest sprowadzony z Petersburga. Nieznana mu jest wszelako fabryka, z której takowy pochodzi.

III. Kol. Jodko przedstawia następnie Towarzystwu chorą, u której w oku prawém pomiędzy siatkówką i naczyniówką rozwinął się *cysticercus*. Obecność tego pasożytu pierwszy wykazał *Sö m m e r i n g* w 1843 r. w przedniej komórce ocznej. Z rozpowszechnieniem się użycia wziernika ocznego częściej go znajdowano. *G r a e f e* w 1855. r. wykrył go w kuli szklistej, a następnie w siatkówce. W Warszawie kol. *J o d k o* w obecnym przypadku po raz pierwszy ma sposobność go spostrzegać. Siedlisko jego jest na zewnątrz plamy żółtej; w stanie rozciągniętym jest 4 5 razy większy od brodawki n. wzrokowego, w stanie skurczonym znacznie mniejszy. Że siedlisko

jego jest pomiędzy siatkówką i naczyńówką, wnosić można z naczyń, które nad niem przebiegają. Głowy dojrzcć nie można, miejsce bowiem ciasne nie pozwala mu się rozwinąć; wszelako miejsce jedno wygórowane, haczykowato zakończone, naprowadza kolegę J. na mniemanie, że to jest szyjka z główką. Chora ta początkowo przedstawiała się jednemu z kolegów, który proponował jój wyłuszczenie gałki ocznej. Kol. Jodko wszelako postanowił przed użyciem tego ostatniego środka spróbować zastosowanie innej operacyi, któraby chorój oka nie pozbawiła. Opierając się na tém, że w ostatnich czasach zauważano, iż oderwanie się naczyńówki od siatkówki miało miejsce bez groźnych skutków, kol. J. chce spróbować, czy nie uda mn się zabić pasożytu, wprowadzając przez twardówkę igłę, przy użyciu wziernika, do miejsca, w którém przypuszcza, że głowa się pasożytu znajduje, i doszedłszy tam, zniszczyć takową.

Kol. Le Brun zapytuje, czy chora widzi. Na twierdzącą odpowiedź kol. Jodki, przeciwny jest wszelkiej operacyi, którój skutki są niepewne i chorą zupełnie wzroku pozbawić mogą.

IV. *Sekretarz stały* przedstawia Towarzystwu reskrypt Komisji Rządowej spraw wewnętrznych i duchownych, zapytujący, czy Towarzystwo przyjmuje zapisy poczynione dla niego przez ś. p. kol. Bęcwicza. *Sekretarz stały* zarazem zwraca uwagę Towarzystwa na niedogodności, które z przyjęcia zapisu dla niego wyniknąć mogą. Po rozprawach nad tym przedmiotem, w których biorą udział *prezes, wice-prezes*, koll. Le Brun, Langowski i Baranowski, Towarzystwo przyjmuje jednomyślnie zapis ś. p. kol. Bęcwicza, wyjednanie zaś potwierdzenia Władzy, oraz zawiadywanie nim powierza Zarządowi Towarzystwa.

W drugiej odezwie Komisya Rz. spraw w. i d. zapytuje, w skutek odniesienia się Kom. Rz. skarbu, jakie powody mogą kwalifikować Towarzystwo lekarskie Warszawskie do instytucyj publicznych, a Kasę wsparcia do instytucyj dobroczynnych? oraz uprasza o nadesłanie ustawy Towarzystwa i Kasy

wsparcia. Poruczono Zarządowi Towarzystwa złożenie odpowiedzi na powyższą odezwę.

Sekretarz stały następnie składa odezwę dyrektora Dziennika Warszawskiego, w którym takowy zapytuje o redaktora odpowiedzialnego Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego, oraz o liczbę jego prenumeratorów. *Sekretarz stały* w odpowiedzi udzielił żądanych szczegółów.

Prezes zawiadamia Towarzystwo, że w skutek okólnika obesłanego do członków Towarzystwa kol. Janikowski sam jeden jest kandydatem na redaktora Pamiętnika lekarskiego.

Towarzystwo jednomyślnie wybiera kol. Janikowskiego na redaktora Pamiętnika, a będąc zebrane w dostatecznej liczbie, przystępuje do wyboru przez głosowanie nowych członków, w skutek czego: p. dr. Sikorski jednomyślnie, pp. ddr. Sommer i Malcz większością głosów na członków czynnych Towarzystwa obrani zostają.

