

2 no 161.

Dr L. Dondrewid

S P I S R Z E C Z Y

p r z y k o ń o u t o m u

PAMIĘTNIK *No 161.*
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY

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

POD REDAKCYĄ GŁÓWNĄ

Janusza Ferd. NOWAKOWSKIEGO

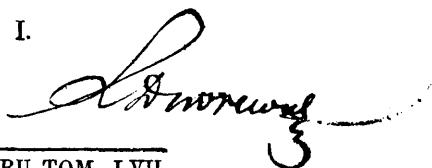
Lekarza-Assystenta kliniki chirurgicznój w Szkole Głównej Warszawskiej;
Członka Towarzystw lekarskich: Warszawskiego, Wileńskiego, Char-
kowskiego, Towarzystwa lekarzy czeskich w Pradze i Towarzystwa
Naukowego Krakowskiego.

ZE WSPÓDZIAŁANIEM

DD. Aptege, T. Belkego, Chomętowskiego, Portnera.

SERYA V.

TOM I.



OGÓLNEGO ZBIORU TOM LVII.

WARSZAWA.

SKŁAD GŁÓWNY W KSIĘGARNI M. GLUCKSBERGA
PRZY UL. KRAK. PRZEDMIEŚCIE Nr. 411.

—
1867.

Biblioteka Główna
WUM



Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

w Drukarni Jana Cotty.



SKŁAD

Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w roku 1867.

Prezes,	<i>Hoyer Henryk.</i>
Vice-Prezes,	<i>Brodowski Włodzimierz.</i>
Sekretarz roczny,	<i>Braun Jan.</i>
Sekretarz Stały od r. 1858,	<i>Szokalski Wiktor.</i>
Bibliotekarz,	<i>Portner Szymon.</i>
Podskarbi,	<i>Helbich Adam.</i>
Redaktor Pamiętnika,	<i>Nowakowski Janusz Ferd.</i>

Zurząd Towarzystwa składa się ze wszystkich urzędników wybieranych i stałych, którzy przybierają Radcę prawnego.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy, wdów i sierot po lekarzach pozostałych stanowią oprócz Zarządu następujący Członkowie:

Helbich Adam.
Mianowski Józef.
Natanson Ludwik:

a z liczby lekarzy do składu Towarzystwa Lekarskiego nie należących:

Podowski, i
Kobyłański.

A. Członkowie czynni.	Rok wyboru na Członka.				
1. d'Anns Jan	—	—	—	—	1848.
2. Apte Markus	—	—	—	—	1854.
3. Baranowski Ignacy	—	—	—	—	1862.
4. Bartoszewicz- Joachim	—	—	—	—	1865.
5. Belke Teofil	—	—	—	—	1865.
6. Bernhardt Adolf	—	—	—	—	1859.
7. Braun Jan	—	—	—	—	1861.
8. Brodowski Włodzimierz	—	—	—	—	1861.
9. Brunner Mikołaj	—	—	—	—	1865.
10. Chałubiński Tytus	—	—	—	—	1847.
11. Chomętowski Stanisław	—	—	—	—	1864.
12. Chwat Ludwik	—	—	—	—	1860.
13. Darewski Ludwik	—	—	—	—	1854.
14. Dobieszewski Zygmunt	—	—	—	—	1864.
15. Dorantowicz Alexander	—	—	—	—	1854.
16. Dudrewicz Jan	—	—	—	—	1844.
17. Eborowicz Antoni	—	—	—	—	1858.
18. Frydrych Bartłomiej	—	—	—	—	1846.
19. Fudakowski Herman	—	—	—	—	1865.
20. Girsztowt Polikarp	—	—	—	—	1865.
21. Glisczyński Adam	—	—	—	—	1859.
22. Groer Franciszek	—	—	—	—	1844.
23. Helbich Adam	—	—	—	—	1830.
24. Hirschfeld Ludwik	—	—	—	—	1860.
25. Hoyer Henryk	—	—	—	—	1860.
26. Jabłonowski Feliks	—	—	—	—	1845.
27. Jodko-Narkiewicz Witold	—	—	—	—	1861.
28. Kaczkowski Karol	—	—	—	—	1863.
29. Kinderfreund Józef	—	—	—	—	1865.
30. Konitz Leon	—	—	—	—	1858.
31. Korzeniowski Hippolit	—	—	—	—	1853.
32. Kosiński Julian	—	—	—	—	1863.
33. Kosztulski Jan	—	—	—	—	1836.

34.	Krysiński Ildefons	—	—	--	—	1822.
35.	Kryszka Antoni	—	—	—	—	1845.
36.	Kwaśnicki Jan	—	—	—	—	1865.
37.	Kulesza Jan	—	—	—	—	1836.
38.	Langowski Marcelli	—	—	—	—	1852.
39.	Le Brun Aleksander	—	—	—	—	1828.
40.	Libchen Jan	—	—	—	—	1850.
41.	Löwengluck Juljan	—	—	—	—	1853.
42.	Lubelski Wilhelm	—	—	—	—	1861.
43.	Łuczkiwicz Henryk	—	—	—	—	1857.
44.	Majewski Erazm	—	—	—	—	1847.
45.	Malcz Mieczysław	—	—	—	—	1865.
46.	Markusfeld Samuel	—	—	—	—	1862.
47.	Mühlhausen Józef	—	—	—	—	1851.
48.	Natanson Ludwik	—	—	—	—	1846.
49.	Neugebauer Ludwik	—	—	—	—	1849.
50.	Nowakowski Janusz Ferdynand	—	—	—	—	1864.
51.	Oczapowski Jan	—	—	—	—	1825.
52.	Olbratowicz Walenty	—	—	—	—	1843.
53.	Orłowski Władysław	—	—	—	—	1865.
54.	Pawlikowski Karol	—	—	—	—	1861.
55.	Płaskowski Romuald	—	—	—	—	1854.
56.	Portner Szymon	—	—	—	—	1866.
57.	Poźniakowski Jan	—	—	—	—	1846.
58.	Rosé Konstanty	—	—	—	—	1863.
59.	Rosenthal Dawid	—	—	—	—	1848.
60.	Sikorski Antoni	—	—	—	—	1865.
61.	Stankiewicz Władysław	—	—	—	—	1866.
62.	Stankiewicz Józef	—	—	—	—	1843.
63.	Sommer Feliks	—	—	—	—	1865.
64.	Stummer Józef Wiktor	—	—	—	—	1860.
65.	Szokalski Wiktor	—	—	—	—	1854.
66.	Tyrchowski Władysław	—	—	—	—	1862.
67.	Wilczkowski Witalis	—	—	—	—	1863.
68.	Wejnberg Juljan	—	—	—	—	1847.
69.	Wszebor Józef	—	—	—	—	1865.
70.	Zahorowski Dominik	—	—	—	—	1844.

B. Członkowie przybrani.

- | | | | |
|----|-----------------------|--------------------------|-------|
| 1. | Alexandrowicz Jerzy | <i>Magister Farmacyi</i> | 1858. |
| 2. | Hejnrich Teodor | „ „ | 1851. |
| 3. | Karpiński Wincenty | „ „ | 1856. |
| 4. | Przystański Stanisław | „ „ | 1858. |
| 5. | Sejfmann Piotr | <i>Magister Weteryn.</i> | 1843. |
| 6. | Werner Ferdynand | <i>Magister Farm.</i> | 1851. |

C. Członkowie honorowi.

- | | | | Miejsce zamieszk. |
|-----|---------------------|------------------|---------------------------------|
| 1. | Agafonów Jan | — — | 1854. Warszawa. |
| 2. | Bekker Bazyli | — — | 1866. „ |
| 3. | Brodowicz Józef | — — | 1864. Kraków. |
| 4. | Cycuryn Teodor | — — | 1857. Petersburg. |
| 5. | Koehler Ludwik | od 1831 do 1866. | w Warszawie
był czyn. człon. |
| 6. | Kochański Wiktor | — — | 1836. Warszawa. |
| 7. | Kranichfeld Wilhelm | | 1845. Berlin. |
| 8. | Leo Leopold | — — | 1855. Warszawa. |
| 9. | Mianowski Józef | — — | 1863. „ |
| 10. | Woyde Maurycy | — — | 1863. Nowa Aleks. |
| 11. | Virchow Rudolf | — — | 1856. Berlin. |

D. Członkowie korespondenci.

- | | | | |
|-----|----------------------|-------|--|
| 1. | Adamowicz Adam | — — | 1839. Wilno. |
| 2. | Adelmann Jerzy | — — | 1855. Dorpat. |
| 3. | Baraniecki Adryan | — | 1859. Jermolińce,
gub. Podolska. |
| 4. | Bergsohn Józef | — — | 1859. Berlin. |
| 5. | Berendt | — — — | 1846. „ |
| 6. | Bętkowski Nikodem | — | 1856. Wilno. |
| 7. | Bielowski Franciszek | — — | 1854. Moskwa. |
| 8. | Bidder Fryderyk | — | 1855. Dorpat. |
| 9. | Bokiewicz Leon | — | 1862. Jadów. |
| 10. | Boschan Fryderyk | — | 1859. Franciszka ła-
źnie, (Franzensbad). |
| 11. | Bredów | — — — | 1844. Petersburg. |
| 12. | Bryków Jan | — — — | 1842. „ |

- | | | | |
|-----|----------------------|-------|------------------------------|
| 13. | Butler Jan | 1844. | Oksford. |
| 14. | Chawłowski Mikołaj | 1863. | Kutno. |
| 15. | Chodkowski Ludwik | 1842. | Humań. † |
| 16. | Chotomski Ferdynand | 1858. | Paryż. † |
| 17. | Dambre | 1863. | Courtrai w Belgii. |
| 18. | Dietl Józef Leopold | 1851. | Kraków. |
| 19. | Dworzaczek Ferdynand | 1839. | Łęczycza. |
| 20. | Dybek Włodzimierz | 1855. | Ufa. |
| 21. | Dymnicki Józef | 1861. | Busk. |
| 22. | Eckstejn | 1845. | Wiedeń. |
| 23. | Fleckles | 1862. | Karolowe wary
(Karlsbad.) |
| 24. | Frankowski Józef | 1855. | Charków. |
| 25. | Freund Wilhelm | 1859. | Wrocław. |
| 26. | Freyer Jan | 1843. | Warszawa. |
| 27. | Frerichs | 1857. | Berlin. |
| 28. | de Gall Gustaw | 1844. | Bukarest. |
| 29. | Gałęzowski Seweryn | 1829. | Paryż. |
| 30. | Gans | 1863. | Karolowe wary
(Karlsbad.) |
| 31. | Gajewski | 1839. | Petersburg. |
| 32. | Gerhardt | 1849. | Nowa Aleksandrja. |
| 33. | Goehling | 1836. | Wilno. |
| 34. | Grabowski Ludwik | 1842. | Kalisz. |
| 35. | Gromów | 1839. | Petersburg. |
| 36. | Grum | 1839. | „ |
| 37. | Grzybowski | 1866. | Irkutsk. |
| 38. | Handelsmann Józef | 1841. | Kutno. |
| 39. | Hartwig | 1850. | Ostenda. |
| 40. | Hejne Maksymiljan | 1844. | Petersburg. |
| 41. | Hejne | 1858. | Canstadt. |
| 42. | Heyfelder | 1836. | Petersburg. |
| 43. | Honnigsberg Benedykt | 1858. | Wiedeń. |
| 44. | Hübbenet | 1860. | Kijów. |
| 45. | Ignatowski Roman | 1851. | Ciechocinek. |
| 46. | Inoziemcew | 1857. | Moskwa. |

47.	Jaeger Fryderyk	1836.	Wiedeń.
48.	James Johnson	1845.	Londyn.
49.	Jakubowicz	1857.	Petersburg.
50.	Jakubowski Leon	1845.	Kowno.
51.	Jakobsohn	1836.	Kopenhaga.
62.	Jarocki Michał	1846.,	w Rosyji.
63.	Joseph Gustaw	1865.	Wrocław.
64.	Karaczarów Piotr	1846.	Kijów.
65.	Kleszczowski Franciszek	1841.	Petrokow.
56.	Klopsch	1862.	Wrocław †
57.	Korewa Aleksander	1861.	Wilno.
58.	Kosztulski Karol	1854.	Kutno.
59.	Krajewski Feliks	1858.	Hrubieszow.
60.	Kratzmann Emil	1847.	Marjańskie łążnie (Marjenbad.)
61.	Krebel Rudolf	1844.	Petersburg.
62.	Kremer Aleksander	1864.	Kraków.
63.	Kurowski Julian	1859.	Płock.
64.	Kulski Julian	1864.	Radomsk.
65.	Londyński Roman	1862.	Łomża.
66.	Longinowski Aleksander	1848.	Petersburg.
67.	Madurowicz Maurycy	1864.	Kraków.
68.	Majer Józef	1838.	„
69.	Majer Karol	1825.	Petersburg.
70.	Majewski Maksymilian	1858.	Ciechanowiec.
71.	Middeldorpf	1857.	Wrocław.
72.	Miłosz Eugeniusz	1858.	Idolcie, gub. Mo- chylewska.
73.	Minkiewicz Jan	1857.	Tyflis.
74.	Munkiewicz Antoni	1865.	Rosławł, gub. Smo- leńska.
75.	Neuhauser	1822.	Lwów.
76.	Nikitin	1843.	Petersburg.
77.	Oettinger Józef	1864.	Kraków.
78.	Oppolzer	1844.	Wiedeń.
79.	Orkisz Józef	1838.	Rawa.

80.	Pelikan	1823.	Petersburg.
81.	Pelikan Eugeniusz	1853.	„
82.	Piotrowski Gustaw	1864.	Kraków.
83.	Pfau	1838.	Lwów.
84.	Portal Placido	1838.	Palermo..
85.	Pońak Józef	1843.	Ischl.
86.	Purkynie Jan		Praga Czeska.
87.	Przystański Aleksander	1858.	Rosienie, gub. Ko- wieńska.
88.	Reichert	1857.	Berlin.
89.	Reutowicz Franciszek	1852.	Stopnica.
90.	Rizzolli Franciszek	1858.	Bolonia.
91.	Rolle Józef	1858.	Kamieniec Podol.
92.	Rosenblum Benjamin	1852.	Petersburg.
93.	Rosicki Sebastyan	1860.	Sterdynia, powiat Siedlecki.
94.	Rothe Adolf	1864.	Kamieniec podol.
95.	Sawiczewski Floryan	1844.	Kraków.
96.	Salvatores Alessi	1854.	Neapol.
97.	Ściborowski Władysław	1858.	Kraków.
98.	Schmelkes	1836.	Marjańskie łaźnie, (Marjenbad).
99.	Seemann Józef	1860.	Warszawa.
100.	Sejdel Gustaw	1845.	Drezno.
101.	Siekaczyński Walenty	1846.	Warszawa.
102.	Sigmund Karol	1845.	Wiedeń.
103.	Skobel Frederyk Kazim.	1838.	Kraków.
104.	Skrzypczyński Błażej	1846.	Grodno.
105.	Słowikowski	1852.	Kraków.
106.	Smielski Eleazar	1842.	Petersburg.
107.	Sokołowski Leon	1854.	Warszawa.
108.	Spengler Ludwik	1856.	Ems.
109.	Spindler	1837.	Moskwa.
110.	Staniek Wacław	1865.	Praga Czeska.
111.	Stański	1852.	Paryż.
112.	Stopczański	1865.	Kraków.

VIII

113.	Świdorski Kazimierz	1862	Wilno.
114.	Szklarski Walenty	1842.	Petersburg.
115.	Skoda Józef	1843.	Wiedeń.
116.	Szymanowski	1860.	Kijów.
117.	Sycyanko Józef	1860.	Charków.
118.	Szperk	1866.	Jakutsk (w Syberyi).
119.	Tarasów	1839.	Petersburg.
120.	Tejchmann	1864	Kraków.
121.	Torosiewicz	1851.	Lwów.
122.	Verhaghe Ludwik	1855.	Ostenda.
123.	Warschauer	1853.	Kraków.
124.	Weese Karol	1826.	Toruń.
125.	Zieleniewski Michał	1858.	Kraków.
126.	Janikowski Stanisław	1861.	„

PRZEDMOWA.

Z rokiem bieżącym Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego rozpoczyna *trzydziesty rok* swego istnienia. W ciągu tego długiego szeregu lat nie doznał on żadnej przerwy w wydawnictwie, prócz zmian jakim stosownie do potrzeb czasu już to w osobach Redaktorów, już w terminach wychodzenia ulegać musiał. Myśl zaś przewodnią, jaką sobie pierwsi twórcy Pamiętnika podług Ustawy o Towarzystwie nakreślili, pozostawała ciągle też sama, której i dzisiejsza Redakcja wierną pozostanie.

Pierwszy tom Pamiętnika wyszedł w roku 1837 pod redakcją sześciu członków: *A. Janikowskiego, Koehlera, Lebla, Le Bruna, Leo i W. Malcza*. Towarzystwo Lekarskie liczyło wtedy 32 czynnych członków, z których dziś tylko 8 przy życiu pozostaje. Między zaś ówczasowemi współpracownikami Pamiętnika, spotykamy imiona znakomite, jak np. Jędrzeja Śniadeckiego

W roku 1840, Władze rządowe dozwoliły Pamiętnikowi ogłaszać rozporządzenia dotyczące Zarządu Służby cywilno-lekarskiej w Królestwie Polskiem, wyznaczyły roczny zasiłek Rsr. 150, na ulepszanie wydawnictwa Pamiętnika i poleciły prenumerować go wszystkim lekarzom w służbie rządowej zostającym. ¹⁾ Na redaktora wtedy zaproszono ś. p. *Lebla*, który przez 10 lat wydał tomów 22.

(1). Ostatnie to postanowienie dotąd niezostało zmienione.

W roku 1851 powołani zostali na Redaktorów Pamiętnika: *Chałubiński, Majewski i Olbratowicz*. W roku 1853 *Kulesza, Majewski* i ś. p. *Rosé*. Od roku 1854 do 1859, redagował Pamiętnik *Kulesza*. Do téj epoki Pamiętnik wychodził zeszytami kwartalnymi.

W roku 1860 Kommissya Rząd. Spraw. Wew. i Duch. dozwoliła pod redakcją Dra *Dybka*, wydawać Pamiętnik w zeszytach miesięcznych i zamieszczać w nim wiadomości urzędowe.

W roku 1861 redaktor *Dybek* wydawał go w zeszytach półmiesięcznych, a w roku 1862 redaktor *Łuczkiwicz*, wrócił do zeszytów miesięcznych. W roku 1863 redakcją Pamiętnika powierzono *Stanisławowi Janikowskiemu*, i komitetowi redakcyjnemu do którego najprzód wezwano koll. *Baranowskiego, Hoyera, Konitza, Szokalskiego*, później *J. Kosińskiego*, a w roku 1866 do komitetu redakcyjnego powołano Sekretarzy Towarzystwa w osobach: *Bartoszewicza, J. Brauna, Chomętowskiego, Dobieszewskiego, W. Malcza, J. F. Nowakowskiego* i *Szokalskiego*.

W roku 1866, z rozporządzenia Wysokiej Władzy, Pamiętnikowi przestano udzielać zasiłek.

Na rok bieżący, do Komitetu redakcyjnego, każdy Oddział Towarzystwa delegował jednego członka, w osobach, koll: *Aptego, Belkego, Chomętowskiego* i *Portnera*. Pamiętnik w r. b. wychodzić będzie w zeszytach miesięcznych, nie odstępując od programu jaki mu *Ustawa* w § 17, Działu IV, i jego pierwsi twórcy nakreślili. 1)

(1). Dział IV, § 17, Ustawy o Tow. Lek. Warsz. opiewa:

„Treść Pamiętnika stanowić będą: 1. Rozprawy czytane na posiedzeniu „publiczném. 2. Rozprawy Członków nowowstępujących. 3. Sprawozdania Komitetu do chorób panujących. 4. Sprawozdania szpitalne. 5. Rozbiory dzieł i rozpraw Towarzystwu nadsyłanych. 6. Wiadomości rządowe. 7. Rozprawy lub spostrzeżenia oryginalne, luźń tłómaczone przez Członków dostarczane. i 8. Protokoły Towarzystwa i. t. d.

W przedmowie tomu I, Pamiętnika, rok 1837, str. VI, czytamy:

„Ogłaszanie czynności Towarzystwa nie będzie naśladowaniem lekarzy zagranicznych, zajmujących się poje-
dyńczo, lub w niewielkiem zgromadzeniu wydawaniem
Pamiętników dla *własnych widoków sławy lub zysku*;
Towarzystwo nie odstąpi od jednego, raz przedsięwzię-
tego zamiaru rozszerzania wiadomości lekarskich, któ-
re chce przelać na wszystkie stany mieszkańców sty-
lem łatwym, od obcych wyrazów ile możności oswobo-
dzonym, ciesząc się tą nadzieją, że przeto rzecz lekar-
ska nie straci w sądzie znawców na swęj wartości, a lu-
dziom chcącym korzystać z tego pisma, stanie się po-
żyteczną, przez łatwe ich obznajomienie z przepisami
najwięcej człowieka obchodzić mogącemi“.

W obec tych słów, przed *trzydziestu laty*, jasno, z myślą dobra ogólnego i nauki, a nie własnego interessu przez światłych naszych poprzedników wypowiedzianych, jakąż mieć mogą doniosłość, głoszone dziś, przez niektóre czasopisma lekarskie uwagi o Pamiętniku, że on nie jest organem Towarzystwa, że powinien stracić cechę pisma periodycznego, że już się przeżył i t. p? Jak jedyne w kraju Towarzystwo lekarskie przeżyć się nie może, bo się wciąż wzmacnia nowemi siłami, tak i jego organ temu smutnemu losowi nie ulegnie!

J. F. Nowakowski,
R. Gł. P. T. L. W.

SPRAWOZDANIE
Z PRAKTYKI CHIRURGICZNEJ WYKONANEJ
W MIEŚCIE KAŁUSZYNIE I JEGO OKOLICACH W 1865 ROKU
PRZEZ LEKARZA WOLNOPRAKTYKUJĄCEGO
Leona DUDREWICZA.

Na posiedzeniu Oddziału chirurgii Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego w dniu 29 września r. 1865, professor Girsztowt zrobił wniosek, żeby lekarze na prowincyi zamieszkali, przesyłali swe sprawozdania dla ułożenia statystyki chirurgicznej Królestwa, na wzór zaprowadzonej zagranicą.

Pojmując ważność wniosku szanownego profesora, mam honor złożyć Towarzystwu to szczupłe i niedokładne sprawozdanie z czynności chirurgicznych wykonanych w 1865 r. w méj prywatnej praktyce, w nadziei, że jakkolwiek zbyt małoważne i nieprzedstawiające szczególnych wypadków chirurgicznych szanowni koledzy pobłażliwie przyjąć raczą.

Wykonaniem operacyj trudniejszych, większych, wymagających nieraz wielkiej wprawy i zręczności w ogóle poszczyścić się nie możemy, chorzy bowiem z klasy zamożniejszej uciekają się o pomoc do lekarzy w Warszawie lub zagranicą, biedni zaś ulgi szukają w szpitalach. Lekarze więc wyłącznie szpitalni mają ciekawy i obfity materiał wszelkich chorób chirurgicznych, sprawozdania więc z tychże i z dokonanych operacyj, byłyby bardzo zajmujące i pożądane. Daleko większy materiał do statystyki, lekarze na prowincyi praktykujący znajdują w zboczeniach połogu, bo każdy lekarz prowincjonalny winien być zarazem zręcznym akuszerem. Sprawozdania statystyczne z połogów nieprawidłowych i operacyj położniczych na prowincyi wykonanych, stanowiłyby ważny i interesujący materiał dla statystyki lekarskiej Królestwa.

W ciągu ubiegłego roku wykonałem następujące operacje:

przecięcia głębsze wrzodów razy	16
przesunięcie drenów	3
założenie ligatur na tętnice	3
założenie szwów	7
operacja węglika (<i>anthrax</i>)	11
operacja zarośniętej cewki moczowej . . .	1
— zarośniętego otworu stolcowego . . .	1
— zarośniętej pochwy	1
wycięcie migdałów	4
operacja zajęczej wargi	1
wyrywanie polipów nosa	2
operacja żabki (<i>ranula</i>)	6
podcięcie języka u dzieci	18
wyłuszczenie narośli torbielow. (<i>tumores cystici</i>)	3
operacja przetoki stolcowej (<i>fistula ani</i>) . .	1
wyłuszczenie palców (<i>exarticulatio</i>)	3
operacja wodnej kiły (hydrocele)	3
odjęcie narośli około cewki moczowej . . .	1

razem krwawych operacyj 85

Z ważniejszych chorób chirurgicznych leczyliśmy:

fistula vesico-vaginalis	1
cystis ovarii	1
arthrocace	3
herniae	17
calculi vesicae urinariae	2
fracturae	7
luxationes et distorsiones	4
malum Potti	2
wrzody atoniczne i zastrzał	25
pustula maligna	2
contusiones et vulnera	18
oparzenia	5
uszkodzenia od machin rolniczych	2

razem 88

Niektóre z tych chorób i operacyj przez nas wykonanych w krótkości opisać postaramy się.

Z wad wrodzonych (*vitia conformationis*) spotkaliśmy u chłopczyka zarośnięcie cewki moczowej w postaci cienkiej błonki, zakrywającej otwór cewki. W trzy godziny po urodzeniu się dziecka, przekłuwszy błonkę małym lancetem, w ranę wsunęliśmy cienki cewnik elastyczny i pomysłny skutek po kilku dniach osiągnęliśmy.

Operację zarośniętego otworu stolcowego (*imperforatio ani*), wykonałem w lipcu r. z. u dziecka w 36 godzin po urodzeniu, w obecności kolegi Litychowskiego lekarza miasta. Dziecię było wątłe, słabe; brzuch wzdęty, naczynia żyłne bardzo widoczne, oddech krótki, ciężki; w środkowcu (*perineum*) istnieje bruzda (*raphae*) przez całą długość; błona, zakrywająca otwór stolcowy, składająca się ze skóry, wypchnięta do zewnątrz; przez nią czuć się daje chełbotanie (*fluctuatio*). Z pomocą ostrego bistura zrobiłem w miejscu wzniesionem cięcie krzyżowe, a kąty ztąd powstałe odciąłem nożyczkami. *Meconium* obficie wyszło; dziecię żyło miesiąc i niezależnie od operacyi umarło.

Operacya zarośniętej pochwy. W lutym r. z. byłem wezwany do chorój dziewczyny lat 15 liczącej, która od dwóch dni moczu nieoddaje; odpływów miesięcznych jeszcze nie miała, jakkolwiek z opowiadania chorej wnosić mogłem, że *molimina menstruationis* kilka razy u niej zjawiały się. Wypuściwszy mocz przez cewnik metalowy, zauważyłem rozsąwszy wargi, że *hymen* zupełnie wejście do pochwy zakrywa. Błona dziewicza była wydęta cokolwiek do zewnątrz; wsunąwszy palec do kiszki odchodowej i współcześnie cewnik metalowy do pęcherza, łatwo przekonać się było można, że pochwa istnieje; pomimo wypuszczenia moczu nad złączeniem łonowem (*symphysis ossium pubis*) namacać mogłem cokolwiek zwiększoną macicę. Ponieważ pochwa była zarośnięta, chorobne zjawiska wyżej przytoczone łatwo objaśnić się dały, wydzielająca się bowiem krew, wypychała błonę dziewiczą na zewnątrz, od tego samego i macica zwiększoną została, a ta ostatnia cisnąc na cewkę moczową była powodem zatrzymania moczu. Dla uleczenia chorój przebiłem błonę dziewiczą zwykłym trójgrańcem i po wyjęciu igły przez rurkę wy-

ciekło cokolwiek płynnej krwi, potem oczyściwszy pochwę od skrzepów krwi w ranę wstawiłem burdonet. W kilka miesięcy potem widziałem chorą, która oświadczyła mi, że odpływy miesięczne odbywają się teraz regularnie i mocz więcej niezatrzymuje się.

Operację wargi zajęczęj wykonaliśmy u dziecka państwa W* Dziecię miało 5 tygodni, warga pojedyncza na stronie lewej, operowaliśmy ją pomyślnie sposobem zwyczajnym. Szwów okręcanych 3 nałożyliśmy

Z wad wrodzonych, które przez operację usunąć nam się udało, wspomniemy jeszcze o odjęciu, a raczej wyłuszczeniu nadliczbowych palcy wielkich u chłopca 12 letniego, któremu palce te przeszkadzały uczenia się szewckiego rzemiosła. Palce rzucone znajdowały się nie na jednej płaszczyźnie z pozostałymi, stanowiły bezpośrednie przedłużenie kości śródreçznej palca wielkiego, z którym stawowato były złączone. Za pomocą kolistego cięcia u podstawy tego przybysza, otworzyłem staw, odciąłem wyrostek, a ranę ztąd powstałą złączyłem zapomocą dwóch szwów węzłkowatych. Zagojenie w 4 dni było zupełne.

Jedenaście wypadków węglik (anthrax) leczyłem zapomocą cięcia krzyżowego i następnie przykładaniem maści gryzącej, znanęj pod nazwą *unguentum ad anthrace*. W jednym razie sprobowaliśmy podskórnego cięcia, o którym Guérin niedawno ogłosił w *Journal de méd. et de chirurgie pratiques*. Lecz z tego jednego wypadku nic wnosić niemożemy, tylko to dodać muszę, że operacja jest dłuższą, a chorzy w ogóle lękają się noża, operacja trwa więc dłużej i do zrobienia potrzebuje pewnej wprawy. Blizna po tej operacji również była nierówna jak i po cięciu krzyżowem.

Wyłuszczenie narośli torbielowych (*tumores cystici*) wykonaliśmy trzy razy: raz na czole i dwa razy na policzku. Wszystkie były tak zwane *atheroma*. W jednym zaś wypadku chora sama wykonała sobie operację, a to w sposób następujący: Maryanna Ł. od lat kilkunastu zauważała tworzenie się po lewej stronie czoła narośli okrągłej, ruchomej, która coraz bardziej zwiększała się. Pomimo nalegań z mojej

strony na operacyą zgodzić się nie chciała. W październiku r. z. na wierzchu narodziła się niewielka wrzodziańska; chora chcąc rdzeń wycisnąć mocno na wrzodzik nacisnęła, lecz zamiast tak zwanego rdzenia posypała się masa do kaszy podobna. Przełknięta tem zdarzeniem zgłosiła się do mnie; wtedy w zrobionym otworze zdołałem pinsetą uchwycić za pęcherzyk i przez lekkie pociąganie torebkę po narodzi wyjąłem.

Z a b k ę (ranula), którą często w Kałuszynie spotykaliśmy, zawsze pomyślnie leczylimy zapomocą przesunięcia zawłoki i pozostawienia jęj do uformowania się sztucznej fistuły.

W skutek często powtarzających się *z a p a l ę n m i g d a ł ó w* te ostatnie często twardnieją, przerastają (*hypertrophia*) a skutkiem tego utrudniają łykanie, niekiedy oddychanie, zmieniają dźwięk głosu, a czasami nawet i słuch przytępiają. Leczenie przerośniętych migdałów zasadało się na ich wycięciu, które wykonaliśmy w ciągu ubiegłego roku 4 razy, raz sposobem zwyczajnym, trzy razy zaś dowcipnym instrumentem *F a h n e n s t o c k a*.

Hydrocele tunicae vaginalis spotkaliśmy w roku zeszłym cztery razy, w 3 zaś wykonaliśmy operacyę przebiccia (*paracentesis*) i zastrzyknęliśmy tynkturę jodową. Jednemu z chorych operacyę wykonaliśmy powtórnie. Pierwszy raz wykonał ją kol. *C h w a t* za pomocą przesunięcia cienkiego metalowego druta, którego pospolicie używa do leczenia téj choroby. W 1½ roku po operacyi przez kolegę *C h w a t a* zrobionęj powtórzyłem operacyę, lecz z pomocą trójgrańca i jodowej tynktury. Oddziaływanie po zastrzyknięciu u wszystkich naszych chorych w ogóle było słabe.

W końcu z operacyj krwawych przezemnie wykonanych w roku ubiegłym wspomniemy w krótkości o odcięciu narodzi okołu otworu cewki moczowej u dziewczyny *H a n y S.* lat 14 liczącej. Narodzi wielkości gołębiego jaja, sprawiała choręj nieznośne swędzenie, a z powodu utworzonych przy drapaniu owrzodzeń spadający mocz na przykry ból chorą narażał. Przez środek narodzi cokolwiek ku podstawie przechodzi urethra. Smarowanie maściami wysuszającemi, pociąganie sale-

tranem srebra, w końcu zalecone przez prof. Hirszfelda posypywanie narośli tanniną z ałunem żadnej ulgi chorąg nieprzyniosło; jedynie więc odjęcie części przerostąg okołog cewki moczowej mogłog chorąg uleczyć. Zamierzałem odjęcie to zrobić z pomocą zgniatacza Chassaignaca, lecz obecni przy operacyi koledzy Litychowski lekarz miasta i Pankiewicz radzili zrobić cięcie nożem jako prędsze i pewniejsze (?) Przystąpiłem więc do wykonania tego odjęcia. Zasuńawszy cewnik metalowy do pęcherza kilkoma ruchami nożag narośl odciąłem. Krwawienie byłog małe; dla wypuszczania moczu wsunąłem cewnik elastyczny, a ranę opatrzyłem, która w kilka dni pokryła się dobrem ziarnowaniem i w końcu po upływie 14 dni zagoiła się.

Złamańia leczyliśmy pomyślnie opatrunkiem krochmalowym, a w miejscach w których znajdowały się uszkodzenia skóry wycinaliśmy w obandażowaniu stosownąg wielkościg okienka. Wszystkich złamań w 1865 byłog 4; fractura femoris dwa razy; fractura tibiae raz, i raz jeden fractura brachii.

Zwichnięć (*luxationes*) w ogółeg małog; w ciągu całego roku dwa razy wywichnięcie barku pod processu coracoideu czyli tak zwane u Malgaigne'a luxatio antero-interior. Do nastawienia użyłem z dobrym skutkiem sposobu Lacoúra.

Rany i stłuczenia rzadko się lekarzowi wolnopraktykującemu przedstawiają, po większąg częścig są one przedmiotem dochodzeń sądowog-lekarskich lub też chorzy z większemi uszkodzeniami do szpitala odsyłanemi zostają. Z powikłań przy ranach należy mi wspomnieć o Szymonie Jasińskim, który skaleczony będąc w rękę lewą szkłem od butelki w skutek częstog powtarzających się krwotoków dostał z początku szczękościsku (*trismus*) a następnie (*opisthotonus*) tężca. Przybyłem do szpitala ś. Józefa w Mieni na żądanie kolegi Haciskiego w zamiarze założenia ligatury na arteriam brachialem, ułowić bowiem w miejscu uszkodzonąg gałazki z łuku dłoniowego byłog niepodobieństwem. Długie ciśnienie turniketu dla chorego zbyt uciążliwe i niewygodne, nie mogłog być użyte jako środek tamujący krew, a najmniejsze

puszczenie szruby wywoływało obfite krwawienie. Oprócz znacznej krwi utraty powodem wywołującym tężec w danym razie mogły być jeszcze owe znaczne upały w lipcu r. z. zmieniające się dość chłodnymi nocami. Niestety chory przed przygotowaniem go do operacji dostał drgawek i życie zakończył.

Przepukliny. W ogromnej ilości spotykać się dają u dzieci przepukliny pępkowe wrodzone lub nabyte, lecz nic godnego uwagi one nieprzedstawiały. Jedną podobną przepuklinę odprowadziłem u kobiety, która pomimo zaleceń lekarzy bandaża nosić niechciała; wypadłe wnętrzności w otworze pępkowym przedstawiały wielkość dużej głowy. Przepukliny pachwinowe przeważnie u robotników spotykać się dawały. Kilka razy miałem do czynienia z przepuklinami zaciśnionemi, które pomyślnie odprowadzić się dawały; w jednym tylko razie pomimo długich, bo aż dwudniowych zabiegów felczerów, starających się gwałtem przepuklinę odprowadzić, chory po długich męczarniach umarł. Ostrzeżony przez felczerów o niebezpieczeństwie operacji, na tę ostatnią zgodzić się niechciał. Odprowadzenie przepuklin starałem się, o ile możność pozwalająca, robić w tem położeniu, w którym wnętrzności wypadały.

W końcu wspomnieć musimy, że opaski szczególnie dla przepuklin pachwinowych (*bracherium*) przez chorych używane, stanowią grube i szkodliwe naśladownictwo przepuklinowych bandaży w dużych miastach wyrabianych. Trudno opisać jak te bandaże wyglądają. Na kawałku żelaza zastępującego sprężynę, umieszczona jest potwornego kształtu twarda, zwykle z drzewa zrobiona poduszka, nieruchoma, zbyt wielka lub bardzo mała, ciśnienie przez nią wywierane według słów chorych, którzy w początkach taki bandaż używać są zmuszeni, ma być nieznośne i zbyt bolesne; dlatego bardzo byłoby pożądanem zawiązanie dobroczyнного towarzystwa, któreby rozdawało paski przepuklinowe dla biednych mieszkańców prowincyi.

Chorzy z kamieniem pęcherzowym. Abraam P. starzec lat 70 liczący i pan M*, obywatel, szukali méj rady z powodu zatrzymania się moczu. Pomimo kilkakrotnego prze-

konania chorych zakładaniem cewnika, o istnieniu kamienia, na operacyę kruszenia dotychczas zgodzić się niechcą, wolą mieć częściej wstawiony kateter, żeby zatrzymujący się mocz wypuścić.

Oparzenia pierwszego stopnia leczyliśmy okładami zimnemi wody Gulardowój; w drugim stopniu i jeżeli naskórka ocalić nam się nieudawało, miejsca oparzone z korzyścią posypywaliśmy tlenkiem bizmutu (*magisterium bismuthi*). Ból po zasypaniu wkrótce ustawał i gojenie szybko następowało.

Przetokę pęcherzo-pochwową widziałem raz jeden. 18 sierpnia r. z. byłem wezwany do włościanki Scholastyny R*, matka której oświadczyła mi, że poród odbył się przed 5a dniami główką i chociaż dziecicę było nieżywe, długo jednak pomimo zabiegów bab wiejskich urodzić się nie mogło. Dlaczego główka długo przez pochwę przerznąć się nie chciała niewiadomo. Po upływie dwóch dni zauważała, że przez pochwę wydobywać się zaczął płyn zupełnie do moczu podobny. Zrewidowawszy chorą palcem, a następnie z pomocą zwierciadła Ricorda, znalazłem otwór przetoki wielkości około $\frac{1}{2}$ cala na szerokość, a $\frac{1}{4}$ cala długości wynoszący; otwór ten od wewnętrznego otworu pochwy był odległy na $2\frac{1}{2}$ cala. Przez cewnik do kanału moczowego zaprowadzony mocz niewypływa, lecz przez utworzoną fistulę ścieka do pochwy. Objawilem choręj, że dla wyleczenia tego kalectwa potrzebną będzie operacya, na którą ani chora, ani otaczające ją kobiety zgodzić się za nic niechciały. Widząc jeszcze w klinice moskiewskiej wypadek uleczenia niedawno trwającej przetoki pęcherzo-pochwowej przez przypalenie brzegów saletranem srebra, przypaliłem brzegi kawałkiem lapisu, zaleciwszy choręj utrzymanie czystości przez częste zastrzykiwanie do pochwy letniego naparu rumianku i opuszczając ją, dałem jęj czas do namysłu aby na operacyą zgodziła się. Po upływie trzech dni tę samą chorą przywieziono do mnie do Kałuszyna „jeszcze na poradę,” gdzie zrewidowawszy ją znalazłem otwór przetoki w znacznym stopniu zwężony tak, że wynosił niewięcej jak poprzeczne przecięcie gęsiego pióra. Zachęcony

pomyślném przypalaniem, powtórzyłem go jeszcze 4 razy w przestankach dwudniowych i rzeczywiście, po 12 dniach otwór znikł zupełnie i chora uleczoną została. Rodzi się więc teraz pytanie, czy świeże przetoki trzeba bezwarunkowo operować czy nienależy wprzód spróbować przyżegnań, a gdy te bezskutecznymi się okażą, dopiero uciekać się do noża i założenia szwów?

Na ostatek należy nam powiedzieć słów parę o uszkodzeniach przez maszyny rolnicze spowodowanych. W sprawozdaniu tém tylko w krótkości o nich wspomniemy. Wypadków takich w roku ubiegłym obserwowaliśmy dwa; w obu wypadkach lewa ręka uszkodzoną została przez tryby sieczkarni. U jednego z nich oczyściwszy ranę, znajdującą się tylko w częściach miękkich, na tylnej powierzchni, opatrzyliśmy ją zwyczajnie i po upływie 3 tygodni zabliznienie w zupełności nastąpiło. Drugiemu choremu odjęliśmy palec wielki i wydaliliśmy kilka odłamków zgruchotanych kości śródreęcznych.

Na tém kończąc ten krótki opis praktyki chirurgicznej za rok 1865 pojmuję, że zupełny brak w nim ważniejszych chirurgicznych wypadków, lecz co widziałem w tej praktyce przesyłam szanownym kolegom w nadziei, że to ułomne sprawozdanie pobłażliwie przyjąć będzie.

TINEA TONSURANS, v. HERPES TONSURANS.
przez Stanisława KOŚMINSKIEGO.

W S T Ę P.

Sądziłoby należało, że zmiany patologiczne ogólnych powłok ciała są najdostępniejsze do zbadania; leżą one przed naszymi oczami jakoby wizerunki atlasu nakreślone ręką natury; trzeba tylko zdrowych zmysłów dla ogarnięcia wrażeń otrzymanych i przerobienia ich w pracowniach ducha na ko-

rzyść cierpiącej ludzkości. Jednak rzuciwszy okiem na historię dermatologii łatwo zobaczymy, że żadne pole wiedzy medycznej nie leżało tak długo odłogiem, a chociaż i czasami uprawiane, zwykle wydawało plony niepożywne. Historia dermatologii jest dalszym smutnym dowodem tej prawdy, jak często błędne wyobrażenia zaśłaniają nam zmysły i wrażenia przez nie od zewnątrz odbierane zmieniają na niekorzyść prawdziwej nauki. Nieszczęsna nauka „*soków kardynalnych*“ zaśłaniająca wzrok hippokratykom; teorie „*o krazach*“ i „*ostrościach krwi*“ które ludziom fachowym prawie do ostatnich czasów a profanom ciągle zwężyły i zwężają duchowy horyzont; humoralna pathologia i inne stare teorie, zanadto sobie upodobały w podziwianiu zamków powietrznych przez siebie stawianych. Każde doświadczenie zdolne przekonać o bezzasadności, a ztąd nietrwałości powietrznego budynku, było z uporem grymaśnego dziecka usuwane, aby nie zniszczyć pięknie wymyślonemu fałszu.

Od czasów Hippokratesa a jeszcze więcej Korneliusza Celsa jego naśladowcy, Galena a częścią Pliniusza a pilnie badającego zjawiska natury w ogólności, w dermatologii nie widzimy postępu, a nawet często napotykamy cofanie się. Uczeni powyżsi trzymali się przynajmniej badań obiektywnych, zjawiska ujęte zmysłami dokładnie opisywali, nadawali im odpowiednie nazwy, dobrane mniej lub więcej szczęśliwie. Następcy ich zeszedli z drogi wskazanej przez sławnych poprzedników; cofnęli się. Kompilatorowie łacińscy i greccy objaśniali tylko odziedziczone wiadomości; stworzyli mnóstwo nazw bez pojęć i pojęć bez nazwisk; odziedziczonych błędów nie umieli zastąpić czemś nowym lepszym.

Nawet uczona szkoła Arabów nie mogła uwolnić się z więzów czterech soków kardynalnych, chociaż Avicenna już lepiej scharakteryzował niektóre choroby skórne, szczególnież uznał świerzbę jako chorobę zaraźliwą, a nawet wspomniał o świerzbowcu.

Dopiero w końcu przeszłego wieku, gdy rozjaśniały się i inne sfery wiedzy ludzkiej, dermatologowie byli także poruszeni ze swych marzeń. Obudzono się, ale nogi chwiały się

jeszcze, z przed oczu nie mogły się usunąć marzenia senne. Lorry dał mocny popęd do téj podróży przy jasności dzieńnej. Plenck (1) uTOROWAŁ DAŁÉJ drogę swemi pracami diagnostycznymi, rozdzielił on choroby skórne na 14 klas na zasadzie różnicy w formie i własnościach chorobnych produktów. Prawdziwą jednak epokę stanowi klasyfikacja chorób skórnych Roberta Willana (1798); klasyfikacja ta utrzymała się najdłużej i przez przeciąg pół wieku wyłącznie panowała w świecie medycznym, a nawet dotąd liczy gorliwych zwolenników. Willan korzystał z myśli Plenck'a; zmniejszył liczbę jego klas, ugrupował choroby w sposób więcéj naturalny, opisał je dokładniej, dodał wiele zupełnie nowych form i tym sposobem zbudował systemat ogłoszony z pewnemi zmianami przez jego ucznia i przyjaciela Bateman'a (2). Klasyfikacja ta ciesząca się tak długo zasłużoną wziętością, pomimo wielu pożytywnych prawd, nie jest jednak dokładną, bo nie ma w niej stałej zasady do odróżnienia i uznania form chorobnych. Plenck i Willan starając się ułożyć klasyfikację nieustępującą w dokładności klasyfikacyom botanicznym, sądzili, że choroby skórne można rozróżniać z własności form elementarnych, jak rośliny, z liczby i sposobu ułożenia pręcików. Znakomici ci dermatologowie nie zwrócili uwagi na to, że każda choroba, czy to skórna, czy inna nie jest cóś stałego, mającego podobnie jak roślina zawsze jedną niezmienną formę, ale jest processem, który może wyrażać się z najroznorodniejszych przyczyn i wyrażać się w najrozmaitszych formach, stosownie do warunków, pod wpływem których rozwija się. Przyjąwszy za zasadę podziału chorób skórnych najpowierzchniejsze zewnętrzne zjawiska, samą tylko elementarną formę (maculae, vesiculae, pustulae, papulae etc) stronnicy szkoły Willana musieli wpaść w wiele błędów. I tak u nich jedna i taż sama choroba, jeden i tenże process sztucznie jest rozdzielony i rozrzucany po różnych klassach

(1) Josephi Jacobi Plenck: Doctrina de morbis cutaneis qua hi morbi in suas classes, genera et species rediguntur. Viennae 1776.

(2) Thomas Bateman: Practical synopsis of the cutaneous diseases according to the arrangement of the Dr. Willan. London 1815.

systematu i odwrotnie, choroby niemające z sobą nic wspólnego, które wyraziły się przypadkowo w podobnych elementarnych formach są do siebie zbliżone. W klasyfikacji Willana, *mobilli*, *varicella*, *variola*, choroby przedstawiające z sobą wiele związku, są rozrzucone: pierwsza należy do oddziału *maculae*, druga *vesiculae*, trzecia *pustulae*; i odwrotnie obok *scabies* znajdujemy *variolam*, *impetiginem*; *herpes circinnatus* ma miejsce obok *varicella*; *lupus* obok *acne*. Pomimo różnorodności elementarnych form przyjętych za zasadę téj klasyfikacji, pozostawało wiele chorób, które do żadnego oddziału podciągnąć się nie dały; przytém najgorliwsi zwolennicy Willana nie mogli nie zauważać, że w wielu chorobach elementarna forma jest nie stała, prędko znika a nawet może przechodzić w inną. Stąd Willaniści zmuszeni byli do tworzenia w swym systemacie ciągłych zmian, które wcale sprawy nie polepszały, gdyż zasadnicza myśl klasyfikacji pozostawała nienaruszoną.

Nakoniec klasyfikacja ta i we względzie praktycznym nie przedstawia żadnej korzyści; z jéj klasy i oddziałów nie można wyprowadzić ani jednego wskazania terapeutycznego. Jedném słowem cały systemat Willana jest sztuczny, jest to klasyfikacja raczej chorobnych produktów, symptomatów, jak chorób. Klasyfikacja ta pomimo gorliwych jéj stronników i obrońców, jak B i e t t i uczniowie jego C a z e n a v e i S c h e d e l okazywała się niedostateczną i od czasu do czasu widzi-my ciągłe próby zastąpienia jéj nowymi systematami.

A l i b e r t utworzył klasyfikację opartą na naturalném powinowactwie chorób, to jest na podobieństwie siedliska, przebiegu, zejścia i przypuszczalnej natury; ugruppował on choroby skórne nie zasadzając się na podobieństwie jednego tylko symptomatu ale całej summy właściwych każdej oznak. Słuszną tę myśl wypowiedział on naprzód w swém piśmie. *Description des maladies de la peau* (1806—1827) i *Précis théoretique et pratique des maladies de la peau* (1818) a następnie w *Monographie des dermatoses* 1832. Klasyfikacja ta jednak nie była przyjętą, gdyż A l i b e r t nie wszędzie wypełnił myśl zasadniczą, zbliżył do siebie niektóre choroby nie

mające nic wspólnego (np. dział: dermatoses teigneuses) a przy tém do nomenklatury wprowadził mnóstwo zbytecznych nazw, do wymówienia trudnych.