Dr G. Joseph z Wrocławia nadsyła Towarzystwu książeczkę p. n. „*Zur Lehre von der Entwicklung des Schädels und 3 Fälle von Hydrocephalus internus congenitus*“ z prośbą o przyjęcie go na członka korespondenta Towarzystwa.

Prezes pracę dra Joseph przesyła kol. Neugebauerowi do sprawozdania.

Wice-Prezes odczytuje następnie sprawozdanie z dziełka dra Gustawa Joseph „*Venedig als Winteraufenthalt für Brustleidende*. Breslau 1856.“ i wraz z kol. Chwatem przedstawia autora na członka korespondenta Towarzystwa.

W końcu kol. Konitz odczytuje sprawozdanie z pracy dra Kinderfreunda i przedstawia autora na członka czynnego Towarzystwa.

Dr J. Braun.

SPIS RZECZY

Zawartych w tomie VII. seryi IV. (Ogólnego zbloru tom LIII).

I. ROZPRAWY I PISMA WŁASNE.

	<i>Stron.</i>
Chomętowski. Kilka słów o postępie psychiatrii w roku ubiegłym	161
Eborowicz. O epidemii w St. Petersburgu	252
Kochler. Pielgrzymki dzieci. Przyczynek do dziejów epidemij chorób umysłowych	383
Ryszka. O ciśnieniu atmosferycznym ze względu na leczenie wodami mineralnymi	321
Le Brun. Sprawozdanie z czynności kliniki chirurgicznej przy wydziale lekarskim Szkoły głównej Warszawskiej z roku 186 ³ / ₄ . ..	1
Malcz (Mieczysław). O epidemicznem zapaleniu opon mózgu i rdzenia kręgowego (<i>meningitis cerebrosppinalis epidemica</i>).	220
— Pogląd na przyczyny, historiją i rozwijanie się chorób zaraźliwych u zwierząt w stosunku do człowieka (D. c. i dokończenie. Zob. tom LII, str. 509)	72, 231 i 337
Narkiewicz (Aleksander). Szpital wojskowy w Kamieńcu ..	41
Rolle. Sprawozdanie z czynności Towarzystwa Lekarzy Podolskich za rok ubiegły 1864.	174

II. CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEK WARSZ.

Posiedzenia ogólne: 22—24 z r. 1864 i 1.—5. z r. 1865 ..	133, 272 i 466
Posiedz. Oddziału anat. fizjol. i nauk przyr.: 9.—15.	258 i 462
— — położnictwa: 19. i 20	453
— — psychiatrii 1-sze	463

III. WIADOMOŚCI KRAJOWE.

Szkoła główna Warszawska.	
Promocyje na stopień doktora medycyny	157
Udzielone stopnie lekarza	159
Wykłady na wydziale lekarskim i fizykomatem. w półroczu zimowym r. 186 ⁴ / ₅	159
Wiadomości statystyczne	160
Zamianowania	160
Stypendia	160

IV. WIADOMOŚCI ZAKRAJOWE.

Dobleszewski. Spostrzeżenia nad budową histologiczną ośrodków nerwowych, przez Dra <i>Itudanowskiego</i> ..	414
Kulski. Kronika lekarska zagraniczna	137, 188 i 393

Taczanowski. O chorobach pępka u noworodków, podług prelekcji klinicznych Dra H. *Widerhofera* —

V. KRYTYKA.

Rolle. Choroby umysłowe. Część I i II. Petersburg 1863—1864. Sprawozdanie Dra R. <i>Pląskowskiego</i>	85
Staniek. Zakładowe pitwy (zasady anatomii), w Prace 1840. Pitewni atlas (atlas anatomiczny. Sprawozdanie J. F. <i>Nowakowskiego</i>	110
Bibliografia zagraniczna	
Patologia i terapia	382 i 434
Chirurgia	393 i 427
Okulistyka	449
Choroby weneryczne	444

TREŚĆ PRZEDMIOTÓW

zawartych w Wiadomościach zakrajowych
i w Czynnościach Towarzystwa lek. Warsz.