B a u m è s (1) starał się ułożyć czysto etiologiczną klasyfikację chorób skórnych, systemat ten oparty na zasadach hypotetycznych był prędko zapomniany, tem bardziej, że odbijał się w nim przestarzały kierunek szkoły w Montpellier. Schönlein (2) przyjąwszy za zasadę swego sytematu podział chorób skórnych (podany już przez Piotra (3) i Józefa (4) Franka) na ostre i chroniczne: *exanthe mata et impetigines*, połączył pierwsze z pewnemi ogólnemi chorobami i uważał in exanthematibus objawy processów: kataralnego, reumatycznego, erysipelatycznego. W chronicznych wysypkach widział utwory pasożytnicze i odróżniał okresy, kiełkowania (Keimung), rozwoju, kwitnięcia, dojrzewania i t. d. podzielił je na 5 grupp: *cryptoimpetigines*, *acnae*, *herpetes*, *porrigines* et *psorae*. Klasyfikacya ta równie jak i systemat Fuchsa, (5) ucznia Schönleina, nie miał żadnego powodzenia.

Wszystkie te próby nie mogły zachwiać systematu Willana, który olśniewał umysły pozorną swą dokładnością i dochował się prawie do ostatnich czasów. Ideje Willana były widoczne nawet u tych, którzy starali się uwolnić od ich wpływu. Nakoniec na początku ostatnich lat 20 wpływ ten znacznie osłabł. Światło anatomii patologicznej rozsypane przez badawczy i twórczy Rokitańskiego geniusz w połączeniu z gruntownością i bezstronnością Skody rozpędziło ciemności i w dziedzinie dermatologii. Hebra wierny uczeń obydwóch wskazał drogę patologiczno-anatomiczną jako naj-

(1) Baumès: Nouvelle dermatologie. 1842.

(2) Schönlein: Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie. Würzburg, in 8. 1832.

(3) Franc (Johann, Peter): De curandis hominum morbis epitome. Viennae 1792.

(4) Franc (Joseph). Praxeos medicae universae praecepta in 8. Taurini 1821. Vol. III, IV. De morbis cutis.

(5) C. H. Fuchs: Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge, Goetingen 1840—1841, 8 Theile in 8.

właściwszą przy badaniu chorób skórnych; z godnym podziwu zapalem uprawiał Hebra to puste, zamącone pole; ogrzewany świętym ogniem miłości prawdy walczył przeciw przesądom oddawna zakorzenionym i zwyciężył. Przy tym nowym kierunku specjaliści najdawniej przekonali się, że elementarne zewnętrzne formy nie stanowią nic specyficznego, że rozróżnianie plam, pęcherzyków, pryszczyków i t. d. jest pracą niewdzięczną żadnej korzyści nieprzedstawiającą; że na skórze mogą mieć miejsce te same chorobne processy, którym ulegają i inne organy; że one to stanowią istotę chorób skórnych. Dalej zauważali, że same processy chorobne są ściśle związane z przyczynami powodującymi je i warunkami pod wpływem których rozwijają się; pojęli całą korzyść wynikającą z dokładnego zbadania tak jednych, jak i drugich.

Porzuciwszy badanie form chorobnych zjawisk okazujących się na skórze, z których nic o ich przyczynach wnioskować nie można, dermatologowie zajęli się etiologią chorób skórnych. Świetnym wynikiem tego nowego kierunku, nader ważnego we względzie praktycznym, było odkrycie pasożytniej natury wielu chorób skórnych, których oddzielne formy były rozrzucone po wszystkich oddziałach systematu Willana.

Z pasożytów żyjących na skórze ludzkiej jeden tylko świerzbowiec *acarus scabiei*, był oddawna znany. Odkrycie jego jedni przypisują Avenzoarowi, inni Aristotelesowi. Ale dopiero od czasu jak Korsykanin Renucci wydobył świerzbowca ze skóry chorych dotkniętych świerzbą w przytomności Alibert'a, istnienie jego zostało powszechnie przyjęte. Odkrycie pasożytów roślinnych jest wyłącznym nabytkiem badań ostatnich czasów. Naprzód znaleziono je na roślinach, później i na ludziach.

Unger⁽¹⁾ zauważał, że pewne choroby roślin zależą od rozwoju na nich pewnych grzybków pasożytnych. Bassi⁽²⁾

(1) Unger: Die Exantheme der Pflanzen. Vien. 1835.

(2) Bassi: Del mal del segno calcinaccio o masecardino 1835. Traduction française par le Comte Barbo. Dalej Recherches sur la Muscardine, Bassi, w Comptes rendus des séances de l'Académie royale des sciences de Paris 1836; t. II, p. 434.

i Audouin (1) badając „muscardine“ wiadomą zaraźliwą chorobę jedwabników i innych owadów, przekonali się, że istotą téj choroby jest pasożyt roślinny (*Botrytis Bassiana*); autorowie ci już wypowiedzieli przypuszczenie, że niektóre choroby zaraźliwe zwierząt a nawet ludzi mogą zawdzięczać swe pochodzenie rozwojowi roślinnych pasożytów. I rzeczywiście w kilka lat później prawdziwość tego przypuszczenia została potwierdzoną całym szeregiem odkryć wyjaśniających wiele ciemnych kwestyj w dziedzinie dermatologii. Tak w 1839 r. Schönlein (2) wykrył roślinną pasożytną naturę parchu (*favus porrigo lupinosa*), chociaż jeszcze poprzednio (1836) R e m a k (3) wspominał o istnieniu pasożytu w téj chorobie, ale niewątpliwie sława dokładniejszego zbadania należy się profesorowi Zurichskiemu, który pierwszy zwątpił o pryszczowój (*pustulosus*) naturze parchu i dowiódł że cała wysypka składa się z samych elementów pasożytu. Pomimo oporu, z jakim stronnicy Willana zaprzeczali znaczenia a nawet istnienia pasożytu, parchów odkrycie Schönleina było potwierdzone przez dalsze badania Fu-

(1) Audouin. Recherches anatomiques et physiologiques sur le maladies contagieuse qui attaque les vers a soie et qu'on designe sous le nom de Muscardine. (Comptes rendus des séances de l'acad. roy des sciences 1836, T. III, p. 82, et Annales des sciences naturelles 1837, T. VIII, p. 299. Nouvelles expériences sur la nature et le mode de propagation de la maladie contagieuse qui attaque les vers à soie et qu'on désigne sous le nom de muscardine. (Comptes rendus 1837, t. V, p. 712, et Annales des sciences natur. 1837, t. VIII).

(2) Schönlein: Zur Pathogenie der Impetiginen – Archiv für Anatomie und Physiologie von J. Müller: 1839, st. 82, Taf. III, fig. 5.

(3) Erasmus Wilson: die Krankheiten der Haut. Leipzig, 1850, p. 583.

Charles Robin: Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux. Paris, 1853, p. 477.

chsa (1), Langenbeck'a (2), Remak'a (3), Hannover'a (4), Bennet'a (5), Gruby (6), Lebert'a (7).

W króćce po odkryciu pasożytu parchu Gruby znalazł roślinne pasożyty in mentagra contagiosa (*mentagrophyte*) (8), in alopecia circumscripta (*porrigo decalvans*, *phyto alopecia*) (9) i in tinea tonsuranti (10). Malmsten (11) opisał dokładniej pasożyt znaleziony w ostatniej chorobie i dał mu nazwę *trichophyton tonsurans*. Eichstedt (12)

(1) Fuchs: Loc. cit. t. II, p. 509—512.

(2) Langenbeck: Sämmtlicher Bericht über die 18 Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte zu Erlangen, 1841, p. 166—167.

(3) Remak: Zur Kenntniss der pflanzlichen Natur der porrigo lupinosa—w Medicinische Zeitung. Berlin, 1840.

(4) Archiv für Anatomie und Physiologie von J. Müller, 1842, p. 281—298, Taf. XV, fig. 7, 8 i 9.

(5) Bennet: On the vegetable nature of tinea favosa. The monthly journal of medical sciences, 1842.

(6) Gruby: Micoderme de la teigne. Comptes rendus, 1841, p. 72.

(7) Lebert: Physiologie pathologique, T. II, 1845, p. 477.

(8) Gruby: Sur une espèce de mentagre contagieuse resultant du développement d'un nouveau cryptogame dans la racine des poils de la barbe de l'homme Comptes rendus des séances de l'academie des sciences de Paris, 1842. t. XV, p. 512.

(9) Microsporon Audouinii. Gruby: Recherches sur la nature, le siège et le développement du Porrigo decalvans ou phyto-alopécie. Comptes rendus des séances de l'Academie des sciences de Paris. 1842, t. XVII, p. 301.

(10) Gruby: Recherches sur les cryptogames qui constituent la maladie contagieuse du cuir chevelu, decrite sous le nom de teigne tondante (Mahon), herpès tonsurant (Cazenave). Comptes rendus des séances de l'Academie des sciences de Paris, 1844, t. XVIII, p. 583.

(11) P. H. Malmsten: Trichophyton tonsurans der haarscheerende Schimmel. Ein Beitrag zur Auseinandersetzung der Krankheiten, welche das Abfallen der Haare bewirken. Aus Schwedischen übersetzt von F. C. H. Czeplin. Archiv für Anatomie und physiologie von J. Müller, 1848.

(12) Eichstedt: Neue Notizen ans dem Gebiete der Naturkunde, von Froriep 1846. Eichstedt Jahresbericht über die Fortschritte in der Heilkunde, im Jahre 1846 von Canstatt und Eisenmann, 1847.

w 1846 r. in pityriasi versicolori znalazł pasożyt, obecność którego potwierdził Sluyter (1), Rokitański (2). Simon (3) i inni. Nakoniec Bärensprung i Bazin prawie jednocześnie odkryli in herpete circinnato, lichene circumscripto tegoż samego pasożyta, którego Gruby i Malms ten znaleźli in tinea tonsenti. Późniejsze badania potwierdziły, że powyższym chorobom skórnyom zawsze towarzyszy rozwój pewnego roślinnego pasożytu i dowiodły, że pasożyt nie jest skutkiem, symptomatem lub przypadkową komplikacją, ale jedyną przyczyną niektórych chorób skórnych.

Zaraz po odkryciu pasożytów roślinnych powstała kwestya, o ich stosunku do organizmu i ich znaczeniu w pathologii. Przy roztrząsaniu téj kwestyi wyńikła niezgoda między uczonymi, która dotychczas istnieje. Jedni przypisują pasożytom ważny a nawet wyłączny wpływ w powstawaniu pewnych chorób, inni widzą w nich tylko produkt lub przypadkową komplikację choroby. Dwa te poglądy nie są nowe. Istnieją one od czasu odkrycia pasożytów zwierzęcych ciała ludzkiego. Któż nie zna sporów o świerzbowcu, którego w przeciagu kilku wieków to zaprzeczano, to znów odkrywano i uważano to za przyczynę, to za skutek choroby. Stronnicy dwóch tych poglądów nie zawsze utrzymywali się w granicach umiarkowania. Niektórzy niezadowoleni z faktów uciekali się do śmiałych przypuszczeń i objaśniali istotę wszystkich chorób zaraźliwych rozwojem nadzwyczajnie małych pasożytów (contagium vivum, Raspail, Henle). Inni w padli w przeciwną ostateczność, nie tylko nie chcieli widzieć w pasożytach przyczyny chorób ale nawet wątpili o istnieniu wielu z nich: np. Cazenave, który dotąd odrzuca istnienie pasożytów roślinnych w chorobach skórnych, i nazywa

(1) Th. Sluyter: De vegetabilibus organismi animalis parasis ac de novo epiphyto in pityriasi versicolor obvio. Berolini. Dissertatio inauguralis, 1847.

(2) Rokitański: Pathologische Anatomie, 1847, t. 1, p. 470.

(3) Gustav Simon: Die Hautkrankheiten. Berlin, 1851, p. 336

ich *złudzeniem mikroskopu* (illusion du microscope) (1). Teraz jednak stronnicy tych krańcowych poglądów należą do rzadkich wyjątków. Idea de contagio fixo dawno odrzucona. Co się tyczy roślinnych pasożytów, to nie istnienie ich ale tylko znaczenie w etiologii chorób przedstawia punkt sporny. Zresztą niezgody różniące lekarzy z powodu tej kwestyi odnoszą się nie do wszystkich roślinnych pasożytów ale tylko do tych, których istnienie związane z rozwojem pewnych roślinnych chorób. I rzeczywiście wszystkie roślinki mikroskopowe pasożytne ciała ludzkiego można rozdzielić na dwie nierówne grupy. Do pierwszej bardzo licznej odnoszą t. zw. *falszywe pasożyty*, takie ustroje roślinne, które przypadkowo tylko pojawiają się w niektórych chorobach; rozwijają się one w produktach chorobnych uległych widocznemu rozkładowi np. w ropie i stąd nazwa ich *roślin wymoczkowych* (plantes infusorielles. Robin). Dwie okoliczności: *przypadkowość* pojawienia się i *konieczność* poprzedniego rozkładu materji organicznej usuwają wszelką wątpliwość ze względu na ich znaczenie, widocznie drugorzędne. Roślinne posożyty drugiej grupy, do której należy kilka tylko mikroskopowych grzybków, stale napotykamy w pewnych chorobach skórnych; pojawienie się ich nie jest poprzedzone przez jawne oznaki rozkładu materji organicznej. Tu odnoszą się: Achorion Schönleini (favus), microsporon furfur (pityriasis versicolor, chloasma, taches hépatiques), microsporon Audouinii (alopecia circumscripta) i trihophyton tonsurans (herpes circinnatus, tinea tonsurans). Spór lekarzy ze względu na etiologiczne znaczenie pasożytów, głównie odnosi się do pasożytów téj ostatniej grupy. Jedni utrzymują, że nie ma istotnej różnicy między nimi a fałszywymi pasożytami; inni widzą w nich jedyną wyłączną przyczynę pewnych chorób skórnych, stanowiących osobny oddział—chorób pasożytnych skóry. Ostatni pogląd ma za sobą większość współczesnych dermatologów. Z drugiej strony wielu znanych

(1) Alph. C a z e n a v e: Traité des maladies du cuir chevelu, Paris, 1850, p. 197, 225.

klinicystów: jak Wilson, Cazenave, Devergie etc. energicznie podtrzymują teorię antipasożytną. Rozważmy nieco szczegółowiej tę kwestję o znaczeniu pasożytów w chorobach skórnych. Zaczniemy od zarzutów, któremi niektórzy chcą zburzyć współczesną naukę o chorobach pasożytnych skóry.

Zarzuty te są następujące:

1) Jeżeli wspomniane choroby zależą od pasożytów pochodzących z zewnątrz, to koniecznie wszyscy mający styczność z chorymi zarażać się powinni. A tymczasem tak nie jest. Z trzech osób, które kładą na swoją głowę czapkę parszywego chorego, zaraża się parchem jedna i to nie zawsze (1). Podobnie osoba, która przepędziła noc pod jedną kołdrą ze świerzbowatym, nie zawsze nabawia się świerzby (2). Epilatorowie w St. Louis żyjący prawie ciągle w atmosferze napełnionej pasożytnymi sporami (*spori*) są zdrowi. Większy jeszcze dowód stanowią liczne przykłady niepomysłnych zaszczepień. Przenoszono sztucznie pasożyta na skórę, nawet pod naskórek, otaczano przyjaznemí warunkami, a jednak choroba nie rozwijała się. Nawet przykłady pomysłnych zaszczepień wiele tracą na swój dowodności, jeżeli zwrócimy uwagę na to, że lancetem oprócz pasożytu zabieramy zwykle cząsteczkę chorobnej materii. A przy tém są fakta wprost dowodzące, że pasożyt nie jest jedynym czynnikiem zarazy. Berliński weterynarz Hertwig (3) zaszczepił świerzbę płynem wziętym z pęcherzyka świerzbowego, o czystości płynu przekonawszy się wprzód badaniem mikroskopowem. Wszystko to dowodzi, że pasożyt nie jest jedyną przyczyną choroby.

2) Daléj stronnicy teoryi antipasożytnéj mówią; jeżeli choroba pasożytna może nie rozwinąć się przy warunkach jawnie sprzyjających przeniesieniu czynników zarazy z choréj

(1) Alph. Dévergie: *Traité pratique des maladies de la peau*, Paris, 1857, p. 700.

(2) Dévergie: *loc. citat.*

(3) *Gazette des hopitaux* 1858, Nr. 14.

osoby na zdrową, to z drugiej strony liczne spostrzeżenia dowodzą, że choroba może mieć miejsce przy widocznym braku powyższych warunków, czyli że może rozwijać się *samowolnie*. Cazenave opisuje przypadek parchu rozprze-strzenionego po całym ciele, gdzie najdokładniejsze badanie nie mogło wykryć ani jednej okoliczności sprzyjającej zarażeniu (1). W *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* (t. III. p. 44, 1851) znajdujemy spostrzeżenie tegoż Cazenave o chorym z wrzodem syfilitycznym na twarzy, u którego w czasie pobytu w szpitalu St. Louis rozwinął się parch na mosznie, chociaż nie było żadnego powodu przypuszczać zarazę. Spostrzeżenia weterynarzy (Bouley, Leblanc) (2) dowodzą także, że u zwierząt domowych świerzba i inne choroby pasożytne skóry mogą się rozwijać samowolnie. Nakoniec historia patologii niektórych roślin przedstawia nam fakta dowodzące możliwości samowolnego rozwoju niektórych chorób pasożytnych. I tak badania Huzard'a (3) okazują, że pewna choroba krzewu winogronowego charakteryzująca się rozwojem pasożytu (*oidium Fuckeri*) pojawiła się tylko w XVII wieku w Anglii na winoroślach cieplarnianych.

Z faktów powyższych stronnicy teorii antipasożytnej wywnioskowali, że:

a) Jeżeli choroba nie rozwija się przy warunkach sprzyjających widocznie przeniesieniu czynników zarazy (nawet przy sztucznym szczepieniu), przeto sam pasożyt do wywołania choroby jest niedostateczny.

b) Jeżeli choroby pasożytne mogą rozwijać się samowolnie bez zarażenia, to widoczną jest, że pasożyt nie przyjmuje żadnego udziału w wywołaniu cierpień skórnych, i że te ostatnie rozwijają się wskutek innych przyczyn.

3) Daléj zwolennicy teorii antipasożytnej utrzymują, że choroby pasożytne rozwijają się pod wpływem ogólnych

(1) Cazenave; loc. cit. p. 240

(2) *Gazette des hopitaux*, 1858.

(3) *Gazette des hopitaux*, 1858, Nr. 17.

warunków chorobnych działających na cały organizm. Autorowie rozmaitych czasów świadczą, że w większości wypadków parchem dotknięte bywają osoby żyjące w złych warunkach higienicznych, wycieńczone skrofulami, gruźlicą, chorobą angielską. Toż samo można powiedzieć o świerzbie, która głównie rozwija się na zwierzętach chorych, źle karmionych (Bouley, Leblanc, Dévergie i inni). Na drzewie wiśniowém zdrowém niema pasożytów; na drzewach wyniszczonych pasożyty ukazują się w ogromnej ilości (1). Nie mówiąc już o tém, że samowolny rozwój chorób pasożytnych nigdy nie ma miejsca u osób zupełnie zdrowych, jest wiele faktów dowodzących, że w przypadkach niewątpliwego zarażenia, ono ma miejsce tylko przy warunkach nieprzyjaznych dla organizmu. I tak owca świerzbowata w stadzie owiec zdrowych, w małym stopniu albo wcale świerzby nie roznosi; przeciwnie w stadzie owiec chorych, wyniszczonych zaraza szybko rozwija się. Do podobnych rezultatów doprowadza także szczepienie pasożytów zwierzętom domowym. Z doświadczeń Delafonda (2) okazuje się, że zaszczepienie świerzbowca owcom mocnym, zdrowym udaje się tylko wyjątkowo, przeciwnie świerzba zawsze rozwija się jeżeli takową zaszczepiano owcom osłabionym, źle karmionym.

Z spostrzeżeń Reyna (3) okazuje się, że w wielu wypadkach objawy miejscowe są poprzedzone przez ogólne zjawiska wskazujące na ogólne cierpienie organizmu (utrata apetytu, ogólne osłabienie etc). Tegoż zdania jest Dévergie. Chociaż te zwiastuny nie zawsze bywają, jednak sama możność ich pojawu dowodzi już, że choroby pasożytne nie są miejscowe. Do podobnego wniosku doprowadzają także i inne fakta np. znikanie świerzby pod wpływem chorób gorączkowych i powrót jój po wyleczeniu się z ostatnich.

4) Nakoniec dla podtrzymania teorii antipasożytniej, niektórzy autorowie przytaczają tę okoliczność, że choroby

(1) Gazette des hopitaux 1858, Nr. 11.

(2) Delafond: Mémoire sur la gâte, 1857.

(3) Gazette médicale, 1853, Nr. 5.

skórne pasożytne mogą samowolnie zniknąć. I tak weterynarzom wiadomo jest, że epizoocya świerzby w stadach owiec wyniszczonych, źle karmionych powoli zmniejsza się a nawet zupełnie ustaje, jak tylko owce będą otoczone przyjaźniejszymi warunkami. Toż samo widzieć się daje i na roślinach. Gdyby te choroby zależały od rozwoju pasożytów, to samowolne ich zniknięcie byłoby tak niemożliwym jak i samowolne powstawanie. Im więcej indywidualów jest dotkniętych, tem ilość czynników zarazy (spori, jajeczka) staje się większą, tem więc liczniejsze są warunki sprzyjające rozwojowi chorób (1). Podobnie gdyby herpes circinnatus rozwijał się tylko pod wpływem trihophyti tonsurantis, pozostałoby nie wytłumaczonym, dla czego herpetyczny pierścień doszedłszy do pewnej wielkości, wstrzymuje się w swym rozwoju a później znika. Jeżeli rozszerzeniu się herpetycznego pierścienia towarzyszy powiększenie ilości spor i jeżeli tym sposobem pomnażają się warunki do dalszego rozwoju choroby, to herpes circinnatus powinien ciągle rozszerzać się i trwać do nieskończoności.

Z faktów powyższych stronnicy teoryi antipasożytnej wyprowadzili wnioski następujące:

a) Istotą chorób pasożytnych jest ogólne cierpienie organizmu, wyrażające się miejscowo na ogólnych powłokach ciała.

b) Pasożyt jest albo produktem choroby, albo przypadkową jej komplikacją. W każdym razie znaczenie jego dla organizmu małej jest wagi.

Fakta jednak służące za zasadę do powyższych zarzutów zostały źle pojęte i fałszywie tłumaczone.

1) Przeniesienie pasożytu na skórę nie jest jeszcze dostateczne do wywołania choroby, niezbędnym jest, aby przeniesiony pasożyt *rozwinął się* a do tego potrzeba, aby znalazł w danym ustroju pewną sumę sprzyjających miejscowych warunków, przyjazny *grunt*. Bazin twierdzi, że i to jeszcze nie jest dostatecznym; że choroba może rozwinąć się

(1) Dévergie, loc. cit. p. 500.

tylko przy pewnym, wewnętrznym usposobieniu organizmu (*aptitude predisposition*), bez którego pasożyt choćby się rozwinął w znacznej ilości zawsze pozostanie bezsilnym. Dla potwierdzenia swego zdania Bazin przytacza wypadek (1), gdzie na rękach chorego było mnóstwo kanalików świerzbowca bez wszelkiej innej wysypki; chory ten według Bazin'a nie był dotknięty świerzbą. Świerzbowce dostawszy się na grunt im przyjazny rozwijały się i rozmnażały w ogromnej ilości, ale z powodu braku wewnętrznego usposobienia (*aptitude*) były bezsilne, świerzby wywołać nie mogły. Tym sposobem podług teorii Bazin'a choroba pasożytna może rozwinąć się tylko pod wspólnym wpływem dwóch przyczyn czyli sił zewnętrznej i wewnętrznej. Zewnętrzna jest pasożyt: wewnętrzną stanowi wyżej wspomniane wewnętrzne usposobienie ustroju—*aptitude*. Sam pasożyt bez tego wewnętrznego usposobienia organizmu i odwrotnie samo usposobienie bez współdziałania pasożyta choroby wywołać nie mogą (2). My nie podzielamy tego poglądu na istotę chorób pasożytnych skóry; fakta służące za zasadę tej teorii wydają się nam niedostateczne. Podług zdania Bazin'a choroby nie ma jeżeli ona nie objawia się całą grupą zwykłych właściwych jej oznak, i tak chory wzmiankowany nie miał świerzby jedynie dla tego, że rozwojowi świerzbowca nie towarzyszyła zwykła wysypka. Według naszego zdania jest to pojęcie błędne. Śledząc za rozwojem i przebiegiem parchu widzimy, że istotą tego cierpienia przynajmniej z początku jest pasożytny grzybek, *achorion Schönleini*, którego elementy zbierając się w znacznej ilości tworzą charakterystyczne strupki (*godets*). Czasami pod wpływem szybko rozrastającego się pasożytu a może w skutek pewnego usposobienia organizmu, mogą okazać się na skórze zjawiska reakcyjne w kształcie jakiej wysypki, ale daleko częściej ich nie bywa i *favus* wyłącznie zasadza się na rozwoju pasożytu. Toż sa-

(1) M. E. Bazin: *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires*, pag. 4.

(2) Bazin: *loc. cit.* p. 4.

mo powiedzieć można o tak zwanych plamach żółciowych (*chloasma, pityriasis versicolor*); tu zjawiska reakcyjne jeszcze są rzadszemi: roślinny pasożyt (*microsporon furfur*) rozwinięty między warstwami naskórka stanowi całą oznakę choroby. Z tego punktu zapatrywać się należy i na inne choroby pasożytne skóry. Jak tylko pasożyt rozwinął się, mamy najzupełniejsze prawo powiedzieć, że choroba istnieje. Zjawiska reakcyjne mają znaczenie drugorzędne, mogą one nie istnieć a pomimo tego choroba pasożytna nie przestanie być chorobą. Nie możemy więc zgodzić się z Bazin'em, że u wspomnianego chorego nie było świerzby; świerzba była ale obraz jęj nie był zupełny w skutek braku jednego z główniejszych objawów klinicznych, wysypek symptomatycznych. I rzeczywiście nie widzicie świerzby u człowieka, którego ręce pokryte kanalikami świerzbowca, który może zarazić świerzba mnóstwo ludzi, którego koniecznie trzeba poddać leczeniu, jestto samo co zaprzeczać istnieniu parchu u dziecka, którego głowa pokryta pasożytnymi strupkami.

Z powyższych powodów oprócz przyjaznego gruntu nie widzimy najmniejszej przyczyny przypuszczając wewnętrzne usposobienie ustroju; tak więc z dwóch przyczyn, które podług Bazin'a współdziałają przy wywołaniu choroby pasożytnej, pozostaje jedna zewnętrzna—pasożyt, *rozwój którego w pewnym miejscu organizmu stanowi istotę każdej choroby pasożytnej.*

Jeżeli odrzucamy usposobienie (*aptitude*), jako wewnętrzny element choroby, czyż ono nie może nam posłużyć do wytłumaczenia zjawisk reakcyjnych w pasożytnych chorobach skóry? I tu możemy dać odpowiedź przeczącą. Wysypki w chorobach pasożytnych są tylko skutkiem mechanicznego działania pasożytu na tkanki żyjące, mają to samo znaczenie, co zjawiska reakcyjne rozwijające się pod wpływem każdej innej przyczyny drażniącej. W tych wypadkach konieczność reakcyi wypływa z własności tkanki żyjącej oddziaływania na wszelki bodziec, nie widzimy zatem najmniejszej potrzeby łączenia jęj z wewnętrznym usposobieniem. Nie odrzucamy tu znaczenia ogólnego stanu organizmu, nie wątpimy, że pod

jego wpływem mogą się zmieniać własności i przebieg zjawisk reakcyjnych powstałych czy w skutek pasożytu, czy innéj przyczyny drażniącój; ale uważamy wysypkę okazującą się w chorobach pasożytnych jako prosty skutek rozwoju pasożytu a nie jako miejscowe wyrażenie się wewnętrznego usposobienia (*aptitude*). Pasożyt dla wywołania wysypki nie potrzebuje pośrednictwa usposobienia wewnętrznego, równie jak każde obce ciało dla wzbudzenia zjawisk reakcyjnych w tych częściach ustroju, do których ono dostało się. Wiedząc, że ukazanie się wysypki w chorobach pasożytnych zależy od pewnego stosunku pasożytu do tkanki skórnej, łatwo wytłumaczyć dlaczego w jednéj chorobie wysypka jest tylko zjawiskiem przypadkowém, gdy tymczasem w innéj ona stale towarzyszy rozwojowi pasożytu i czasami stanowi jedną z ważniejszych a czasami jedyną oznakę choroby. Tak in pityriasi versicolori pasożyt rozrasta się między dwiema warstwami naskórka ale rozwija się tylko kosztem warstwy powierzchownéj, *rogowéj; rzadko dochodzi on do warstwy młodych komórek; stąd téż jedyne zjawisko reakcyjne czasami tylko spostrzegane w téj w chorobie jest słaba czerwoność erytematyczna. Podobnie jeżeli paznogcie będą siedliskiem ochorii lub trichophyti, nie spostrzeżemy żadnych zjawisk reakcyjnych ze strony części miękkich otaczających paznogcie. Toż samo widzimy w świeżych wypadkach favi.

Stosunek innych pasożytów do tkanki skórnej jest daleko głębszy. I tak *trichophyton* nie ogranicza się na powierzchownych warstwach naskórka: dochodzi on głębiej do warstwy miękkich komórek a nawet do samej skóry (*corium*): Stąd w téj chorobie musi *koniecznie* rozwijać się process reakcyjny objawiający się pewnemi wysypkami. Swierzbowiec podobnie tworzy głębokie kanaliki pod naskórkiem, dochodzi do samego corpus papillare i *koniecznie* skutkiem tego musi wywoływać cały szereg zjawisk reakcyjnych. Brak wysypki w niektórych wyjątkowych wypadkach świerzby, wcale nie zmusza nas do przypuszczenia wewnętrznego usposobienia *aptitude*, a tylko dowodzi, że albo pasożyt wywiera bardzo małe działanie drażniące, albo téż że skóra posia-

da nader słabą własność reakcyjną, albo nakoniec jest skutkiem jednej i drugiej przyczyny.

Zresztą czem różni się teoria Bazin'a od nauki jego przeciwników? Jaka różnica między aptitude i tym wewnętrznym hypotetycznym elementem, który w różnych czasach był nazywany virus psorique, vice ou virus dartreux, l'inconnu de la dartre, diathèse dartreuse i t. p.? Zawsze jest tu mowa o niewiadomym wewnętrznym elemencie choroby, różnica tylko ta, że według zdania Bazin'a ten wewnętrzny element może okazywać się tylko pod wpływem pasożytu; a podług twierdzenia jego przeciwników wywoływać go może każda inna przyczyna drażniąca np. przeciąg powietrza, tarcie i t. p. Jeżeli zaś pasożyt nie ma w sobie nic specyficznego, jeżeli działa tylko jako zewnętrzna przyczyna drażniąca, to nie pojmujemy dla czego on sam tylko ma przywilej wywoływać na zewnątrz wewnętrzny chorobny element, dla czego i inne bodźce nie mogą działać takim samym sposobem? Widzimy przeto, że Bazin przypuściwszy swoją aptitude mało różni się od tych, przeciw którym powstaje tak energicznie.

A więc na zakończenie powiemy: że *istotą choroby pasożytnej jest rozwój pasożytu* we właściwej mu miejscowości ustroju i że oprócz miejscowych warunków, warunków gruntu, dla objaśnienia zjawisk chorobnych nie potrzebujemy przypuszczać nieznanego wewnętrznego usposobienia. Pasożyt *zawsze* rozwinie się, *zawsze* wywoła chorobę, jeżeli tylko w danym ustroju znajdzie przyjazny dla siebie *grunt* t. j. pewną summę sprzyjających mu miejscowych warunków tak fizycznych jak i organicznych. Wewnętrzne ogólne warunki o tyle tylko mają znaczenia w rozwoju choroby, o ile przyjmują współdziałanie w przygotowaniu przyjaznego gruntu dla pasożytu. Zresztą jeżeli warunki gruntu mają istotne znaczenie przy rozwoju innych roślin i zwierząt, to dla czegożby pasożyty stanowiły wyjątek od tego ogólnego prawa.

Zarzucają stronnikom teorii pasożytnej, że oni ograniczają się na wyrażeniach ogólnych a nie wykazują wyraźnie warunków bytu i rozwoju ustrojów pasożytnych t. j. nie wyja-

śniają na czém zależy ten przyjazny lub nieprzyjazny grunt. Ale jeżeli nuuka nie wyrzekła ostatniego słowa we względzie warunków życia ustrojów wyższych, dawno znanych, stanowiących przedmiot ciągłych licznych badań, to czy słuszném jest, abyśmy tego żądali w kwestyi warunków rozwoju ustrojów, któreśmy niedawno poznali i istnienia których do ostatnich prawie czasów zaprzeczano?

2. Dla zarażenia niekoniecznie potrzeba pośredniego lub bezpośredniego zetknięcia się osoby zdrowej z chorą. Czynniki zarazy, szczególnie *spori* roślinnych pasożytów tak są małe i lekkie, że łatwo unoszą się w powietrzu i mogą być wiatrem przenoszone na znaczną odległość. Przytem badania powietrznego pyłu dowodzą, że część jego organiczna prawie wyłącznie składa się z wymoczków i *spori* roślin skrytopłciowych. Trudno rozstrzygnąć do jakich rodzajów botanicznych należą te *spori*; ale jest bardzo prawdopodobném, że między nimi mogą znajdować się i *spori* pasożytów skórnych. Przy takiej przeto możliwości, dowody samowolnego rozwoju chorób pasożytnych ostać się nie mogą; w wypadkach pozornego samowolnego rozwoju choroby pasożytniej, zawsze ma miejsce przypuszczenie, że przyczyną jój były unoszące się w powietrzu czynniki zarazy.

Perjodyczny pojaw chorób pasożytnych winnej latorośli, jedwabników i t. p. wcale nie dowodzi, że pasożyty za każdą razą na nowo tworzą się lub za każdą razą wszystkie znikają; przeciwnie bardzo jest prawdopodobnem, że *spori* ich podobnie jak nasiona niektórych innych roślin (egipska pszenica, *mimosae*) mogą przechowywać się bardzo długo, nie tracąc własności kiełkowania, jak tylko będą otoczone przyjaznymi warunkami.

Gdyby nawet było dowiedzione, że choroba winorośli pojawiła się tylko w XVII wieku, to w tém nie widzielibyśmy przykładu samowolnego rozwoju choroby pasożytniej, a dówód, że tylko w XVII wieku były warunki przyjazne dla rozwoju *sporoidii Tuckeri* (1).

(1) Choroba ta zdaje się, była już znaną Pliniuszowi. Gerard: *Gazette médicale*, 1858, N. 8.

3. Jeżeliby spostrzeżenie, że choroby pasożytne rozwijają się tylko na ustrojach słabych, wyniszczonych chorobami lub innymi złymi higienicznymi warunkami, było prawdziwym, to służyłoby za dowód, że przy takich tylko warunkach może utworzyć się przyjazny dla pasożytów grunt. W takim razie ogólne wyrażenie „grunt“ zyskałoby określenie ściślejsze, dokładniejsze. Ale spostrzeżenie owo nie stanowi prawa ogólnego. Z dotychczasowych badań nie można wyprowadzić ostatecznego wniosku o stosunku stanu patologicznego do rozwoju pasożytów. Jeżeli chorobliwy stan w wielu razach usposabia do rozwoju pasożytów, to w innych wypadkach widocznie chętniej rozwijają się one na ustrojach zupełnie zdrowych: np. wiadomo, że najpiękniejsze grona najwięcej bywają doknięte oidio Tuckeri. Podług spostrzeżeń Latour'a (1) pasożyty rozwijające się na niektórych gatunkach róż najczęściej pojawiają się na krzakach mocnych i kwitnących. Swierzbowiec z jednokową łatwością rozmnaża się na ludziach zdrowych i chorych. Toż samo można powiedzieć de trichophyto, który prawie wyłącznie ukazuje się na zwierzętach domowych mocnych, zdrowych (Reynal, Baerensprung). Owe wypadki w których zjawiska miejscowe są poprzedzone przez pewne symptomy ogólne, dowodzące tylko że trichophyton może rozwijać się i na indywiduach niezdrowych; owe pozorne zwiastuny są tylko symptomatami poprzedniego stanu chorobnego.

4. Z przypuszczenia, że rozwój pasożyta może mieć miejsce tylko na gruncie dlań przyjaznym, łatwo wyprowadzić można wniosek, że pasożyt umrze a przynajmniej zatrzyma się w swym rozwoju ze zmianą gruntu przyjaznego na nieprzyjazny. Na czém zależy ta zmiana, niewiadomo; warunki śmierci pasożyta równie dla nas są ciemne i zagadkowe jak warunki jego życia. Ze śmiercią pasożyta musi przerwać się i choroba pasożytna. Jeżeli śmierć pasożyta następuje bez pomocy sztuki, to choroba, według ogólnie przyjętego wyrażenia, znika

(2) Union médicale, 1858.

samowolnie. W tych jednak wypadkach pasożyt, jak wyżej powiedzieliśmy, ginie w skutek przyczyn zmieniających grunt dlań przyjazny na nieprzyjazny. Jeżeli świerzba, która epizootycznie panowała w stadzie owiec słabych, źle karmionych przerywa się i znika, jak tylko owce będą otoczone przyjaźniejszymi warunkami higienicznymi i dietetycznymi, to jedynie dla tego, że przy téj zmianie warunków zmienia się także i własność gruntu, służącego za siedlisko dla pasożytów. Toż samo powiedzieć można i o innych chorobach pasożytnych; one *koniecznie* muszą znikać, jak tylko przerwane zostaną warunki przyjazne rozwojowi pasożytów.

Wszystkie powyższe dowody wskazywały tylko niesłuszność zarzutów stawianych przez przeciwników teorii pasożytniej. Zastanówmy się teraz nad faktami wprost dowodzącymi, że choroby pasożytne są chorobami czysto miejscowymi i zależą jedynie od rozwoju pasożytów.

a) W żadnej z chorób pasożytnych nie widzimy oznak właściwych ogólnym chorobom; żadne zwiastuny nie poprzedzają nigdy chorób pasożytnych, nigdy im nie towarzyszy ogólne cierpienie ustroju (chyba jako komplikacya lub morbus intercurrents); nie widzimy w nich żadnego stałego stosunku do wieku, płci, konstytucyi lub innego fizyologicznego lub patologicznego stanu ustroju; nigdy nie bywają dziedzicznymi, i prędkie znikanie ich czy samowolne czy - za pośrednictwem sztuki nigdy nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu na ogólne zdrowie osoby dotkniętej.

Właściwość chorób pasożytnych skóry, którą okazał Baerensprung (†) pod wieloma względami zasługuje na uwagę naszą. „Godnem uwagi jest,“ mówi dermatolog Berliński, że w chorobach skórnych zależących od ogólnego cierpienia organizmu np. w ostrych wysypkach gorączkowych, w części w wysypkach syfilitycznych, równie przy psoriasis i innych, wysypki pojawiają się na całej powierzchni ciała, a przynajmniej razem w rozmaitych punktach ustroju.

Wysypka taka bywa i ona błonach śluzowych. Albo wy-

(1) Baerensprung: die Hautkrankheiten, Erlangen 1848.

sypki koncentrują się w pewnych miejscach jakby ulubionych loca electionis. Albo nakoniec widzimy w nich wyraźne powinowactwo do pewnych organów skóry (np. róża do naczyń limfatycznych, acne do gruczołów tłuszczowych i t. d.).

Choroby zaś skórne zależące od przyczyny miejscowej nigdy nie wychodzą z granic, w których podziałała ta przyczyna. Tak in erythematibus, eczematibus wywołanych promieniami słońca, gorącem, chłodem, drażniąciami maściami, plasterami i t. d. wysypki rozwijają się tylko na miejscach, które były poddane wpływowi tych przyczyn. Gdyby przyczyna taka ciągle działając powiększała krąg swój działalności, to i wysypka rozszerzałaby się dalej. Ale własność tę posiadają tylko choroby skórne, zależne od żywej miejscowej przyczyny, to jest od pasożytów zwierzęcych, lub roślinnych. — I tak wysypka świerzbowata rozwija się za śladem rozmnazających się świerzbowców. Parchy, plamy żółciowe, wysypki trichofityczne także postępują za rozwojem swych pasożytów i rozszerzając się powoli po powierzchni skóry tworzą rozliczne figury podobne do figur wyrobionych przez pleśń na starych parkanach, kamieniach, korze starych drzew i t. d.

b) Zaraźliwość wszystkich chorób pasożytnych skóry przy charakterze ich miejscowym dowodzi także, że jedyną ich przyczynę stanowią pasożyty. Zaraźliwość parchu dawno już była znaną. Kliniczne spostrzeżenia i szczepienia dowiodły zaraźliwości wysypek trichofitycznych. Najpóźniej przekonano się o zaraźliwości pityriasis versicoloris (Eichstedt, Sluyter, Startin).

Inne choroby zaraźliwe skóry są cierpieniami *ogólnemi*. Jad np. syfilityczny od którego zależy zaraźliwość może rozwijać się tylko pod wpływem oddzielnąj patologicznej działalności całego organizmu. Jeżeli zaś choroby pasożytne skóry są cierpieniami czysto miejscowemi, (o czym i wątpić nie można dla przyczyn wyżej wyłożonych), to zaraźliwość ich koniecznie prowadzi do wniosku, że czynnikiem zarazy a więc i przyczyną choroby może być *tylko pasożyt*.

c) Dobroczynny wpływ teoryi pasożytniej na terapię chorób pasożytnych dowodzi także jej prawdziwości. Racyonalne

użycie samych tylko środków zewnętrznych, skierowane do jednego celu, zniszczenia pasożytu jako jedynéj przyczyny choroby, daje najświetniejsze rezultaty. Komu nieznan sposób leczenia świerzby w przeciągu dwóch godzin (Hardy)? Parch (*favus*) który jeszcze niedawno był uważany za chorobę niewyleczalną, teraz prędko znika przy epilacyi i użyciu środków przeciw pasożytnych. Pityriasis versicolor nieustępujący przy żadnem leczeniu wewnętrznem, prędko i niepowrotnie znika za kilkakrotnem przemyciem roztworem sublimatu.

d) Najważniejszy dowód prawdziwości teoryi pasożytnéj stanowią *szczepienia*, przy ich pomocy udaje się naocznie wykazać, jak pod wpływem jakiego pasożytu przeniesionego z osoby choréj na zdrową, rozwija się odpowiednia choroba pasożytna. Prawda, że szczepienie nie zawsze daje pomyślny rezultat, ale i mała liczba pomyślnych doświadczeń nie traci swego znaczenia, gdyż tu jeden fakt dodatny więcéj dowodzi jak kilka ujemnych.

Przypuszczenie, że rozwój choroby przy pomyślném szczepieniu zależy od cząstek chorobnego produktu, przeniesionych wraz ze *sporami* pasożytu na końcu lanceta, utrzymać się nie może, przy znakomitych spostrzeżeniach Grube'go i Remaka, którym udało się jabłku, korze dębowéj zaszcześcić masę parchową.

Tak więc i kliniczne spostrzeżenia i szczepienie dowodzą prawdziwości teoryi pasożytnéj; ona też teraz prawie ogólnie jest przyjętą. Choroby pasożytne skóry słusznie stanowią osobny dział czyli grupę.

Wszystkie choroby pasożytne skóry dzielimy na dwie grupy:

A) Choroby powstałe w skutek rozwoju *roślinnych* pasożytów.

B) Choroby zależące od obecności *zwierzęcych* pasożytów.

Do pierwszéj liczymy:

1. Favus.

2. Tinea tonsurans z trzema jéj odmianami: a) Herpes circinnatus, b) Sycosis i c) Herpes tonsurans.

3. Alopecia areata.

4. Pityriasis versicolor.

Do drugiej grupy należą: 1) Phthiriasis i 2) Scabies.

Każda z tych czterech chorób cechuje się rozwojem osobnego pasożytu. Hebra twierdzi, że wszystkie te choroby pochodzenie swe zawdzięczają jednemu i temuż samemu ustrojowi roślinnemu; że różnica ich spowodowana jest tylko ilością pasożytu, stopniem jego rozwinięcia i właściwością budowy skóry dotkniętej. Dla potwierdzenia swego zdania przytacza fakt, że widział favus i herpes tonsurans rozwinięte na jednej osobie, widocznie w skutek teje samej przyczyny. Nie widzimy jednak przeszkody przypuścić, że chory ów równocześnie był dotknięty dwiema chorobami, chociaż wypadki takie są rzeczywiście rzadkie. Fakt ów może być uważany jako dowód współczesnego rozwoju dwóch grzybków na jednem indywiduum, a nie jako potwierdzenie dwóch różnych chorób zależnych od jednego i tegoż samego pasożytu. Zresztą jest to przedmiot dotąd niedostatecznie zbadany i mający więc wartość naukową jak praktyczną. (D. c. n.)

O RAKU JĄDRA.

podał Dr Władysław STANKIEWICZ.

(Dokończenie. Zob. str. 256, t. LVI, r. 1866).

§ 4. Rozpoznanie. O ile wczesne rozpoznanie raka jądra pożądanem jest jako warunek pomyślnego leczenia, o tyle częstokroć znacznemi jest otoczone trudnościami, a niekiedy zupełnie niemożliwemi. Najznakomitsi chirurdzy potknęli się o ten szkopał i przyznając się do błędów mimowolnie popełnionych, starali się przez dokładne przedstawienie danych wypadków wyciągnąć korzyść na przyszłość i uchronić następców od podobnych pomyłek.

Pozostawiając ogólne rozróżnienie chorób jądra dziełom właściwym, ograniczamy się tutaj na wykazaniu głównych róż-

nic, tych chorób jądra, które utrudnić mogą rozpoznanie przedrodzenia, będącego przedmiotem niniejszej pracy.

Rak jądra jak większa część chorób obok cech stałych, przedstawia inne przypadkowe, które zależą już to od wieku i warunków osobistych chorego, już też od formy, okresu choroby, lub powikłań jój towarzyszących; i dla tego za nim podamy szematycznie różnice jego od innych chorób, zastanowimy się pierwój nad pojedynczemi jego cechami.

Co do wieku, rak jądra spotyka się tak w kolebce jak i w zgrzybiałej starości; najczęściej atoli między 30m a 40m rokiem życia; rozwija się prawie zawsze w jednóm jądrze, lubo czasem zdarzają się zajęcia obudwu jąder, jak to podaje Denonvilliers (1). Ze wszystkich guzów jądra rak dosięga największej objętości i tylko łatwe do poznania *Elephantiasis scroti* przewyższa go pod tym względem. Kształt jego zmienia się w miarę wzrostu i rozprzestrzenienia na części przyległe. Dopóki jest zawarty wewnątrz błony białej, zachowuje kształt owalny, czém się najwięcej zbliża do *Sarcocele Siphilitica*; rozrastając się, zajmuje tkankę przyjądrza i przybiera kształt gruszkowaty, jakim właśnie cechuje się *Hydrocele tunicae vaginalis*. Powierzchnia jądra rakowatego z początku równa i gładka, staje się następnie guzowatą. Wszyscy niemal autorowie przedstawiają ciężkość jądra rakowatego jako cechę nadzwyczaj ważną pod względem dyagnostyki porównawczej. N e l a t o n (2) wykazuje stanowczo, iż cecha ta nieposiada wielkiej wartości, albowiem potrzebaby mieć zawsze pod ręką inny guz jądra tój samój wielkości celem porównania ich ciężaru gatunkowego; co w największych nawet szpitalach bardzo rzadko zdarzyć się może.

Twardość raka, bywa bardzo znaczną w pierwszym okresie i w całej jego massie jednakową, w okresie zaś rozmiękczenia obok reszty tkanki, mającej nieraz twardość chrząstkowatą, przedstawia miejsca podatne, ciastowate, dające nawet uczucie fałszywego przelewania, które jest tak łudzące,

(1) Vidal, Loc. cit. p. 221.

(2) Eléments de Pathologie Chir. t. V. p. 565.

że chirurgowie, jak Pott, Hunter zawyrokowali obecność płynu tam, gdzie go wcale później nie znaleźli, a A. Cooper wyznaje sam, iż mu się to więcej niż raz przytrafiło. Zresztą zebrana w jamie pochewki wspólnej ilość płynu surowiczego, jest zwykle tak mała, że wcale nie utrudnia badania samego jądra. Stosunek raka jądra do powłók jego, do przyjądrza i powrózka nasiennego, jakkolwiek ulega licznym zmianom, niemniej jednak stanowi ważną cechę rozpoznawczą.

W większej części przypadków, jądro zlewa się ze skórą i tworzy wrzód cechujący. Przyjądrze powiększając się przybiera kształt guzowaty, nie regularny, powrózek grubieje, a na jego przebiegu okazują się mniej więcej wydatne węzły. Bóle najczęściej dzienne, z charakterem przeszywającym, różnią raka jądra od innych guzów niebolesnych, przyczem należy pamiętać, że jądro w pierwszym okresie raka niebolesne przy pociśnięciu, w późniejszym okazuje silny ból za słabem nawet dotknięciem. Wreszcie wpływ raka jądra na stan ogólny chorego i rozwój guzów rakowatych w organach wewnętrznych, dopełnią rozpoznania w wielu razach wątpliwych. Aby ułatwić rozróżnienie raka jądra od podobnych doń chorób tegoż organu, zestawiamy ich główne cechy w formie tabelli obok zamieszczonej.