<i>Addisona</i> choroba	311
Akademia lek. Paryzka: rozdanie nagród	138
Amputacye	19
Barwy anilinowe: wpływ na robotników	296
Basedowa choroba	409
Bezgłos (aphonia)	165
Błona dziewicza podwójna	127
Błonica (diphtheritis)	197
Bób kalabarski	400
Chloroform i eter	140
Chrzęstak (enchondroma)	28
Ciałka Pacciniego	266
Członka męzkiego odjęcie	18
<i>Delpech</i> (pochwała)	137
Dławiec (croup)	131 i 197
Drgawki porodowe; rozwiązanie przymusowe	125
Durzyca (typhus)	182
<i>Echinococcus solecipariens</i> w mózgu	173
<i>Epulis carcinomatosa</i>	25
<i>Förster</i> (nekrol.)	413
Fotometr	267
Glist dostawanie się do wątroby za życia	154
Gorączka powrotna (febris recurrens)	190
Gościec (rheumatismus)	194
<i>Gratiulet</i> (nekrol.)	317
Hydrocephalus chron.; nakłówania	116 i 124
Jajnika torbiel; wypróżnienie przez pochwę	117 i 127
— torbielak (kystoma)	264
Kamienie kwasu moczowego: leczenie rozpuszczające	401
— oskrzelowe	300
Kiła (syphilis) udzielona przy szczepieniu ospy ochronnej	288
Kolanowego stawu stężenie	16
Kości goleniowej wypilowanie	27 i 287
Kręgi szyjne: ich zwichnienie jednostronne	309

Kręgosłupa zwinięcie	14
Kurare w padaczce (epilepsja)	311
Kurcz przemienny poprzeczny	411
Kwas karbolowy	267
Ludzie kopalni	318
Łącznica oka, jej zapalenie u maniaków	170
Maica: rozrost części pochwowój	131
— uklej (polip)	127
— włókniaki; wyluszczenie	129
Melanosis tuberosa	309
Meteorologiczne spostrzeżenia w Kamieńcu	178
Molluscum contag. (miękczyk zaraźl.)	312
— simpl (miękczyk prosty)	156
Mowa; jej umiejscowienie w mózgu	393
Mózdzku ropień	405
Mózg: zmiany istoty korowój w chorobach umysłowych ostrych	161
Naczyń limfat. drobna budowa	315
Nagłośni narośle	146
Nalewka jodowa (tinct. iodi): jej odbarwianie	277
— — — — — szczególna tkliwość na jej użycie ze-	
wnętrzne	151
— jodo-galasowa: jej użycie	157
Nerki opuchlina wrodzona; wyleczenie po przekłóciu	404
Nerwowe cierpienia wskutek kiły (syphilis)	153
Nerwów naczynio-ruchowych cierpienia	409
Nerwowego układu budowa	141
Novorodków życie bez oddychania	139 i 316
Ok: wspólne umiejscowienie środka ruchu gałki i skrzyżowania linii	
kierunkowych	168
— gałki wypchnięcie naczyniowe	151
Pismo obłąkanych	166
Plucie częste u obłąkanych	171
Płód uschnięty w jamie otrzewnej	270
Połogowa gorączka	406
Poród: kierowanie 3-go okresu	149
Przetoki pochwo-pęcherzowe; śmierć z zapalenia nerek	127
Przewodów żółciowych początki	264
Przykostnej zapalenie	12
Puchlina ogólna w ciągu ciąży	130
Rakowiec (cancroid) rogówki	107
Ropnie tkanki łącznej pozagardzielowe	313
Rozpraszacz (pulvérisateur)	134
Serce: pęknięcie torbiela ropiasteo w lewém uszku	302
Skóra: wrażliwość jej dotyku	432
Śmiertelność dzieci	148
Stopy odjęcie częściowe pod kością skokową	22
Szpitalów higiena	142
Tętniak rozlany (aneurysma dissecans) aorty brzusznej	105
— — — — — aorty wstępującej	271
Tętnicy biodrowej zewn. podwiązanie	32
Tkanki łącznej zapalenia	7
Tlenek węgla: otrucie	413
Tłuszczak znakomitych rozmiarów	140
Tony mięśniowe	267
Tracheotomii bezskuteczność przy cierpieniach nn. krtaniowych i błę-	
dnych	143

	<i>Stron.</i>
Trzustka (pancreas): własności trawiące po przecięciu nn. błędnych	398
Uduszenie (asphyxia) z powodu połknięcia ułamka ostrego zabawki	152
Warga zajęcza	31
Wątroba: zanik ostry	262
Wody lekarskie: ich elektryczność	399
Wrzody	11
Wstrzykiwanie podskórne leków	430
Wypięwanie szczęki górnej	25
Wyprysk (eczema) powiek, łącznicy i rogówki	308
Zanik mięśniowy postępowy	298
Zglizna ran	39
Złudzenia zmysłowe zależne od cierpień narządu słuchowego	163
Zmora (incubus)	136
Zwichnięcia dobrowolne	17
Zwojów szyjnych współczulnych budowa	297

SPIS NAZWISK

przytoczonych w tym tomie Pamiętnika (*)