Wyliczamy tu tylko guzy jądra nieodprowadzalne, gdyż odprowadzalne, jakimi są: *hernia scroti*, *hydrocele congenita* i *varicocele*, z łatwością bywają rozpoznawane:

Pomimo dość ścisłych, jak widzimy cech rozpoznawczych, trafiają się wypadki nadzwyczaj trudne, które ze względu swęj ważności, zasługują na przytoczenie treściwe.

Stwardnienie z powiększeniem przyjądrza w skutek przewlekłego zapalenia, uważane jest przez Humphry (1), Curlinga i wielu autorów jako bardzo trudne do odróżnienia od raka, zwłaszcza w okresie jego wczesnym, gdzie operacja najbardziej byłaby wskazaną. Aby stanowczo w podobnym razie rozstrzygnąć wątpliwość, Cooper, Curling, Nélaton i większość autorów zgadzają się na zada-

(1) Holmes, a System of surgery Vol. IV. p. 597.

Rodzaj choroby	Chore jedno jądro, lub obadwa jednocześnie	Wielkość	Kształt i powierzchnia	Stan skupienia	Przeświecanie	Przelewanie	Ból	Stosunek jądra do guza i skóry, stan przyjądrza i powrózka nasiennego.	U w a g i.
Cancer testis	Jedno, wyjątki bardzo rzadkie.	Najznaczniejsza ze wszystkich brzośców jądra.	w początku owalny i gładki, później nieregularny o powierzchni guzowatej.	W początku b. twarde, po rozmiękczeniu miejscami ciastowaty.	żadne.	Falshywe i to bardzo rzadko.	dzienny, przesywający, występuje przerwami.	Skóra zaslana z jądrem powrózek nasienny zgrubiałą iguzowaty	Wzrost powolny guza, gruczoły wewnątrz brzucha powiększone, stan ogólny chorego wycięzony.
Sarcocele syphilitica.	Często obadwa jądra.	mierna.	Kształt owalny pow. gładka	Twardość znaczna.	żadne.	żadne.	Nocny ciągły.	Skóra zdrowa. przesuwalna.	Objawy poprzednie Syphilis stan ogólny dobry.
Hydrocele tunicae vaginalis.	Jedno.	mierna.	k. gruszkowaty, p. gładka.	Sprężysta podatność.	wyraźne.	Wyraźne, przy średniej grubości guza	Tylko przy pociskaniu jądra samego.	Jądro z tyłu guza i na zewnątrz, skóra zdrowa wolna.	Stan ogólny dobry.
Haematocele	jedno.	mierne.	k. okrągły. p. gładka.	Guz jednostajnie mięki.	żadne.	Falshywe.	niebolesny.	Skóra zdrowa i wolna	Stan ogólny dobry, powstaje nagle po przekłuciu wypływa ciecz brudna z czarnym skrzepem i guz się zmniejsza, gdy przy Raku wypływa kr. jasna i guz niezmniejsza się.
Orchitis chronica (ze stwardnieniem powłok i powiększeniem przyjądrza).	jedno.	mierna.	k. nieforemny. p. nierówna.	Twardość niewielka jednostajna.	żadne.	żadne.	Niebolesny, czasem ciężkie.	Jądro zdrowe, skóra wolna, głównie stwardnienie przyjądrza.	Stan ogólny dobry, dla stanowczego rozpoznania stosować antillogosis i leczenie ręcją.
Tuberculosis testiculi.	często obadwa.	nieznaczna.	k. nieforemny, p. nierówna bez żadnej guzowatości.	Twardość z podatnością	żadne.	żadne.	Żaden, w stanie zapalnym jak przy Orchitis.	Owrozdzenie skóry, ropa biała, dobra, przyjądrze i powrózek zgrubiałe i nierówne.	Zajęcie gruczlacz, pęcherzyków nasiennych i gruczołu krokowego (Prostata).
Hernia epiploica irreductibilis.	jedno.	nieznaczna.	k. nieforemny, p. nierówna.	Miękkość.	żadne.	żadne.	Niebolesny.	Jądro u samego dołu guza, skóra owalna.	Stan ogólny dobry, występowanie guza przy kaszlu ku przodowi.
Cysto-sarcoma (Hydatideng-chwulst) Cooper.	jedno.	średnia.	k. nieforemny. p. guzowata.	Niejednostajny, miejscami bardzo mięki obok znacznej twardości.	żadne.	Czasem częścicowe i niewyraźne.	niebolesny.	Skóra wolna, toż samo powrózek i przyjądrze.	Stan ogólny dobry.

nie wewnątrz rzęci i leczenie przeciwzapalne miejscowe, dopóki guz nie zacznie mięknąć i zmniejszać się; jeśli zaś pomimo ślinitoku, guz nieulega żadnej zmianie, przystąpić niezwłocznie do usunięcia takowego. Dupuytren (1) szczególnie nastaje na wyczerpanie leczenia przeciw sypilitycznego i zapalnego w razach wątpliwych, zanim przystąpimy do operacji; wspomina o wypadku, gdzie odjęto jądro, jako rakowate, a gdy w krótkce potem, w drugim okazały się też same zmiany, wyleczono je zupełnie przez zadanie rzęci.

Torbielo-mięśniak (*cysto-sarcoma*) jądra, w wielu razach jest niepodobny do odróżnienia od raka, tem bardziej, że w samej massie raka jądra, często wytwarzają się torbiele. Szczęściem, że w jednym i drugim razie, wyłuszczenie jądra, stanowi jedyne leczenie.

Haematocele tunicae vag. com. niekiedy tworzy się powolnie, daje fałszywe przelewanie, podobnie jak rak w okresie rozmiękczenia, a obecność wprawdzie wyjątkowa, bólów przeszywających wprowadziła raz w błąd Dupuytren'a (2).

Dla rozpoznania stanowczego, wypada uciec się do przecięcia powłók, gdyż przekłócie samo, często pozostaje nadaremne; doświadczyli tego Hunter i A. Bernard, że pomimo przekłócia jądra trójgrańcem, niebyło żadnego odpływu, narzędzie bowiem raz zatrzymane zostało w zgrubiałych tkanekach, a nawet pomimo przebiccia wszystkich okryw, krew skrzepła przez rurkę przejść nie była w stanie.

Carcinoma tunicae vaginalis com. przyczem jądro jest zupełnie zdrowe, a tylko ściany pochewki wspólniej przerodzone rakowato i w jamie wylany płyn, czynią niepodobnem rozpoznanie.

Ev. Home (3) wziął podobny wypadek za *hydrocele*, i kazał czekać na powiększenie się guza dla wykonania przekłócia; skończyło się jednak na wyłuszczeniu jądra.

(1) Loc. cit. p. 226.

(2) Nélaton, Traite de pathologie chirurg. t. V. p. 637:

(3) Observations ou cancer, p. 125.

Dupuytren (1) mówiąc o trudności rozpoznania guzów jądra, przytacza trzy wypadki chrzastniaka pochewki wspólnej, z wylaniem w jej jamę płynu surowiczego ze krwią w znacznej ilości; dostrzeżono to powiększej części przy rozbiórce pośmiertnym. We wszystkich podobnych wypadkach, tylko przecięcie powłók doprowadza do stanowczej pewności.

Najtrudniejszym atoli jest rozpoznanie zmiany jądra, zatrzymanego od urodzenia w przewodzie pachwinowym; gdyż tu właśnie jesteśmy pozbawieni możności bliższego badania samego jądra. Delasiauve (2) i Pott, przytaczają podobne wypadki, w których jądro zatrzymane w stanie ostrego zapalenia w kanale, wzięte było za przepuklinę zaciśniętą i dopiero po rozcięciu powłók przekonano się o istotnym stanie rzeczy. Najciekawszy tego rodzaju wypadek opisuje Dupuytren (3): tutaj jądro lewe zatrzymane w kanale uległo przerodzeniu nazwanemu przezeń *hydro-sarcocele* (zapewne rak z hydrocele) i powikłane było z przepukliną kiszkową. Ponieważ uważano to za prostą przepuklinę, chory nosił od dawna odpowiedni pasek, nagle wystąpiły objawy zaciśniętej przepukliny i Dupuytren wezwany, przeciąwszy skórę i przewód pachwinowy, znalazł jamę pochewki wspólnej napełnioną 8 do 10 uncjami płynu surowiczego, który otaczał powiększone i przerodzone jądro. Po wyłuszczeniu jądra przekonał się, że guz zewnętrzny utworzony był przez rozciągniętą płynem pochewkę wspólną; jądro zajmowało otwór zewnętrzny przewodu, a sam przewód był wypełniony przez powiększone przyjądrze i pętlę kiszki, która przy kaszlu i parciu tłoczy brzuszną opuszczając się, wypychała poniżej leżące jądro. Objawy zaciśnięcia po wyłuszczeniu jądra ustały i chory wyzdrowiał.

Dupuytren daje radę, aby zawsze wyłuszczać jądro zatrzymane w kanale, jeśli takowe jest nietylko przerodzone ale nadto w stanie powiększenia i stwardnienia w skutku zapaleń.

(1) Loc. cit. p. 207.

(2) *Révue médicale*, Mars, 1840.

(3) *Leçons orales*, t. IV, p. 201.

Najważniejszą rzeczą w danym razie jest wczesne rozpoznanie, czy guz jądra jest złośliwy lub przeciwnie. Przy złośliwym szybkość wzrostu, twardość połączona z pewną sprężystością, zajęcie jednego jądra i wczesne zgrubienie powrózka nasiennego, który jest przytem twardszy i guzowaty, stanowią cechy wielkiej wagi, zwłaszcza gdy choroba dotyka w młodym wieku osobę. W dalszym postępie zmięknienie guza w pewnych punktach, gdy w reszcie jest twardy i nierówny, utworzenie wrzodu przy rozwoju narośli grzybowatych i jednoczesnym charłactwie (*cachexia*) stanowczo przemawiają za złośliwością nowotworu.

§ 5. Rokowanie. Przerodzenie rakowe jądra, podobnie jak innych organów prędzej lub później staje się przyczyną upadku organizmu. Pod względem szybkości niszczącego wpływu raka jądra na organizm, zdania autorów są bardzo podzielone. Paget, ocenia przybliżoną długość życia osób dotkniętych rdzeniakiem jądra, najczęściej do lat dwóch; gdy tymczasem mamy dość liczne przykłady, że toż samo przerodzenie trwało po lat kilkanaście, bez sprawiania choremu wielkiej przykrości.

Jakkolwiek niemamy żadnego skutecznego środka przeciwko tej strasznej chorobie, bo nawet odjęcie przerodzonego jądra niewstrzymuje dalszego jej rozwoju, wszelako nauka podaje nam liczne przykłady, w których wczesne oddalenie rakowatego jądra zapewniało nieszczęśliwym tego rodzaju, niekiedy długi szereg lat zdrowia i spokoju.

H. Ludlow dla wykazania, w jakim przeciągu czasu następuje rozwój raka wtórnego, po oddaleniu pierwotnego, podaje statystykę następujących 23ch wypadków:

od 3	miesiący	do 6	—	7	wypadków
— 6	—	— 12	—	2	—
— 12	—	— 18	—	4	—
— 18	—	— 2 lat		5	—
— 2 lat		— 3 lat		4	—
— 4	—	— 10	—	1	—

ogół 23 wypadków.

Statystyka ta jednak jest zbyt szczupłą, aby z niej można powziąć wierne pojęcie o przeciągu czasu w jakim rozwija się się rak wtórny. Curling (1) u człowieka 44 letniego wyłuszczył jądro, od lat dwóch rakowato przeistoczone; przy rozbiórce drobnowidzowym owego jądra, które dotąd znajduje się w muzeum London Hospital College, znaleziono niewątpliwą zmianę rakowatą, pomimo to jednak, operowany w dziesięć lat potem cieszył się jeszcze najlepszym zdrowiem bez śladu rozwoju następnego nowotworu. Hawkins odjął podobnie jądro rakowate, w październiku 1841 r., a chory w 1853 roku nieokazywał żadnych podejrzanych następstw. Bazing z Hannoveru (2) przytacza cztery wypadki wyłuszczenia jądra z powodu przeistoczenia rakowego, dokonane przez Rusta, Langenbecka i Hagedorn. W dwóch pierwszych wypadkach operowani przeżyli po pięć lat, w trzecim wypadku trzy i pół, a w czwartym dwa lata w zupełnym zdrowiu i bez pojawienia się raka następnego w miejscu operowaniem.

Widziemy z powyższego, że wczesne odjęcie tak zmienionego jądra, daje bardzo zachęcające wypadki. Curling twierdzi, że operacja wczesnie wykonana, przedłuża niewątpliwie życie i oszczędza choremu dotkliwych cierpień, nawet w razie otwartego wrzodu; albowiem przy rozwoju raka tylko wewnątrz, chory niedoświadcza wstrętu jaki nań mimowolnie obecność wrzodu rakowego wywiera, a przytém wolny jest od trujących wyziewów, powstałych z rozkładu posoki rakowatej.

§ 6. Leczenie. Zachwalone od najdawniejszych czasów rozmaite leki i metody mające leczyć raka sposobem wewnętrznym, posłużyły tylko do wykazania zupełnej niemocy podobnego leczenia, które łudząc próżną nadzieją chorego i lekarza, narażało częstokroć na utratę drogiej chwili, w której wykonana operacja usunąć mogła dotkliwe cierpienie i przedłużyć życie choremu. Lubo oddzielenie przeistoczonego organu nie zabezpiecza od dalszego rozwoju téj strasznej choroby, w wielu jednak wypadkach wczesnie i należycie dokonane, pozwala

(1) Loc. cit. p. 310.

(2) Uber den Markschwamm der Hoden. Göttingen.

chorym cieszyć się kilka a nawet kilkanaście lat pożądaném zdrowiem. Leczenie przeto dzisiejsze, tylko na działaniu operacyjnem opiera swe nadzieje. Operacja jest wskazaną zawsze, ile razy przeistoczenie rakowate ogranicza się do samego jądra; przeciw wskazaną zaś, przy widoczném zgrubieniu i guzowatościach powrózka nasiennego a tembardziej przy powiększeniu i bolesności gruczołów brzusznych. Stan ogólny chorego jak zawsze, winien być wzięty pod szczególną uwagę.

Operacja wykonywana od najdawniejszych czasów przeciwko téj chorobie, polega na wyłuszczeniu przerodzonego jądra (*castratio*). Sama przez się bywa tylko w okolicznościach wyjątkowych niebezpieczną dla życia. Curling zalicza ją do rzędu najmniej niebezpiecznych, gdyż nigdy niewidział, po jej wykonaniu, następstw śmiertelnych. Pomimo to, starano się różnemi czasy, wyłuszczenie jądra zastąpić inną operacją i tak: Harvey, Maunoir i Walther wykonywali podwiązanie tętnic powrózka nasiennego, w nadziei sprowadzenia tym sposobem zaniku jądra. W tym samym celu robił P o u t e a u przecięcie tegoż powrózka, a D u b o i s podwiązanie jego w całości. Atoli wszystkie te sposoby nieosiągnęły zamierzonego skutku i wyłuszczenie jądra jest dziś uznaném, jako jedyna rękojmia, polepszenia stanu chorego przy raku, ograniczonym do samego tylko jądra. Zostawiając szczegółowy opis i różne sposoby wykonania téj operacji dziełom właściwym, dotkniemy tu niektóre tylko szczegóły będące w ścisłym związku z opisywaną zmianą jądra.

Przy wyłuszczeniu jądra, z powodu przerodzenia rakowego, przecięcie powłok stanowiące część pierwszą operacji wykonywa się rozmaicie, zależnie od stanu skóry i stosunku jej do jądra, przyczem mamy dwojaki wzgląd na uwagę:

1) rak zajmuje jądro, skóra je pokrywająca jest zupełnie zdrową chociaż wskutek zapaleń może być z błonami głębszemi zrosniętą.

2) Skóra na pewnej przestrzeni przeistoczona rakowato, spojona z jądrem, lub co się trafia najczęściej przedziurawiona przez wrzód.

W pierwszym razie ograniczamy się na prostem przecięciu skóry celem utworzenia sobie drogi do jądra i tylko niezwykła wielkość nowotworu może być powodem do częściowego jej wycięcia. W drugim razie, cięcie powinno być prowadzone w skórze zupełnie zdrowej a całą część przerodzoną razem z jądrem należy oddalić. Krwawienie tętnicze przy przecięciu skóry i oddzieleniu jądra jest nieznaczne, a pomimo widocznego powiększenia objętości żył przy wielkich rakach rzadko kiedy bywamy zmuszeni do podwiązywania naczyń.

Przecięcie powrózka nasiennego dokonaniem być winno ile możności wysoko, mając na uwadze, że często pomimo zwykłej jego grubości, przerodzenie od strony przyjądrza już ma miejsce. Co do przecięcia powrózka nasiennego, przekonaliśmy się własnym doświadczeniem, że sposób zalecany przez Malgaign'a (1) jest łatwiejszy i wygodniejszy od innych. W sposobie tym, operator ujmując powrózek we dwa palce lewej ręki, a przeciąwszy go poniżej, wyszukuje prawą ręką tętnicę, które pomocnik wiąże. Do chwywania drobnych tętniczek powrózka, ostry haczyk Bromfield'a okazał się nam znacznie wygodniejszym od zwykłych szcypczyków. Brzegi rany najlepiej zbliżyć u góry za pomocą kilku szwów, u dołu zaś zostawić otwór dla łatwiejszego odpływu wydzielin. Jeśli tylko po operacji, nie następuje nagły rozwój raka, rana oczyszcza się prędko i zabliznia, nierzadko nawet per primam intentionem. Jak tylko przejdzie odczyn gorączkowy, pamiętać należy o wzmacnianiu stanu chorego, zapomocą pożywniejszej diety, wina a w potrzebie żelaza i chiny.

Inne metody, używane do odjęcia rakowatego jądra, są: *Ecrasement linéaire* Chasseignac'a i *Ligature extemporanée*, Maisonneuve'a. Obiedwie mają to wspólnego że skóra jądra nie zostaje poprzednio przeciętą i oddzieloną dla wyłuszczenia samego jądra, ale razem z jądrem ujmując się w pętlę i od reszty zdrowej odgnięta, przyczem następujące zamknięcie się światła tętnic, uwalnia operatora od osobnego podwiązywania naczyń moszny i powrózka nasiennego.

(1) Manuel de médecine opératoire, p. 654.

Ligature extemporanée, używane dotąd przez samego tylko autora, różni się tem od odgniatacza (*ecraseur*), iż w miejsce ogniwek tępych łańcuszka, pętla składa się z giętkiego dróta żelaznego rozmaitej grubości.

Jeśli przerodzenie widoczne powrózka nasiennego i gruczołów brzusznych wskazuje, iż operacja żadnej korzyści choremu nieprzyniesie, zadaniem lekarza jest łagodzić dotkliwe cierpienia chorego i podtrzymywać nikszące siły.

W tym stanie obok zadawania rozmaitych środków odurzających (*narcotica*), nienależy zapominać o wzmacnianiu chorego zapomocą pożywnych i łatwo strawnych pokarmów. Wino czerwone, środki gorzkie bardzo wskazanemi tu będą. Przy obecności wrzodu rakowego, częste przemywania moszny śródkrocza i pośladków płynami aromatycznymi z dodatkiem małej ilości wysokoci i innych środków mających własności desinfekcyjne; kąpiele ogólne lub siedzeniowe, zapobiegają zakażeniu powietrza i chronią części okoliczne od zapaleń spowodowanych drażnieniem gryzących wydzielin z otwartego raka.

§ 7. Spostrzeżenie. W. P. mężczyzna w wieku lat 30 przybył dnia 7 września r. z. do szpitala Śgo Łazarza, dla leczenia chorego jądra. Pomimo dość silnej budowy, widoczny brak tuszy wskutek wychudnienia, cera twarzy blado-żółtawa, wyraz cierpiący. W ciągu życia przebywał choroby gorączkowe trzewiów, kilka razy, ale te trwały krótko i niepozostawiły żadnych następstw; rzerzączkę miał dwukrotnie bez powikłania zapalnego jądra. Przed 8 miesiącami spostrzegł powiększenie lewego jądra, które przy dotykaniu było twarde i niebolesne; zastosowane przeciwko temu wcieranie i środki wewnętrzne niewywarły żadnego skutku i jądro powolnie zwiększało swą objętość, niesprawiając choremu żadnej przypadłości prócz uczucia przykrego ciężenia w lewej pachwinie przy dłuższem staniu lub chodzeniu. Niekiedy tylko objawiał się ból przemijający w samym jądrze, podobny do doznanego przy ukłuciu igłą; chory jednak nieprzypomina sobie, aby ból rozpromieniał się w kierunku lędźwi lub krzyża. Ciężar powiększającego się wciąż jądra, zmusił chorego od miesiąca do zaprze-

stania chodzenia, od kilku tygodni na jądrze chorym otworzył się wrzód i w tym stanie wstąpił do szpitala, gdzie przedstawia co następuje: tętno prawidłowe, język wilgotny z lekkim żółtawym okładem, brzuch miękki, niebolesny, apetyt mały, skłonność do zatwardzeń stolca. Piersi i serce w stanie zupełnego zdrowia, mocz normalny.

Worek jądrowy przedstawia guz bezkształtny, wielkości dużej pięści, z prawej jego strony i ku górze znajdujemy niewielką, zaokrągloną wypukłość utworzoną przez odepchnięte w tym kierunku prawe jądro w zupełnie zdrowym stanie; jądro lewe zajmuje resztę worka na powierzchni przedniej, którego widzimy wrzód około cała średnicy o brzegach wywiniętych nazewnątrz, twardych i nierównych; dno zagłębione, pokryte szaro-brunatną warstwą z pośród której wystaje gdzieś niegdzie tkanka czerwona ziarnista jaka częściowo i brzegi wrzodu pokrywa. Z głębi wrzodu wydobywa się w małej ilości płyn rzadki, ciemno-brunatny, przykrój woni. Skóra na około wrzodu złana z warstwami głębszemi i zaczerwieniona; pod nią widać liczne żyły rozszerzone przebiegające w kierunku przewodu pachwinowego. Powierzchnia samego guza bardzo nierówna, masa jego prawie jednostajnie twarda i przy mocniejszym pociskaniu sprawia ból przykry choremu. Przyjądrze złane z jądrem w jedną masę; na przebiegu powrózka nasienego nie znajdujemy żadnych nierówności; porównując go zaś z powrózkiem jądra zdrowego, przekonywamy się, iż większa jego grubość jest pozorną i zależy tylko od znacznego zgrubienia skóry go pokrywającej; pociskany, również niesprawia żadnego bólu. Gruczoły pachwiny lewej cokolwiek powiększone, przy pociskaniu niebolesne; w jamie brzusznej nie znajdujemy żadnych guzów.

Pomimo wychudnienia, stan chorego, dosyć jest zadowolniający; sypia dobrze i tylko przykre guza ciążenie, przeszkadza mu używać ruchu.

Uznawszy rakowatą naturę guza i ograniczenie przerozdzenia do samego jądra, postanowiliśmy korzystać z pomyślnego stanu chorego i dnia 19 września przy pomocy dwóch kolegów wykonaliśmy operację sposobem następnym;

Po uśpieniu chorego, uskuteczniłmy cięcie skórne tuż poniżej otworu zewnętrznego przewodu pachwinowego, a okrążając lewą stronę wrzodu, przedłużyliśmy je aż do samego dołu guza; wykonawszy toż samo ze strony prawej, objęliśmy dwoma temi cięciami, całą część skóry przerodzoną i zlaną z brzegami wrzodu. Oddzielenie guza od powłók go otaczających, z łatwością dało się uskutecznić częścią palcem, częścią zapomocą noża, przyczem podwiązaliśmy parę tętniczek mocniej krwawiących. Po wydobyciu jądra, powierzyliśmy je do trzymania pomocnikowi, a ująwszy odosobniony powrózek nasien-ny między dwa palce lewej ręki blisko kanału pachwinowego, przecięliśmy go całkowiec poniżej palców. Strzykające tętniczki przy zwolnieniu ciśnienia, chwytaliśmy haczykiem Bromfield'a i takowe kolejno przez pomocnika zostały podwiązane.

Po ustaniu krwawienia, przystąpiliśmy do zbliżenia brzegów rany zapomocą szwów; wykonać to należało, ile możności dokładnie, albowiem skóra ściągnięta z części okolicznych przez powiększone i ciężkie jądro, teraz wracając na swe właściwe miejsce, zostawiła obnażoną część tylną i boczną nasady prącia. Dolną część rany pozostawiliśmy otwartą dla odpływu łatwego wydzielin z rany, opatrzenie suche, dyeta.

Dnia 20 września, noc niespokojna, puls 120, pragnienie. Brzegi rany zaczerwienione i lekko obrzmiałe, wzdłuż pachwiny lewej pasek blado-czerwonawy, odpływ z rany brudno-żółty, rzadki. Przestrzykanie rany ciepłym rumiankiem z dodatkiem wysokoku, opatrzenie skubanką wyskokiem napojoną; rosół czysty i napój kwaskowaty.

Dnia 21 września, noc spokojniejsza, puls 96, obrzmienie i czerwoność brzegów trwa, pasek różowy wzdłuż pachwiny zniknął; odpływ z rany obfitszy; opatrzenie toż samo.

Od 22 września do 1 października. Stan coraz lepszy. Brzegi rany w górnej połowie zrosły się per primam intentionem, w dolnej zaś nastąpiło ropienie: otwarto utworzone dwa małe ropnie; nitki z podwiązanych tętnic odeszły i ropienie czyste od kilku dni zmniejszać się poczęło. Pod wpływem codziennój kąpieli i starannego utrzymania rany, brzegi

jéj szybko się zbliżały i w końcu października nastąpiło zupełne zabliznienie. Chory przy wzmacniającej dyecie odzyskał siły i dnia 13 listopada opuścił szpital udając się na prowincję.

W wyłuszczonej jądrze nieznaleźliśmy ani śladu gruczołowej jego budowy. Całe jądro i przyjądrze przedstawiało jedną masę złożoną z komórek raka rdzeniaka w różnym stanie rozwoju; części przyległe owrzodzeniu straciły budowę morfologiczną i okazywały różne stopnie rozpadu tłuszczowego. Błona biała jądra, pochewka wspólna i powłoki jądra zniszczone przez wrzód na przedniej powierzchni guza, z tylnej jego strony istniały w stanie zupełnie prawidłowym. W oddalonej wraz z jądrem części powrózka nasiennego, nieznaleźliśmy żadnej podejrzanéj zmiany.

Lubo powyższy wypadek nieodznacza się żadną osobliwością, jednakże ze względu na szybki rozwój raka w przeciągu jednego roku, na brak prawie zupełny bólów przeszywających właściwych temu przeistoczeniu, i na stan niezmieniony powrózka nasiennego przy tak daleko posuniętym zniszczeniu jądra, przebieg jego do rzadszych zaliczyć należy.

Nowe dzieła.

Hirschfeld, Dr. Ludwik: opis układu kostnego i stawowego (Osteologia i Arthrologia) wraz z uwagami fizyologicznymi, przez Ludwika Hirschfelda, profesora zwyczajnego anatomii w Szkole Głównej w Warszawie, doktora medycyny fakultetu paryzkiego i warszawskiego, członka wielu Akademii i Towarzystw Naukowych. Tom I, zeszyt Iszy, Warsz. W drukarni spółki C. D. N. przy ulicy Aleksandrya Nr. 2768 *ac*. 1867, str. 64, w 8ce.

Z ukazania się tego zeszytu, obejmującego historią anatomii starannie opracowaną, mamy prawo wnosić, że w niedługim czasie obszernie dzieło prof. L. Hirschfelda ukończonem będzie. Druk jego rozpoczętym został w r. 1861, w którym wyszedł tom IV obejmujący: Układ nerwowy i przyrządy zmysłowe (Neurologia i Aesthesiologia) wraz z uwagami fizyologicznymi, str. 726. W r. zaś 1863 wyszedł t. III, zawierający: Opis naczyniowego układu człowieka (angiologia), wraz z uwagami fizyologicznymi, str. 440 i XV.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

POSIEDZENIA OGÓLNE.

Posiedzenie 22gie, z d. 4. grudnia 1866 r.

Prezes kol. Le Brun.

I. Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto, poczem:

II. Kol. Belke składa sprawozdanie z pracy Dra Koźmińskiego pod tytułem *Tinea tonsurans* podanej przez autora w celu przyjęcia go na członka czynnego Towarzystwa, i kandydaturę tę wraz z kol. Malczem popiera.

III. Kol. Wszebor odczytuje protokół posiedzenia sekcji, chirurgicznój.

IV. Kol. Malcz upoważniony przez oddział epidemiologii i higieny publicznej, przedstawia Towarzystwu potrzebę zmienienia istniejących w szpitalach szematów chorób, nieodpowiadających dzisiejszym wymaganiom naukowym.

Towarzystwo słuszność tego wniosku uznaje i kol. prezes proponuje, aby wyznaczony został komitet, któryby nową formę szematów ułożył i takową na przyszłym posiedzeniu Towarzystwu przedstawił.

W komitecie tym przyjmują udział kol. Prezes, kole-dzy Helbich, Malcz, Korzeniowski, Natanson, Chomętowski, Kinderfreund, Kryszka, Szokalski, Libchen i Belke.

Z powodu iż następne posiedzenie (23) jest posiedzeniem administracyjném, Prezes wyznacza delegację złożoną z kol. Grabowskiego, Natansona i Dorantowicza dla sprawdzenia rachunków Kassy Towarzystwa.

Kol. Korzeniowski opowiada, iż w ostatnich czasach wykonał *Lithotomię* u starca sześćdziesięcioletniego przy użyciu chloroformu. Operacja udała się bardzo, lecz chory w czasie uspiania został dotknięty porażeniem połowy ciała. Jestto wypadek szczególny, który dotychczas przy użyciu chloroformu nie był obserwowany.

Posiedzenie 1sze (nadzwyczajne), z d. 2 stycznia 1867 r.
Prezes Kol. LeBrun.

Po odczytaniu protokołu ostatniego posiedzenia kol. Helbich wnosi, aby imiona kol. którzy składki nie uiścili i w protokóle z posiedzenia administracyjnego wymienieni zostali, z takowego wykreślono i do druku nie podawane były.

Kol. Szokalski przedstawia, że dawniej protokoły posiedzenia administracyjnego zupełnie nie bywały drukowane, wnosi więc aby to i na przyszłość miało miejsce.

Wniosek ten Towarzystwo przyjmuje.

W imieniu Zarządu kol. Sekretarz przedstawia do rozstrzygnięcia Towarzystwa następujące wnioski:

Wniosek pierwszy tyczy się zniesienia dotychczas istniejących Sekcyj Towarzystwa, i utworzenia natomiast dwóch Sekcyj mianowicie:

1. t. z. Sekcyi biologicznej mającej obejmować teorię Medycyny.

2. Sekcyi Terapii czyli Medycyny praktycznej.

3. Sekcyja Epidemiologii i Hygieny publicznej pozostaje.

Motywowany jest wniosek tćm, że sekcyje wyczerpują zupełnie czynności członków Towarzystwa, tak że posiedzenia ogólne w ostatnich czasach stały się jałowemi i straciły interes.

Za wnioskiem Zarządu przemawiają koledzy: Szokalski i Neugebauer; przeciwko kol. Girsztow, Brodowski, Stankiewicz, Hoyer i Helbich.

Wniosek oddany pod głosowanie, większością głosów upada.

We wniosku 2-im Zarząd proponuje aby dla zasilenia funduszków Towarzystwa, od wstępujących członków korespondentów pobierana była na przyszłość opłata od dyplomu po rs. 6.

W rozprawach nad tym wnioskiem biorą udział koledzy: Natanson, Malcz, Helbich i Girsztowt i takowy pod głosowanie oddany upada.

Kol. Szokalski proponuje wreszcie, aby zobowiązać Redakcję Pamiętnika do ułożenia ogólnego spisu wysłanych dotąd tomów tegoż pisma, które jak się o tém mógł przekonać przy wypracowaniu historii Towarzystwa, zawierają bogaty materiał, który w przyszłości może być zużytkowany. Wniosek ten Towarzystwo przyjmuje.

Posiedzenie Sie (wyborcze) z d. 8 stycznia 1867 r.
Prezes kol. Le Brun.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia, Towarzystwo będąc zebrane w liczbie ustawą przepisanej, przystępuje do wyboru rocznych urzędników, skutkiem którego wybrani zostali większością głosów na rok 1867.

Prezesem kol. Hoyer.

Vice-Prezesem kol. Brodowski.

Sekretarzem rocznym kol. Braun.

Podskarbnym kol. Helbich.

Bibliotekarzem kol. Portner.

Redaktorem głównym Pamiętnika kol. J. F. Nowakowski.

Członkami komitetu Kassy Wsparcia podupadłych lekarzy z grona Towarzystwa:

Kol. Mianowski,

Helbich,

Natanson,

z lekarzy niebędących członkami Towarzystwa:

Kol. Podcwski,

Kobyłański.

Towarzystwo zgadza się na wniosek kol. Girsztowta po party przez kol. Nowakowskiego, aby na członków Redakcyi Pamiętnika T. L. delegowani byli z każdej Sekcyi jeden z członków przez nią wybrany, lecz zarazem przyjmuje zastrzeżenie Sekretarza Stałego aby postanowienie to było obowiązującym tylko na rok bieżący.

Dr. B r a u n.

ODDZIAŁ POŁOŻNICTWA, CHORÓB KOBIET I DZIECI.

Posiedzenie 37. z d. 21 sierpnia 1866 r. (1)

Przewodniczący kol. Konitz.

Kol. Konitz opowiada o dwóch przypadkach z własnej praktyki a mianowicie o pęknięciu torbieli jajnika z wyzdrowieniem i tężcu macicy.

Co się tyczy pierwszej, wiadomo, iż wypadki samowolnego wyleczenia są rzadkie; zwykle śmierć następuje z przyczyny ostrego zapalenia otrzewnej; dlatego obserwacya niniejsza zasługuje na uwagę jako nie często wydarzająca się.

Dwa miesiące temu, zgłosiła się do kol. K. o poradę kobieta, średniego wzrostu, dobrze zbudowana, lat 42 mająca, zamężna, która nigdy nie rodziła; przy obejrzeniu, znalazł kolega guz, który sięgał na trzy palce 'po nad pępkiem—chełbotanie wszędzie, (wyjawszy in fossa iliaca dextra i nieco wyżej) pochwa zwolniła, macica co do wielkości i położenia nie zmieniła; z drugiej strony chora skarżyła się na wielką duszność; wszystkie inne narządy zdrowe. Wskazaniem więc było wycięcie całkowite torbieli, ponieważ żadnych zjawisk zapalenia otrzewnej nie było, co też kol. zamierzał uczynić, lecz w dwa dni później, będąc do niej przywołanym, zastał ją w stanie najopłakańszym:—upadek sił wielki—puls 150,—brzuch wzdęty, bardzo bolesny—przytomność zupełna; objawy ostrego zapalenia otrzewnej, które powstało zapewne wskutek pęknięcia komórki torbiela napełnionej cieczą, kol. przepisał *opium*.

(1) Protokółu z posiedzenia 36, redakcyi niedostarczone, a w Tomie LVI Pamięt. str. 267, mylnie oznaczoną posiedzenie liczbą 23, kiedy być powinno 35.

Tymczasem w dwa dni później, wszystkie przypadłości wyżej przytoczone ustąpiły, pozostała tylko twardość, która dochodziła za ledwie do pępka, na około torbiela jednakże zauważyć chełbotanie. Operacja jak na teraz z powodu zmniejszenia się guza i usunięcia wszystkich przypadłości, odłożoną została do późniejszego czasu.

Przy tej sposobności kol. Konitz nadmienia, iż w jednym przypadku torbieli jajnika, leczonym przez niego pędzlowaniem składającym się z jodu z gliceryną w stosunku 1 i 5, guz znacznie się zmniejszył; środek ten używa także przy obecności wysięków w otrzewnej (zewnątrznie) z dobrym skutkiem.

Drugi przypadek: *tęzec macicy* najczęściej wydarzający się przy ukośnych i poprzecznych położeniach płodu, w tym razie objawił się przy podłużnym położeniu, (podobne przypadki zdarzają się bardzo rzadko).

W dzień pożaru młyna parowego na Solcu, wezwano kolegę do tej części miasta, do kobiety 25 lat liczącej, po raz drugi rodzącej, pierwszy poród odbyła szczęśliwie bez pomocy lekarzy; akuszerka tam znajdująca się opowiada, iż o godzinie 2ej z rana, chora poczuła bóle, a o 5ej wody odeszły przy otwarciu dość znaczném ujścia macicznego; rodząca zeznała, że w tym czasie czuła jeszcze poruszenie się płodu. Akuszerka z powodu niedostatecznych bólów dała jej 4 proszki *sporyszu* poczem chora uczuła silny ból w brzuchu. Kol. zastał chorą w ciągłym kurczu i silnych bólach macicy, ujście maciczne także podlegało kurczowi i na cał było otwarte; główka ustawiła się w dolnej części miednicy, lecz była ściśnięta jakby opaską przez szyjkę maciczną. Widząc stan taki kol. zastrzyknął 2 razy w przeciągu godziny podskórnie w dółną okolicę skóry brzusznej $\frac{1}{6}$ gr. octanu morfiny, poczem bóle znacznie się zmniejszyły; odchodząc, zalecił bańki na krzyż, ciepłe nastroykiwanie i kąpiel. W parę godzin powróciwszy do chorój zastał ją wolną od kurczów, lecz wkrótce porodziła dziecko nie żywe. Kurcz zapewne w tym razie nastąpił, wskutek strachu wywołanego pożarem i niewłaściwego użycia sporyszu. Kol. przytém uważa za niezbg-

dne, ażeby akuszerkom wzbronioném zostało samowolne podawanie położnicom sporyszu, a nawet zalecić aptekarzom, iżby bez wyraźnego poświadczenia lekarskiego nie wydawali tego środka.

Kol. Dudrewicz opowiada o charakterze panującej w tych czasach płonnicy, która objawia się w trzech stopniach; *a)* łagodnie— *b)* z zajęciem gardła, obrzmieniem migdałów, lecz bez owrzodzenia— *c)* z zapaleniem gardła błonicowém, które trzeba odróżniać od owrzodzenia;— ostatnie zwykle następuje na 3 lub 4 dzień choroby, a wtedy migdały są już całkiem zniszczone.

W łagodnym stopniu, wysypka jest bardzo mała, kolor jej różowy, bywa jednakowoż na całym ciele;— gardło mało zajęte, puls dochodzi jak zawsze od 150—160.

Przy drugim stopniu,—wysypka postępuje powoli,—najprzód objawia się na piersiach i plecach, gardło jako téż i podniebienie miękkie obrzmiewają, czerwienieją i w końcu następuje znaczny upadek sił.

Trzeci stopień łączy się z wysiękiem błonicowym; jeżeli dzieci będące u piersi, dostają téj choroby, z zajęciem otworów nosowych, to niema żadnej nadziei wyleczenia; zgorzel pokazuje się już na czwarty dzień choroby, u starszych na szósty. W tym stopniu, dzieci wpadają w stan durzycowy, objawia się biegunka i zwykle śmierć chorobę zakończy. Powikłania jednakże często wydarzają się przy płonnicy, mianowicie: zapalenie opłucnej, osercnej, błon mózgowych i ucha, ostatnie w tych czasach bardzo rzadko spostrzegane bywają, często téż dołączają się ciepienia nérkowe z opuchnięciem ciała.

Co do leczenia kolega stawia pytanie, czy przy silnym stopniu konieczném jest przystawianie pijawek za uszami, co wielu kolegów zaleca: gdyż sam w terażniejszej epidemii wcale nie używa tego środka, lecz tylko po zgoleniu głowy zupełném, zaleca zimne okłady, wewnątrz zaś, jako najskuteczniej działający środek w téj epidemii, zaleca *jodek potas-su* w małych dawkach.

Sprawodawca zwraca uwagę, iż co do przystawiania pijawek, powinno się uważać na budowę i siły dziecka a także na stopień gorączki i zajęcie mózgu, z czém zgadza się i kol. Bernhardt, który w początku choroby przepisuje, osobliwie przy zajęciu migdałów środek wymiotny a szczególnie *siarczan miedzi*.

Kol. Konitz nadmienia, że zdarzało mu się zauważyć kilka razy, iż jeżeli w płonnicy u chorego pokazują się wymioty, to niezawodnie już wtenczas jest cierpienie nerek, zatem przystawiał pijawki nie za uszami lecz w stronie tych ostatnich i prosi kolegów, ażeby także zwracali na to uwagę; zarazem radzi w takich razach badać moczu a często już z początku choroby znajdujemy w nim białko. Co do leczenia opuchnięcia, to używa suche parowe kąpiele, po użyciu których, to ostatnie prędko się zmniejsza.

Posiedzenie 38. z d. 9 października 1866. r.

Przewodniczący kol. Konitz.

Obecnych członków 4ch: Bartoszewicz, Chwat, Dudrewicz i Konitz.

Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia kol. Konitz czytał o użyciu sporyszu w akuszerii i chorobach kobiet. Przebiegłszy historycznie użycie sporyszu od czasów najdawniejszych i o teoriach co do jego skuteczności, kol. wyprowadził wnioski ze swego praktycznego doświadczenia i dowodzi, że secale nie wywiera żadnego wpływu w pierwszych miesiącach ciąży, kiedy włókna mięsne jeszcze nie są rozwinięte i wtedy nie przyspiesza odejścia jaja płodowego, ani wstrzymuje krwotoków. Tyler Smith słusznie też nazywa sporysz *medicamentum post partum*; kol. w swojej praktyce widział dobre skutki od użycia sporyszu w następujących wypadkach:

a) przy świeżych zajęciach macicy, z rozpulchnieniem jej mięszu obok innych środków.

b) w krwotokach wynikłych skutkiem przekrwienia (*hypaeremia*) macicy.

c) przy krwotokach z prędkim połączonych pulsem daje *secale cum digitalis*. Jeśli żołądek nie dobrze trawi, to naprzemian z bismutem.

d) przy przeroście błony śluzowej macicy z utrudnionym miesiączkowaniem (*dysmenorrhoea membranacea*) w połączeniu z opium.

e) przy *blenorrhoea uteri* zadaje *secale* w połączeniu z żelazem, jeśli chora widocznie osłabiona.

f) przy krwawieniach towarzyszących chronicznemu katarowi i w krwawieniach skutkiem nowotworów lub skrępków zawartych w macicy.

g) przy długo trwających porodach, albo gdzie zachodzi potrzeba operacyi, zadaje go jako środek profilaktyczny przed urodzeniem się dziecka (1) ?

Na tém posiedzenie ukończono.

Posiedzenie 39. z d. 13 listopada 1866 r.

Przewodniczący kol. Konitz.

Obecnych członków 7.

Sekretarz oddziału czytał rozprawę o rachityzmie, którą po dokładniejszém obrobieniu zamierza umieścić w którejkolwiek gazecie lekarskiej.

Posiedzenie 40. z d. 11 grudnia 1866 r.

Przewodniczący kol. Konitz.

Obecni koledzy wspominają o panujących w tych czasach cierpieniach połogowych.

Kol. Przewodniczący oznajmia, iż cierpienia te zaczęły się objawiać nie więcej jak cztery tygodnie, przy czém opo-

(1) Przedewszystkiem znajduje zastosowanie *secale*, w ostatnim okresie porodu przy atonia uteri dla pobudzenia bólów, które równocze-

wiada wypadek następujący: będąc wezwanym do kobiety w 3cim tygodniu po urodzeniu, która czuła się przez ten czas zupełnie zdrową, wstawała nawet i karmiła, po tym czasie pojawiły się dreszcze trwające trzy godziny, przy śledzeniu znalazł wysięk w lewej stronie, który zapewne formował się pówoli, dreszcze powtarzały się codziennie, lecz nie o jednej godzinie, puls z początku był bez żadnej remisji, po zadaniu chininy dreszcze ustały, puls spadł na 120, po upływie tygodnia pokazała się zupełna remissya, wszelkie cierpienia towarzyszące zapaleniu macicy jakoto: wzdęcie brzucha, ischuria, wymioty ustały, lecz natomiast pokazała się metastasis w stawie stopy, po wypuszczeniu ropy w znacznej ilości, chora ma się w ogólności dobrze; niewiadomo tylko, na czém się ukończy cierpienie stawu. Zarazem wspomina także o wypadku endometritis septica, który miał w dawniejszych czasach, gdzie wrzód otworzył się pod mięśniami pośladkowemi.

Przy tej sposobności, kol. zwraca uwagę obecnych członków, ażeby przy panującej epidemii, starali się zwracać uwagę na usunięcie wszelkich objawów niekorzystnych przed porodem, jakoto: zatwardzenie, nieoddawanie moczu, radzi używać sporysz jako prophylacticum, któremu oddaje pierwszeństwo przed kulistem nacieraniem, po urodzeniu zaś radzi wstrzykiwanie dla usunięcia zatorów, mogących się tworzyć w żyłach, a najwięcej starać się uchwycić chorobę w pierwszych początkach.

Kol. A pte mówi, że cierpienia położowe, chociaż nie niebezpieczne zauważał już w październiku; jako przyczynę ich, oprócz przytoczonych przez kol. Konitza, uważa jeszcze, że od dość dawnego czasu cierpienia te zawsze

śnie działać będzie i na powstrzymanie krwotoku, co dziesięć minut 15 gran w proszku—cztery wziętki są dostateczne do otrzymania upragnionego skutku.

Wreszcie sporysz działa skutecznie tylko w pierwszych dniach położu, to jest do 5 v 6 dni, bo od tej chwili potężne włókna macicy zamieniają się w tłuszcz i nikną.

w większej ilości pokazują się w ostatnich miesiącach zimowych, co przypisuje karnawałowi, mówiąc, że przy zajściu w ciążę, kobiety oddające się zabawom, łatwo się przeziębiają i z tego powodu mogą się tworzyć w ciężarnej macicy jakieś nie normalności, jak np. placentitides, stłuszczenia łożyska, mogące po urodzeniu być przyczyną cierpień połogowych.

Co do leczenia tych chorób kol. stawia pytanie, czy rzeczywiście zachodzi potrzeba przeciwzapalnego, ściśle mówiąc leczenia. W samym początku tych cierpień, kiedy choroba jeszcze nie doszła do wysokiego stopnia, kiedy brzuch nie jest bardzo wzdęty, z wielkim skutkiem kol. używał proponowany przez kol. Konitza collodium elasticum. Zapytuje też, czy nie warto by było wprowadzić w użycie przy silnie wzdętym brzuchu, stosowanie zimnych okładów a nawet lodu, środek teraz bardzo używany w Wiedniu.

Kol. Konitz zgadza się co do użycia collodii elastici w pierwszych dniach choroby i to przy perimetritis, lecz przy endometritis i parametritis a także przy peritonitis, za niezbędne uważa przystawianie pijawek. Co się zaś tyczy puszczenia krwi, to wątpi, aby w teraźniejszych czasach, którzy z kolegów mógł ten środek radzić. Co do użycia zimna, to kol. Konitz dawniejszemi czasy często go używał i to z dość dobrym skutkiem, lecz teraz go zarzucił.

Sprawozdawca zwraca uwagę kol. Aptego, iż w razie utworzenia się jakiegoś stanu zapalnego w ciężarnej macicy, niezawodnie nastąpiłoby poronienie, a przytém widzimy wiele wypadków, że kobiety prawidłowo rodzące podlegają także często cierpieniom połogowym, jak i te których porody odbyły się chociaż siłami natury, lecz po długich cierpieniach, albo odbyły ich sztucznym sposobem. Pojawienie się zatem podobnych cierpień trzeba przypisać innym niewiadomym nam przyczynom, tak samo jak i pojawianie się drugich epidemicznych chorób.

Dr. Bartoszewicz.

Posiedzenie 32gie, z dn. 30. października 1866. r.

Przewodniczący kol. Hoyer.

Treść. I. Hoyer przedstawia pod drobnowidzem preparata rogówek traktowane trójchlorkiem złota, celem wykazania przebiegu i zakończeń nerwów. II. Fudakowski: o Ozonie.

Obecnych członków 5.

Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia.

L *Przewodniczący* opowiada o nowej metodzie używanej przez Cohnheima, w celu zbadania przebiegu i zakończeń nerwów w rogówce, która polega na traktowaniu (przez godzinę) świeżo wyciętej rogówki roztworem trójchlorku złota, i pozostawieniu preparatu przez dłuższy czas w wodzie zakwaszonej słabo kwasem octowym. Pod wpływem tego środka nerwy aż do samych zakończeń nadzwyczaj pięknie fioletowo się barwią. W przedstawionych pod drobnowidzem okazach rogówek (z żaby i królika), które powyższym sposobem przez kol. Hoyer'a przygotowane zostały, można było dokładnie wiedzieć ciemno-fioletowo zabarwione rozgałęzienia włókien nerwowych, które przez połączenie się pojedynczych nitek w różnych warstwach rogówki sploty tworzyły, a nad warstwą sprężystą tuż pod nabłonkiem widoczne było rozszczepienie się włókien w kształcie pędzla, z którego pojedyncze nitki do samej powierzchni ustępowały.

Przewodniczący zwraca przy tem uwagę, iż tym sposobem potwierdzone zostają poprzednio jego spostrzeżenia nad zakończeniami nerwów w rogówce (ogłoszone w T. LV, str. 43, Pamiętnika Tow. lek. Warsz. za r. 1866), a zaprzeczyć musi zdaniu Cohnheima który utrzymuje, że rozszczepienie pędzlowate włókien nerwowych znajduje się w samej warstwie sprężystej.