A drian 141	* Chomętowski 161, 267	Giraud Teulon 450
* Apte 131 i 461	Churchill 434	Gosselin 449
Auerbach 315	* Chwat 128, 134, 287	Greenhow 150
Axenfeld 382	Colin 434	Grisolle 435
B ack 409	Corvisart (L.) 338	* Grosman 176
Baerensprung 444	Cullerier (A.) 445	Gruber 163
Bardinet 139	D ancel 434	Guérin (J.) 296
Bazin 382	Demarquay 447	Guibout 300
Beck (Snow) 406	Depaul 288	Guyon 447
Béclard 137	Devergie 434	H arley 435
Béhier 382	Dickinson 305	Haynes Walton 450
Belhomme 444	Diday 445	Hebra 156, 312
Benedikt 311	* Dobieszewski 414	Henke (W.) 442, 447
Bergeron 296	Dolbau 447	Henoch 435
Bertbier 170	Duchenne 297	Hillier 404
Resnier 301	* Dudrewicz 461	* Hoyer 264, 266
Eigg (Heather) 392	* Dybek 134	I snard 436
Blot 293	E astlake 149	Jaccoud 296
Boeck 444	* Eborowicz 252	Jago 450
Boehm 449	Einhorn 190	Janikowski (Andrz.) 175
Bouillaud 394	F ollin 450	Jobert 447
Bourcart 392	Förster (R.) 413	K lebs 413
Bowen 152	Fritz 435	Knoch 173
* Braun Jan) 117, 177, 453	Frommann 435	* Koehler 383
Bristowe 153	Fuller 435	* Ronitz 116, 129, 131
* Brodowski 262, 270	Furieux Jordan 308	* Kremer 218
Bruck 392	G alligo 446	* Kryszka 322
Bryant 447	Gibb 146	Kühn 448
C hatin 434	Gillespie 151	* Kulischer 197

*) *Gwiazdką * oznaczone są nazwiska autorów i lekarzy krajowych*

- Kunze 436
Laboulbène 436
 Lambron 399
 Langlebert 446
 Laurence 307
 Lebert 436
 * Le Brun 3
 Leuckart 436
 Lewin 134 i 436
 Leyden 437
 Liebreich 450
 Luys 442
Macluchlan 437
 Maisonneuve 447
 * Maj 197, 210
 * Malcz (M) 72 i 236
 Marchal (de Calvi) 437
 Martio 446
 Mascbka 316
 Mauthner 409
 Meyer (O.) 450
 Mettenheimer 437
 Mosler 437
 Moutard Martin 300
 Murchison 438
 * **N**arkiewicz 41
 * Neugebauer 134
 Nonat 438
 Norton 405
 Nowakowski (J. F.) 110
 Nunneley 147
Obernier 172
 Ollivier 438
 Overbeck 446
Padioleau 438
 Pagenstecher 451
 Pary 438
 Pellizani 154
 Perrin (M.) 442
 Peter 438
 Pflüger 443
 Pidduck 148
 Pierry 439
 Pirogoff 448
 Pitha 448
 * Płaskowski 85
 Politzer 392, 448
 Pouchet 439, 443
 Pringle 439
 * Przyborowski 178, 201
Racle 439
 Rayer 449
 Recklinghausen 443
 Renault 443
 Reichert 443
 Reidinger 444
 Remak 173, 411
 Ricord 291
 Riedel 313
 Rittershain 439
 Roberts 401
 * Rolle 85, 174
 Rollet 39.
 * Rothe 205
 Rosenstein 439
 * Rudanowski 141, 414.
 * Rudnicki 205
Saemisch 451
 Schildbach 448
 Schlager 163
 Schuh 309
 Schwartz 392 i 448,
 Schweigger 459
 Sédillot 449
 Siegle 440
 Siegmund 157
 * Sikorski 1127
 Snellen 452
 Sottas 144
 Sperino 452
 * Stadnicki 214
 Staniek 110.
 Stellwag v. Carion 440
 Stokes 440
 Stölker 440
 * Szokalski 267, 269
 * Taczanowski 420
 Thompison (Th) 440
 — (H.) 449
 Tinman 449
 Titou 140
 Tröltzsch 392
 Tüngel 440
 Türck 165
 * Tyrchowski 430
Uhle 441
Valentin 441
 Vée 400
 Virchow 441
 Vogt (C.) 319
 Vulpian 302
Wagner (E.) 441
 Waldenburg 441
 Widerhofer 420
 Wildberger 449
 Willez 441
Zabroński 207
 Zatwarnicki 212
 Zenker 212 i 442