Ponieważ okazy rogówki żaby, wykazują zupełnie podobny przebieg i zakończenie nerwów, jak w rogówkach zwierząt ciepłokrwistych, Przewodniczący oświadcza więc, iż przypuszczenie Kühnogo, potwierdzone nawet przez Cohnheima, co do bezpośredniego łączenia się włókien nerwowych z wypustkami komórek rogówki u żaby, nie zdaje się być uzasadnione, i że nerwy rogówki, tak u zwierząt ciepłokrwistych jak i zimnokrwistych, jako nerwy czuciowe uważane być winny.

Kol. Fudakowski zabiera głos i donosi zebrany m o nowszych pracach i doświadczeniach, dotyczących się powstawania, znaczenia i własności ozonu i antozonu.

Poszukiwania Schönbeina, Meissnera, i innych wykazały, iż przy elektryzowaniu tlenu, powstają dwa nowe gazy, t. z. ozon i antozon. Aby wytłumaczyć ten szczególny process rozkładu pierwiastku przypuszcza Meissner, iż dwa atomy gazu złączone są z sobą w jeden molekul, w którym elektryczność dodatna i ujemna ściśle są z sobą połączone; molekul ten będzie tlenem. Przy wpływie elektryczności na ten molekul, rozdziela się on na dwa atomy, z których jeden posiada elektryczność dodatnią, a drugi ujemną i każdy atom oddzielnie istnieć może; atom z elektrycznością ujemną jest ozonem, atom zaś z elektrycznością dodatnią jest antozonem. Rozszczepienie to tlenu na ozon i antozon ma miejsce nie tylko przy wpływie elektryczności, lecz odbywa się przy każdym processie utlenienia lub spalania, czyli, jak się Schönbein wyraża, tlen musi w takich razach poprzednio ulegć polaryzacji. Liczne dowody służą na poparcie tego. Jeśli np. ortęć cynku (aliaż) kłócić będziemy przez chwilę z wodą, to z powodu silnego powinowactwa cynku do ozonu, a antozonu do wody tlen ulegnie polaryzacji, powstały ozon utleni i cynk, a antozon połączy się z wodą i utworzy wodę utlenioną; obecność więc wody utlenionej i tlenku cynku jest niewątpliwym dowodem rozdzielenia się tlenu. Wykrycie chemiczne ozonu polega na własności jego utlenienia takich substancyj, które chciwie ten gaz przyciągając zmieniają zarazem swą barwę; tu należy, oddziaływanie na papier napojony krochmalem z jodkiem po-

tasu, wycoczem gwajakowym, siarczanem tlenku manganu i t.d. Antozon zaś wykryć się daje zawsze reakcją na wodę utlenioną, dla której najczulszym odczynnikiem jest następujące działanie: odbarwiony przez dwusiarkowodor roztwór indygo, który od ozonu natychmiast niebieski kolor przyjmuje, przez wodę utlenioną dopiero wtedy się zabarwia, gdy mała ilość siarczanu żelaza dodaną będzie. Wszystkie ciała łączące się z ozonem nazwane zostały *ozonidami*, te zaś ciała, które tworzą związki z antozonem otrzymały nazwę *antozonidów*.

Co się tyczy zachowywania się różnych substancyj organicznych względem ozonu, przytacza kol. Fuda kowski, niektóre ważne spostrzeżenia, podane przez G o r u p - B e s a n e z a, i potwierdzone potem po części przez S c h ö n b e i n a. I tak przy wpływie ozonu na roztwór białka, ostatni mętnieje, różowo się zabarwia i pieni się, przyczem powstają liczne białe skrzepy (podobne do włóknika), które wkrótce napowrót się rozpuszczają i płyn staje się przezroczystym, nawet przy zagotowaniu. W takim roztworze ani kwasy mineralne, ani organiczne, ani sole metaliczne (wyjąwszy octanu ołowiu) nie wywołują osadu, tak „że białko zdaje się ulegać pod wpływem ozonu takiej samej przemianie, jak przy działaniu soku żołądkowego. Taki sam produkt białkowy powstaje z sernika pod wpływem ozonu, lecz sernik wprzód na białko się zamienia.

Przy traktowaniu mleka ozonem zanika najprzód sernik, a następnie tłuszcze, gdy tymczasem cukier mleczny wcale się nie zmienia. Krew w całości i pojedyncze jej części składowe, jako to: białko, włóknik i ciałka krwi, chciwie się łączą z ozonem. Inozyt i kwas hipurowy nie ulegają żadnym zmianom pod wpływem ozonu, podobnież i wodany węgla; jednakowoż cukier gronowy i trzciniowy przy wpływie ozonu w obecności alkaliów utleniają się na kwas węglany i mrówkowy. W żółci ozon niszczy barwniki i śluz; gliceryna sama nie zmienia się, przy obecności zaś wolnego alkali przechodzi szybko na kwas propionowy, mrówkowy i akrylowy.

O wpływie czystego antozonu na rozmaite ciała nie mamy dotychczas żadnych pewnych danych, jednakowoż S c h ö n b e i n

z badał dokładnie zachowywanie się substancyj organicznych względem wody utlenionój, która jak wiadomo jest związkim wody z antozonem i spostrzeżenia jego rzucają nieco światła na ważne zjawiska, które znane nam są pod nazwiskiem katalizy. Schönbein wykazał, że gdy do wymoczu gwajakowego dodana woda utleniona lub czysty antozon nie wywołuje zabarwienia niebieskiego, to ono natychmiast powstaje przy dodaniu małej ilości czerni platynowój i objaśnia ten wpływ własnością czerni platynowój zamieniania antozonu wody utlenionój na ozon, który w części powoduje przemianę barwy żywicy gwajakowój a w części łączy się z niezmienionym jeszcze antozonem wody utlenionój i tworzy obojętny tlen, który uchodzi. Process ten uważa Schönbein jako typ wszelkich zjawisk katalitycznych i przypuszcza, że działanie substancyj znanych nam jako fermenta np. diastazy, emulsyny, myrozyny, drożdży i t. d. polega tylko na własności przemienienia antozonu na ozon i tlen; gdyż substancyje te pod wpływem wysokiėj ciepłoty, jak również siarkowodoru tracą możność przemieniania antozonu, a zarazem wpływ ich katalityczny ustaje. W organizmie zwierzęcym według Schönbeina tę własność przemieniania antozonu posiada żołądek cielęcý, błony śluzowe, ślina i śluz z nosa, jak również i krew, a głównie jėj ciałka, które oprócz tego polaryzują tlen. Tym więc sposobem ciałka krwi dostarczają organizmowi ozonu w znacznych ilościach, raz przez rozsczepienie tlenu na ozon i antozon, powtóre przez swą siłę katalityczną, zamieniając antozon na ozon i tlen, przyczem same się utleniają i giną. Obecność ozonu we krwi z łatwością wykryć można przez oddziaływanie na papier napojony wymoczem gwajakowym, antozonu zaś wykryć niepodobna ani we krwi, ani w wydzielinach, właśnie z przyczyny powyżej podanej, że ten szybko ulega dalszej przemianie; - wszakże udało się Schönbeinowi wykazać ślady antozonu, a właściwie wody utlenionój w moczu, a podług Maissnera ślina i śluz z nosa również ślady jego zawierają.

Kol. Fudakowski dodaje, iż przy powtórzeniu niektórych doświadczeń przez Schönbeina podanych, miał

sposobność przekonać się o rzeczywistości powyższych faktów i zwraca również uwagę, że medycyna starała się skorzystać z tak ważnych odkryć. Ponieważ ozon szybko utlenia substancje organiczne i niszczy je, zaczęto więc używać w ostatnich czasach nadmanganianu potażu, który 5 atomów ozonu w połączeniu utrzymuje, w celu zniszczenia substancyj gnijących i zaraźliwych np. przy ozaena, diphtheritis, gangrenie i t. p. Medycyna sądowa nie małą również korzyść odniosła: 1) przez ułatwienie rozróżnienia arseniku od antymonu, wykazano bowiem, iż przy wpływie ozonu na plamy tych metali powstałe na rurach szklanych, arsenik zamieniony na bezbarwny kwas arsenny znika w ciągu kwadransa, gdy tymczasem plamy antymonu przez kilka dni pozostają; 2) opierając się na własności barwnika krwi zabarwiania brunatnego wymoczu gwajakowego na kolor niebieski przy obecności antozonu lub wody utlenionej, zastosował van Deen ten odczynnik w celu wykrycia śladów krwi. Zwilżywszy bowiem podejrzaną plamę terpentyną, która jak wiadomo posiada pewną ilość antozonu, przy dodaniu wymoczu gwajakowego, powstanie natychmiast niebieskie zabarwienie, jeśli plama rzeczywiście od krwi pochodzi. W końcu nadmieniam kol. F u d a k o w s k i, że gdyby się udało otrzymywać ozon w znacznych ilościach niewielkim kosztem, byłby to jedyny i najpewniejszy środek dezynfekcyjny.

P o r t n e r.

WIADOMOŚCI ZAKRAJOWE.

przez **T. Belke, Czł. Tow. Lekar.**

Treść: Wzmianka o kongresie międzynarodowym. Cliteridocytomia. Najważniejsze względy przy zalecaniu kuracji mlecznej. Wypadek zatrucia kamforą.

Pierwszą naszą kronikę 1867 r. rozpoczynamy od zapoznania bliżej czytelników z kwestyami, jakimi ma zamiar zajmować się kongres międzynarodowy otwierając swe posiedzenia dnia 16 sierpnia b. r. w Paryżu pod prezydencją prezesa komitetu P. Bouillaud.

Kwestye te są następujące:

1) Anatomia i fizjologia patologiczna gruźlica. O chorobie gruźlicy w różnych krajach i o jej wpływie na ogólną śmiertelność.

2) O wypadkach śmierci po dokonywanych operacjach chirurgicznych.

3. Czy jest możliwem zaproponowanie różnym rządóm, pewnych i stanowczych środków, mających na celu ograniczenie szerzenia się choroby wenerycznej.

4. O wpływie pokarmów używanych w różnych krajach na powstawanie niektórych chorób.

5. O wpływie klimatów, rass, i innych warunków w życiu człowieka na czas pokazywania się perjodu u kobiet w różnych krajach.

6. O aklimatyzacji Europejczyków w krajach gorących.

7. O pasożytach tak roślinnych jak zwierzęcych, mogących rozwijać się w człowieku.

Po ukończeniu kongresu który trwać będzie dwa tygodnie, komitet zajmie się wydaniem prac sobie nadesłanych, a które były przedmiotem dyskusyi.

Prace nadsyłają się na ręce sekretarza komitetu pana D. Jaccoud (rue Drouot, N. 4, w Paryżu). (1)
(Archives générale de Médecine. Décembre 1866.)

Londyńskie towarzystwo akuszeryjne żywo zajmowało się w ostatnich czasach kwestyą operacji nowo wprowadzonej w praktykę przez Baker Browna, **wycłaniania łechtaczki** (cliteridectomy), w celu stanowczego leczenia manii, padaczki, hysteryi, paraplegii i t. p. cierpień, gdy najprawdopodobniejszą przyczyną tych chorób, jest szkodliwy nałóg onanizmu u kobiet. Baker Brown opiera się na własnych spostrzeżeniach, gdzie w wielu wypadkach tego rodzaju nastąpiła stanowcza poprawa w przebiegu tych chorób; dodaje przytém, iż odjęcie łechtaczki nie wpływa wcale na zmniejszenie przyjemności spółkowania.

(Gazette des Hopitaux. Décembre.)

A. Pécholier w piśmie *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale* w Nr. 1. radzi zwracać uwagę na następujące cztery okoliczności przy zalecaniu **kuracyi mlecznej**, tak ważnej, prostej a niezmiernie dobroczynnej w swych skutkach.

Okolicznościami temi są:

- a) rodzaj samego mléka.
- b) natura choroby.
- c) względy indywidualne.
- d) zastosowanie właściwej diety przy używaniu kuracyi mlecznej.

a) *Co do natury mléka*: rozmaite gatunki mléka używane do potrzeb domowych, codziennych różnią się bardzo swym składem, jak to wykazuje chemia rozbiorowa; widzimy iż w jednych przeważa sernik, w innych więcej znajduje się cukru. Codzienne doświadczenie ten fakt najzupełniej potwierdza; człowiek zupełnie zdrowy, jedno mléko trawi, innego zaś trawić nie może. Ważnem by więc było bardzo rozwiązanie pytania: jakie mleko mianowicie najodpowiedniejszym

(1) Zobacz Pamiętnik Tow. lek. War. T. LVI, str. 277.

jest przy różnych cierpieniach, gdzie wskazaną jest tego rodzaju kuracja?

Mléko krowie tak różne od mléka kobiecego, nie zdaje się być owém poszukiwaném mlékiem lékarskiém; odpowiedniejszém było by już mléko oślic, lecz trudność dostania wszędzie podobnego mléka, zmusza nas zwrócić się do używania mléka krów, które jednakże należy rozcieńczyć $\frac{1}{3}$ wody, gdyż wtedy łatwiej jest znoszone przez żołądek.

Najważniejszym jednakże punktem w tym względzie jest wybór krowy, od której zamierzamy używać mléka. Mléko pochodzić winno zawsze od téjże saméj krowy i to koniecznie zdrowéj. Mléko nie powinno być ani zbyt młode, ani zbyt stare, świeże powinno znajdować się w odpowiednich warunkach co do pożywienia i umieszczenia. W miastach gdzie krowy są źle utrzymywane, mléko jest mniej dobrém jak na wsiach, dla tego nierównie większa jest pewność powodzenia kuracyi, gdy chory może się jéj oddać na wsi.

b) *Co do natury choroby:* kuracja mleczna jeśli dobrze i dość długo jest znoszona, poprawia czynności kanału pokarmowego, systematu nerwowego i wpływa na krew samą.

W przerostach czynnych serca (*hypertrophia cordis activa*) gdy istnieje ciągłe ciśnienie w naczyniach krwionośnych, gdy naczynia włosowate są przepełnione, gdy co chwila możemy się obawiać napływu, a nawet krwotoku do rozmaitych organów, dyeta mleczna wspierana czasami użyciem naparstnicy sprowadza zmianę w ilości i plastyczności krwi saméj, zmniejsza się tym sposobem ciśnienie w naczyniach krwionośnych, przestajemy się wtedy obawiać napływów krwi; chory uspakaja się i czuje się znacznie lepiej, wprawdzie na pewien tylko czas. Autor jednakże przypuszcza, że w niezbyt wysoko posuniętych przerostach serca, przy długim użyciu diety mlecznej, może nawet nastąpić częściowa resorbcyja mięśni sercowych a tym sposobem i samo wyleczenie.

2. Mleczna kuracja jest potężnym środkiem leczniczym w puchlinach bez względu na ich pochodzenie, formę i umiejscowienie. Bez wpływu na przyczynę puchliny mléko wprost

działa na puchlinę, działa raz jako środek moczopędny, a powtóre zmieniając krążenie wpływa na zmniejszenie przesiąkania z naczyń.

3. Rozwolnienia uparte u dzieci (*entero-colitis chronica*) ustępują za użyciem kuracyi mlecznej. Niektóre formy rozwolnień wywołane zadrażnieniem przewodu pokarmowego u dorosłych również ustępują przy użyciu mleka. Mleko łagodnie wpływając na zdrażnione błony śluzowe kiszek, jednocześnie jest i pokarmem odżywczym i łatwo się resorbującym.

4. Mleko jest wreszcie najpotężniejszym środkiem poprawiającym odżywianie. Z tego tytułu używamy mleka z korzycią w gruźlicy płucowej, w raku, podagrze, otyłości (*obesitas*), padaczce i t. p.

c) *Co do warunków indywidualnych*: to można powiedzieć, że w ogóle zastosowywać należy kurację mleczną do osób z organizmem więcej eretycznym, jednakże zwracać należy szczególną uwagę, na usposobienia i idiosynkrazye. Są chorzy którzy nie znoszą mleka, inni chętnie je piją, lecz nie trawią,— w wielu takich wypadkach wyłączne użycie mleka z początku w bardzo małej ilości, znosi to szczególne usposobienie, głód w wielu razach stanowczo dopomaga do łatwiejszego trawienia.

d) *Sposób zastosowania właściwej diety przy używaniu kuracyi mlecznej*: jest głównym warunkiem osiągnięcia poprawy w stanie choroby.

Z początku kuracyi chory winien zupełnie się wstrzymać od wszelkiego użycia innego pokarmu i napoju prócz mleka; rozpoczynać leczenie od przyjmowania małych ilości, następnie przechodząc do coraz większych.

Początkowo chory winien używać co godzina filiżankę mleka z $\frac{1}{3}$ wody, jeżeli dawkę taką dobrze znosi, to po jakimś czasie podnosimy ją stopniowo, zwolna. W razie okazujących się dobrych rezultatów leczenia, dodajemy nieco chleba, ilość tego ostatniego stopniowo zwiększamy, przechodząc następnie do coraz więcej diety pożywniej i zupełnej.

Przy użyciu kuracyi mlekiem od czasu do czasu uciekamy się do środków łagodnie przeczyszczających lub do

zwykłych lewatyw. Mléko surowe, ciepłe lub zimne łatwiej się trawi jak przegotowywane chociaż i pod tym względem są pewne wyjątki. Strawienie mléka ułatwiamy niekiedy przez różne dodatki, a mianowicie wody wapiennej, dwuwęglanu sody, magnezyi. U niektórych znów osób w miejsce alkaliów lepiej używać kwasów. Gorzkie środki w bardzo małej ilości również niekiedy dobrze jest dodawać do mléka.

Wypadek zatrucia kamforą. Chłopiec 20-miesięczny, dobrze zbudowany i odżywiony, niepostrzeżenie chwycił szklanę z olejkim kamforowym rozcieńczonym i nieco go połknął. W 2½ godziny po wypadku dziecko osłabło, nieporuszenie siedziało na kolanach matki, nagle straciło przytomność, twarz zbladła, objawił się rodzaj tężca całego ciała. Przywołany natychmiast Dr. L e m c h e n, który ten wypadek podaje, znalazł dziecko w stanie następnym: całe ciało sztywne, zimne, twarz sina, oczy zawrócone w górę i na wewnątrz, źrenice ściągnięte, nie oddziałują na światło, puls słaby ledwo wyczuć się dający, bicie serca nieregularne, przerywane, czułość skóry zmniejszona, z ust czuć zapach kamfory. Dr. L e m c h e n przepisał *vomitorium comp.* płyny wyrzucane dawały mocną woń kamfory. Wkrótce po wymiotach dziecko nieco się uspokoiło, ciepłota skóry się podniosła, twarz stała się mniej siną, puls pełny, prędki, dziecko nieco spało.

Zimne okłady na głowę, oblewanie zimną wodą całego ciała, przemywanie nówek wodą gorącą z gorczycą, usunęły całe niebezpieczeństwo i na trzeci dzień dziecko zupełnie było zdrowe.

(Journal für Kinderkrankheit.)

ROZMAITOŚCI.

Cholera w okręgu krakowskim. Według obwieśzczenia komisji namiestniczój w Krakowie z dnia 16 stycznia b. r. w przeciągu czasu od 15 do 31 grudnia r. z. cholera w krakowskim okręgu wybuchła w Paszczynie, w powiecie Dębickim; natomiast wygasła w Jaworzniu w powiecie tego imienia, tudzież w Sędziszowie, w powiecie Rzeszowskim. W tym okresie 215 chorych było pielęgowanych, a z nich 115 wyzdrowiało, 47 umarło, a 53 w 8iu miejscach w dalszém pielęgowaniu pozostało. Podczas całego trwania epidemii, w 78 miejscach 288,352 dusz liczących, zachorowało 3,926 osób, z których 2,288 wyzdrowiało, 1585 umarło, a 53 jeszcze chorych pozostało.

Towarzystwo lekarskie krakowskie. Na posiedzeniu w dniu 8 stycznia r. b. odbytem, obrano członkami korespondentami towarzystwa lekarskiego Krakowskiego: Dra Jana Oszackiego w Krzeszowicach, Dra Józefa Starkla w Tarnowie, Dra Józefa Molendzińskiego we Lwowie, Dra Władysława Chrzanowskiego w Szczurowy, Dra Ignacego Mamczyńskiego w Willamowicach. Na członka czynnego powołano: Dra Wacława Przybylskiego adjunkta przy katedrze fizjologii Uniw. Jagiellońskiego, na członka przybranego p. Adolfa Aleksandrowicza, Magistra farmacyi.

Stowarzyszenie lekarzy na Bukowinie. Lekarze czerniowieccy na zgromadzeniu w listopadzie r. 1866 postanowili na wniosek profes. Dr. Skibińskiego, zawiązać stowarzyszenie. Prezesem stowarzyszenia obrano radcę lekarskiego Dra Zachara, wyznaczono komitet do ułożenia statutu, obmyślenia funduszków i t. d. Członkowie komitetu są: Dr. Skibiński, Dr. Plohn, Dr. Denarowski, Dr. Poras i Koster. Zwyczajnemi członkami stowarzyszenia mogą być wszyscy na Bukowi-

nie mieszkający lekarze i chirurdzy, nadzwyczajnemi lekarze innych prowincyj austriackich, tudzież bukowińscy aptekarze i weterynarze. Dotychczas liczy stowarzyszenie 84 członków. (Przegląd lekarski).

Praga Czeska. Wydział lekarski w prazkim Uniwersytecie na posiedzeniu swem w dniu 8 stycznia b. r. odmówił poparcia propozycji rządowej względem pomnożenia na wydziale liczby katedr z językiem wykładowym czeskim.

N e k r o l o g j a.

Dr. Jakób Atlas w Tarnopolu zginął w sam dzień noworoczny od morderczej ręki, wywabiony z domu wieczorną porą wrzкомо do chorego. Zwłoki jego znaleziono za miastem, morderca zabrał zegarek i pugilares. Otóż jeden więcej smutny przykład, na jakie niebezpieczeństwo naraża ciężki zawód lekarski.

Dr. Breslau professor położnictwa w Zurychu, życie zakończył.

Nowe dzieła.

Clar, Dr. Leopold Auenbrugger der Erfinder der Percussion des Brustkorbes, geb. zu Graz 1722 gest. zu Wien 1809 und sein Inventum novum. Nach dem bestenzugänglichen Quellen gewürdigt. Graz. 1867.

Türk, Dr. Lud. Klinik den Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre, nebst einer Anweisung des Kehlkopfrachenspiegels und zur Lokalbehandlung der Kehlkopfkrankheiten. Mit 260, in dem Text eingedruckten Holznitschten und 1 Steindrucktafel. Wien. 1866.

Türk, Dr. Lud. Atlas zur Klinik der Kehlkopfkrankheiten in 24 chromolithographirten Tafeln von Dr. A. Elfinger und D. C. Heitzmann, mit erklärendem Texte. Wien. 1866.

SPRAWOZDANIE
Z CZYNNOŚCI KLINIKI CHIRURGICZNEJ
Istniejącej przy Wydziale Lekarskim
SZKOŁY GŁÓWNEJ WARSZAWSKIÉJ
ZA ROK 186⁵/₆,

napisał Dr. Stanisław Witkowski b. Assystent Kliniki chirurgicznój,
uzupełnił Professor Kliniki Dr. Le Brun.

Z końcem ubiegłego roku upływa lat sześć istnienia Kliniki Chirurgicznój, w ciągu których już przeszło stu młodych lekarzy miało sposobność pod troskliwym kierunkiem Professora Dra Le Brun'a Dziekana Wydziału Lekarskiego kształcić się w téj tak ważnej gałęzi medycyny. Pierwsze lat cztery Klinika Chirurgiczna pomieszczona była w zabudowaniach szpitala Dzieciątka Jezus, w roku 1864 przeniesioną została do Szpitala ś. Ducha, w którym już przeszło dwa lata zostaje. Jakkolwiek niedogodności na jakie w zeszłoroczném sprawozdaniu zwróciliśmy uwagę i w tym jeszcze roku uczuwać się dały, wszakże pod względem warunków higienicznych osiągniętą została znakomita korzyść, która uwydatniła się przez stosunek śmiertelności, rzadkość komplikacyj po operacyach i znacznie pomyślniejsze ich wypadki. Śmiertelność jaka w Klinice Chirurgicznój u Dzieciątka Jezus do 16% dochodziła, tu wynosiła zaledwie 10%, a stosunek ten nie okaże się zdawać zbyt rażącym gdy dodamy, że odnosi się do najważniejszych i najcięższych chorych oddziału chirurgicznego i prawie wyłącznie do operowanych. Co do komplikacyj po operacyach, te w nowym lokalu były rzadkością, albowiem rany nie gangrenowały się wcale a róża traumatyczna zdarzyła się raz tylko jeden po wyłuszczeniu palca wielkiego stopy. Wreszcie gdy w osta-

tnim roku za istnienia kliniki w szpitalu Dzieciątka Jezus z 25 cięższych operacyj, umarło operowanych 17, a zatem przeszło $\frac{3}{4}$, w roku 186 $\frac{4}{5}$ na 21 ciężkich operacyj umarło 6, a w ubiegłym z 25 takich operacyj tylko 5 i to po operacjach wykonanych w ostateczności.

Tak pomyślne wypadki zawdzięczać musimy dobrym higienicznym warunkom jakie przedstawia szpital ś. Ducha. Szpital ten zbudowany jest według systematu pawilonowego, który powszechnie uznano za najlepszy i najwięcej odpowiadający warunkom zdrowia ze względu na ułatwioną wentylację sal. Pawilony nie są za wysokie, składają się z parteru i jednego piętra, po jednej obszerniej sali zawierających, która to wysokość jest najwłaściwszą, na wyższych bowiem piętrach według statystyki zebranej przez pp. *Sarazin* i *Brenning* śmiertelność jest daleko znaczniejszą niż na niższych. Pawilony nie są zacieśnione, odstęp jednego od drugiego wyrównujący przeszło dwa razy wziętej szerokości pawilonu, nie tamuje ani swobodnego przystępu światła, ani przewiewu powietrza. Urządzenie okien naprzeciw siebie, w dwóch przeciwległych ścianach, daje możność dokładniejszego przewietrzania za pomocą naturalnego przewiewu, który jak doświadczenie przekonało, daleko jest lepszy i dokładniejszy niż wentylacja za pomocą machin włączających powietrze, i dlatego prawie powszechnie już przyjęty został w szpitalach paryzkich i angielskich, nawet w Niemczech zaczyna jednać sobie stronników pomiędzy najznakomitszymi tamedcznymi lekarzami. Przewietrzanie sal za pomocą otwierania naprzeciw siebie leżących okien, dostarczyć może tyle świeżego powietrza, ile żaden przyrząd wentylacyjny dać nie jest w stanie, niewpływając bynajmniej szkodliwie na zdrowie w sali leżących osób; doświadczenie, bowiem przekonało, że w szpitalach angielskich gdzie ten sposób przewietrzania posunięty jest aż do przesady, tak iż według wyrażenia pp. *Blondel* i *Serre* na salach zwłaszcza chirurgicznych panują prawdziwe wichry, stan zdrowia chorych bynajmniej nie cierpi.

Sal w oddziale chirurgicznym mieszczącym klinikę jest dwie, jedna na dole dla mężczyzn, druga na pierwszym pię-

trze dla kobiet; każda z nich mieści łóżek 22, i opatrzona jest dwunastoma oknami, po 6 z każdej strony. Długość każdej sali wynosi metrów 26,20, szerokość 7,60— wysokość 4,86, wypada zatem powierzchni na każde łóżko metrów kwadratowych 9, a objętości powietrza na chorego po metrów sześciennych 44. Wprawdzie objętość ta jest niższą od objętości sal w szpitalach francuzkich i angielskich, w których wypada średnio od 50 do 60 metrów sześciennych, a tembardziej od objętości sal w nowszych szpitalach włoskich, w których dochodzi nawet do 95 metrów na głowę, lecz jest znacznie wyższą od objętości w szpitalach niemieckich, gdzie liczą zwykle po 30 metrów sześciennych na chorego. Taka obszerność sal obok sześciu par okien w każdej, daje możność tak dobrego przewietrzania, iż na salach naszych najmniejszy zaduch czuć się nie daje, i powietrze jest niewątpliwie czystsze i zdrowsze niż w niejednym prywatnym mieszkaniu. Aby dać wyobrażenie jak znaczną ilość świeżego powietrza, może dostarczyć wentylacja za pomocą naturalnego przewiewu, przez naprzeciwległe otwarte okna, podajemy tu następane obrachowanie. Wymiary okien w salach naszych wynoszą w wymiarze pionowym metrów 2,50, a w poziomym metrów 1, 22; para więc takich naprzeciw siebie leżących otwartych okien, przy szybkości powietrza 6 metrów na minutę, może dostarczyć na minutę $(1,22 \times 2,50 \times 6)$ 18,30 metrów sześciennych, co czyni na godzinę 1098 metrów sześciennych, a zatem 6 par takich okien może dać na godzinę 6588 metrów sześciennych; że zaś sala zawiera 22 łóżek, przeto wypada na jednego chorego około 300 metrów sześciennych na godzinę, co o wiele przynosi rzeczywistą potrzebę. Rozmiary więc i ilość okien w naszych salach dla dokładnego przewietrzania są aż nadto wystarczające, a posunięcie ich w górę aż prawie do sufitu, ma tę ważną korzyść, że zapobiega tworzeniu się w górnej części sali tak zwanych przez francuzów— „Poins-morts,” to jest miejsc, w których skutkiem niedochodzenia świeżego powietrza, dawne przesycone szkodliwymi wyziewami przez dłuższy czas nieodświeża-

ne zostaje, i które tym sposobem stają się ogniskami zarażającymi atmosferę sali.

Klinika chirurgiczna w roku ubiegłym otworzoną była dnia 10 Października a zamkniętą 20 Czerwca, trwała zatem 8 miesięcy i dni 10.

Studentów uczęszczających na kurs V było 10

„ „ „ „ IV „ 12

Razem więc było studentów 22.

Wszakże liczba uczęszczających do kliniki znacznie powiększoną była kandydatami składającymi praktyczne egzamina, a ważniejsze operacje sprowadzały do niej profesorów szkoły naszej i obcych lekarzy.

Liczba chorych będących przedmiotem wykładu klinicznego wynosiła 138, z których 93 mężczyzn a 45 kobiet. Chorzy ci przepędzili w klinice dni szpitalnych 5845 a zatem średnio na jednego chorego przypada dni 42 $\frac{1}{3}$. Najdłuższy pobyt chorego w klinice wynosi 199 dni, najkrótszy dzień jeden. Z tych chorych:

	Meż.	Kob.	Razem
Wyzdrowiało	51.	24.	75.
Umarło	12.	3.	15.
Wyszło z polepszeniem	17.	8.	25.
Opuściło klinikę w ciągu kuracyi	6.	4.	10.
Przeniesiono do innych szpitali	2.	—	2.
Pozostało na kuracyi po zamknięciu kliniki	5.	6.	11.
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	93.	45.	138.

Wykaz chorób leczonych w klinice chirurgicznój w roku 1865.

	Meż.	Kob.	Razem.
Zapalenie skóry	3.	1.	4.
Zapalenie tkanki łącznój (<i>phlegmone</i>)	5.	6.	11.
Ropnie	8.	1.	9.
Zapalenie gruczołów	2.	1.	3.

	Mez.	Kob.	Razem.
Wrzody atoniczne i gangrenowe	3.	4.	7.
Wrzody syphilityczne i formy drugorzędowe	4.	—	4.
Wąglik (<i>Antrax</i>)	—	2.	2.
Oparzelny	—	1.	1.
Odmrożenie	1.	—	1.
Rany rozmaite	15.	3.	18.
Choroby kości (<i>Periostitis, ostitis, caries, necrosis</i>)	9.	3.	12.
Złamania proste i komplikowane	6.	5.	11.
Zapalenie chroniczne stawów (<i>tumor albus</i>)	2.	1.	3.
Zwichnienie stawów	2.	2.	4.
Puchlina kolan (<i>Higroma subpatellare</i>)	—	1.	1.
Przerodzenia rakowate	3.	8.	11.
Kontraktura bliznowa	—	1.	1.
Przetoka ślinowa	1.	—	1.
Zwężenie cewki moczowej	4.	—	4.
Przetoka cewki moczowej	1.	—	1.
Zapalenie jądra	1.	—	1.
Puchlina jądra	2.	—	2.
Katar pęcherza	2.	—	2.
Kamień pęcherza	4.	—	4.
Przepukliny kiszki	1.	3.	4.
Przetoka stolcowa	5.	—	5.
Otwór stolcowy nie normalny (<i>Anus praeter naturalis</i>)	1.	—	1.
Krwotoki kiszki	1.	—	1.
Zastrzał (<i>Panaritium</i>)	3.	—	3.
Stłuczenia	2.	1.	3.
Guzy torebkowe	1.	—	1.
Przerost gruczołu tarczowego (<i>Struma</i>)	—	1.	1.
Zrośnięcie palców (<i>syndactylia congenita</i>)	1.	—	1.
	93.	45.	138.

Operacje ważniejsze, do wykonania których powyższe wypadki nastręczyły sposobność, były następujące:

	Męż.	Kob.	Razem.
Cięcia głębsze skóry w różnych częściach wykonane	8.	6.	14.
Otworzenie ropni	11.	4.	15.
Wyłuszczenie palców ze stawów	4.	—	4.
Amputacja goleni	1.	—	1.
„ ramienia	4.	—	4.
„ sutki	—	1.	1.
„ pęca	—	—	1.
Resekcja kości szczękowej dolnej	—	3.	3.
Wydobycia martwaków	4.	—	4.
Wyłuszczenie guza torebkowego	1.	—	1.
Wyłuszczenie przerostu gruczołu tarczowego	—	1.	1.
Wyłuszczanie guzów rakowatych	1.	2.	3.
Wycięcie tkanek rakowato przerodzonych	—	2.	2.
Dorobienie wargi dolnej	1.	1.	2.
Operacja zaciśniętej przepukliny	1.	1.	2.
Operacja przetoki stolcowej	4.	—	4.
„ zrośnięcia palców	1.	—	1.
„ puchliny jądra	2.	—	2.
Kruszenie kamienia	2.	—	2.
Cystotomia	1.	—	1.
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	47.	21.	68.

Zapalenia różowe skóry, występowały na twarzy i kończynach, zwykle przyczyna nie była wyraźną, gorączka towarzyszyła im zawsze i obrzmienia najbliższych gruczołów limfatycznych. Wszystkie 4 wypadki zakończone były wyzdrowieniem. Nastręczyły nam one nadto sposobność do klinicznego poglądu na zapalenia skóry tak często przedstawiające się

w praktyce, w połączeniu z zapaleniem naczyń limfatycznych i tkanki łącznej. Już w przeszloroczném sprawozdaniu kliniczném objawiliśmy pod tym względem zdanie nasze, że komplikacye te wpływają głównie na dłuższe trwanie choroby, lecz nie wpływają na sposób jój leczenia, który zawsze dążyć musi do zniesienia zapalnego processu.

Z pomiędzy jedenastu wypadków zapalenia *tkanki łącznej* podskórnej, ośm pochodziło z przyczyny traumatycznej, która często sama w sobie mało znacząca, jak np. lekkie zadrażnienie lub zakłucie, zwłaszcza w okolicy stawów palcowych, sprowadza nieraz gwałtowne rozwinięcie się tego rodzaju zapaleń rozszerzających się niekiedy na całą kończynę pod postacią tak zwanych *phlegmone profundum et diffusum*. Wcierania z maści szarj i kąpiele aromatyczne największą nam w tych razach oddawały usługę, a w innych razach nie małe cięcia dla otwierania ognisk ropnych. Z pomiędzy jedenastu tego rodzaju chorych, umarło tylko dwoje, to jest jeden mężczyzna w skutek posocznicy (*septicemia*) i jedna kobieta wskutek wycieńczenia.

Co do *ropni*, siedliskiem takowych były: goleń 2 razy, udo, pośladek, ramię, grzbiet, biodro, szyja, po jednym razie i policzek 2 razy, każdy z tych ropni stał się przedmiotem szczególnego klinicznego rozbioru odnoszącego się do okolicy w której się utworzył. Bo komuż z nas nie jest wiadomem jak rozpoznanie obecności ropy ważnem jest dla chirurga zadaniem, a cóż dopiero śledzenie jój kierunku dróg, jakimi dostać się może na zewnątrz organizmu, jakie w przebiegu tym zrobić może zboczenia. By złym ztąd wyniknąć mogącym następstwom skutecznie zaradzić, chirurg nigdy że tak powiem, ropy zwłaszcza głębsze organa zajmującej z uwagi spuszczać nie może, by zawsze mógł wiedzieć gdzie jest jój ognisko, powiększeniu się jego zapobiedz i jak z niego ropę wyprowadzić.

Na szczególną uwagę zasługuje tu wypadek ropnia w okolicy grzbietu i biodra u pewnej 37-letniej kobiety (Maryanny Podczalskiej), skutkiem pobicia, przed trzema laty powstały. Zaraz po wypadku wystąpiły silne bóle na prze-

biegu kolumny kręgosłowej, która następnie uległa skrzywieniu. W kilka miesięcy potem w okolicy biodrowej zrobił się guz miękki, który dobrowolnie przepękł w dwóch miejscach i dotąd sączył z siebie ropę; przed 3ma zaś miesiącami wystąpił nowy guz na plecach koło skrzywienia kolumny kręgosłowej. Chora ta kobieta, anemiczna, wychudła, mocno osłabiona, w chwili przybycia do kliniki dnia 22 Października, przedstawiała skrzywienie kolumny kręgosłowej poczynając się od 7go kręgu grzbietowego do 3go ledźwiowego, wypukłością zwrócone ku tyłowi i ku stronie lewej. Po prawej stronie skrzywienia guz wielkości dużej pięści, elastyczny, fluktujący, bolesny. W okolicy biodrowej lewej dwa otwory fistułowe sączące ropę, prowadzące do kanału, idącego ku przodowi i wewnątrz, na przestrzeni około trzech cali, w którym jednak zgłębnik nigdzie obnażonej kości nie wykrywa. Przymiennie chora skarżyła się na ciągłe bóle w krzyżu, powiększające się za naciśnięciem w okolicy skrzywienia; położenie się na wznak i wyciągnięcie kończyny lewej z powodu bólu jest niemożliwym; chora leży na prawym boku z kończynami dolnymi skurczonymi. Dyaryja od paru tygodni bez bólesci w brzuchu, stan bezgorączkowy. Nazajutrz po przybyciu otworzono ropień grzbietowy, z którego wypłynęło ze trzy uncje ropy dobrej natury z krwią; pod skórą znaleziono obszerną torbę, w górnej części której, można wyczuć obnażony wyrostek kręgowy ósmego kręgu grzbietowego. Po bliższym zbadaniu stanu chorej professor kliniki był zdania, że jakkolwiek oba cierpienia, tak grzbietu jak i biodra mogły pochodzić z jednej przyczyny to jest z pobicia, wszakże jedno i drugie nie zależały od siebie i rozwijały się samoistnie; ropień grzbietowy który przed przecięciem mógł dawać podejrzenie choroby *Potta*, po otworzeniu okazał się widocznie skutkiem tylko zgorzeli wyrostka kręgowego ograniczonej na małej przestrzeni, w każdym zaś razie za daleko ważniejsze uważał cierpienia w biodrze. Niemożność wyśledzenia ogniska ropienia, z powodu pokrzywionego kierunku fistuły, nie pozwalała nic stanowczego wyrzec o jego siedlisku, wszakże trudność w prostowaniu kończyny, nasuwała domniemanie, że ognisko

to może mieć miejsce w jamie brzusznej w okolicy mięśnia biodrowego. Po otworzeniu ropnia grzbietowego chora doznała pewnej ulgi w bólach krzyża, dyarya przy użyciu proszków Dowera wstrzymała się, w stanie ogólnym jednak nie było polepszenia. W parę tygodni po przybyciu wystąpiły wymioty, często powtarzające się, prawie wszystko co chora jadła wyrzucane było napowrót, z prawej strony brzucha poniżej żeber można czuć było twardość rozszerzającą się na całą okolice żołądkową, która zdawała się pochodzić od powiększonej wątroby: dyarya wróciła, proszki Dowera, opium i Tinctura nucis vomicae, przynosiły tylko chwilową poprawę. Odpływ ropy z otworów na lewem biodrze ciągle jednakowy, od czasu do czasu boleści w brzuchu, a raz zauważano, że przy naciśnięciu brzucha w dolnej jego części, odpływ ropy temi otworami się zwiększa, co tembardziej utwierdziło w przypuszczeniu ogniska ropienia w jamie brzusznej. Apetyt zupełnie upośledzony, siły chorój pomimo użycia środków gorzkich i wzmacniających coraz bardziej upadały, wychudnienie postępowało, puls stawał się coraz drobniejszym i mniejszym. Nakoniec koło połowy grudnia kończyny dolne zaczęły puchnąć, dalej puchlina rozszerzyła się na brzuch, a nareszcie wystąpiły objawy puchliny płuc w obec których dnia 20 grudnia to jest w dwa miesiące po przybyciu życie zakończyła. Sekcja usprawiedliwiła przypuszczenie zrobione za życia; w trzonach kręgów nieznaleziono nic nie normalnego, wyrostek stawowy 8 kręgu był dotknięty zgorzelą na niewielkiej przestrzeni, nigdzie żadnego związku między ropniem grzbietowym a ropniem w okolicy biodra. Od otworów biodrowych odchodził kanał ku przodowi i wewnątrz, który pod kolcem biodrowym przednim górnym zaginał się do wewnątrz jamy brzusznej; zstępował następnie ku dołowi po wewnętrznej ścianie téj jamy zewnątrz otrzewnej, i prowadził do ogniska ropnego w dole biodrowym wewnętrznym w miejscu mięśnia biodrowego wewnętrznego który był w znacznej części zniszczony. Znakomite powiększenie wątroby, pokrywającej i naciskającej znacznie rozдутy żołądek, tłumaczyło przyczynę tak częstych wymiotów. W żołądku i kiszkaeh znaleziono znaki chronicz-

nego kataru, w jamie brzusznej, obfite zebranie płynu, płuca płynem nasiąknięte, mało powietrza zawierające.

Z pomiędzy trzech wypadków idyopatycznego *zapalenia gruczołów limfatycznych*, jedno miało miejsce w gruczołach pachwinowych, drugie w udowych, a trzecie zajmowało gruczoł zauszny (*parotis*); wszystkie trzy przeszły w ropienie, i zakończone były wyzdrowieniem.

Na siedmiu wypadkach *wrzodów atonicznych* goleni, które były przedmiotem klinicznej obserwacji, professor kliniki miał sposobność przedstawić studentom dwa najczęstsze sposoby powstawania tych wrzodów. Raz po nieznacznym wpływie traumatycznym lub nawet bez takowego występuje na skórze czerwonosc z lekkim obrzmieniem i bólem, czerwonosc ta powoli przechodzi w siność, skóra gangrenuje się, kawałkami się oddziela, a pod nią ukazuje się już gotowy rozległy wrzód pokryty brudną cuchnącą materią pochodzącą, z rozpadu tkanki łącznej podskórnej, której znaczna utrata nastąpiła. Albo też na niezmienionej skórze, bez żadnej wyraźnej przyczyny zewnętrznej, tworzą się małe pęcherzyki mętnym płynem napełnione, które pękają, a na powierzchni tym sposobem obnażonej z naskórka, odbywa się proces wrzodzenia, który rozszerza się włąb' i wszcz, tworząc następnie rozległe wrzody. Leczenie tych wrzodów wymaga zawsze wiele cierpliwości i czasu, bo stosować się musi do komplikacyj przy chorobie tej tak częstych. Nie raz staje się tu potrzebnem zastosowanie środków ogólnych. Do polepszenia miejscowych warunków oczyszczenie i zabliznienie wrzodu przyspieszyć zdolnych, obok najczystszej opatrywania wrzodów maść z precypitatu czerwonego rtęci i paski sposobem Baintona zakładane okazały się najskuteczniejszymi.

Dwa wypadki **Wąglika** (*antrax*) przedstawiły uczącym się w klinice różny przebieg tej choroby. W pierwszym od dwóch tygodni trwającym, guz był wielkości dwóch pięści, znajdował się pomiędzy łopatkami na wysokości kątów tylnych, był bardzo bolesny, skóra na nim sino-czerwona, a więcej ku obwodowi różowa, przytém chora mocno gorączkowała. Niezwłocznie dopełnione przecięcie krzyżowe aż do dna

guza, prawie od razu zniosło ból i gorączkę, oczyszczenie ran i gojenie odbywało się szybko. W drugim wypadku w chwili przybycia choréj guz już dobrowolnie otworzył się, skóra pokrywająca go przeszła w zgorzel i substancja rozpadowa wydzielać się już zaczynała. W tym więc razie ponieważ napięcie tkanek, ból i gorączka już prawie ustąpiły, ograniczono się na starannem i czystem opatrywaniu. Atoli leczenie to trwało daleko dłużej jak w pierwszym przypadku, chociaż guz antraxowy był mniejszy i chora w młodszym wieku. Okoliczność ta wyraźnie przemawia za korzyścią wczesnego śmiałego przecinania antraxów jak skoro natura choroby téj rozpoznaną została.

Ciężki wypadek *odmrożenia* kończyn przedstawił 25 letni wiejski parobek. Chłopiec ten upośledzony na umyśle i z tego powodu będący przedmiotem niechęci rodziców, przed Bożem Narodzeniem 1867 r. podczas ciężkich mrozów uciekł z domu i przez kilka nocy sypiał w lesie, skutkiem czego stopy mu zbrzękły, palce czerniały i poodpadały. W czasie przybycia do kliniki stopa prawa pozbawiona była palców i kości śródstopowych, pozostały tylko kości stępu (*tarsus*), otoczone obrzniętymi cięściami miękkimi i od przodu bladymi granulacjami. U stopy lewéj brak było tylko palców, w miejscu oddzielenia się ich również blade granulacje, w posród których, sterczały obnażone i znekrozowane kości śródstopowe. Chory źle odżywiony, blady, anemiczny, wychudły, twarz obrznięta, w moczu białko. Stan wycieńczenia w jakim się chory znajdował nie pozwalał myśleć o operacji. Jedyne wskazaniem jakie się tu przedstawiało, było staranie o poprawienie przede wszystkim sił chorego, za pomocą środków wzmacniających, gorzkich i pożywnéj diety, a jeśliby to dało się osiągnąć, wówczas dopiero można było przedsiębrać operację w celu zamienienia ran tych na równe i gładkie, i przeto postawienia ich w lepszych do gojenia warunkach. Lecz zamiary te nie były uwieńczone skutkiem, gdyż siły chorego coraz bardziej upadały, kończyny dolne spuchły, zaczęły się robić wrzody odleżynowe, puchlina rozszerzyła się do brzucha i płuc, a w dni 12 po przybyciu do kliniki chory ży-

cie zakończył. Przy sekcji znaleziono anemię wszystkich tkanek, stłuszczenie serca, wątroby i nerek, przesięk w opłucnej i osercnej, pęcherz wielkości jabłka, ściany jego przeszło na jeden centymetr grube, jama nieprzenosząca wielkością włoskiego orzecha, jądra miękkie, zanikłe, rozpływające się.

Z pomiędzy 18 wypadków *ran*, najczęstsze były rany głowy, których było 8, potem rany ramienia (*humerus*) 3, dalej rany ręki 2, stopy 2, przedramienia 1, brzucha 1, uda 1.

Co do przyczyny: zranień rozmysłych skutkiem złej woli zadanych było tylko 2, rana od postrzału 1, rana wskutek przejechania 1, wskutek nieostrożności przy robocie wyrobniczej 4, zranień wskutek upadnięcia 3, wskutek uderzenia spadającym ciężarem 2, rany zadane przez maszyny fabryczne lub gospodarskie 5. Te ostatnie przedstawiały najcięższe obrażenia, wymagające powiększnej części postępowania operacyjnego.

Do ważniejszych zranień zaliczyć trzeba ranę głowy, u pewnego parobka młynarskiego, który uderzony został workiem mąki spadającym z młyna. Szczęściem dla chorego uderzenie nie było wprost lecz nieco pod kątem, przez co kości czaszki pozostały całe, lecz skóra pokrywająca sklepienie czaszki zdarta była od przodu ku tyłowi, tak iż tworzyła płat szeroki oddzielony od kości, które od połowy czoła aż do wierzchołka czaszki były zupełnie obnażone, płat zaś skórny tylko od tyłu z resztą skóry pozostał w związku. Po oczyszczeniu rany, pokrytej grubą warstwą skrzepów krwi, z pod których krew płynna jeszcze obficie się wysączała, przyłożono płat bezpośrednio na skórę i nałożono na głowę opaskę naciśkającą. Pomimo tak ciężkiego obrażenia i osłabienia chorego, skutkiem utraty znacznej ilości krwi, oderwany płat skórny w znacznej części bezpośrednio przyrosł do kości, i tylko kawałek brzegu jego od przodu uległ zgangrenowaniu jakoteż blaszka zewnętrzna kości skórze tej odpowiadająca. Siły chorego prędko wróciły do stanu normalnego, gojenie jednak rany trwało bardzo długo, tak iż dopiero po pięciu miesiącach chory mógł być wypisany ze szpitala. Przewłoka ta w leczeniu pochodziła z powolnego oddzielania się znekrozowanej blaszki

kostnej i z komplikacji zapalenia różowego twarzy, tak często przy ranach głowy wydarzającego się.

Nader prędki i pomyślny otrzymaliśmy skutek z bezpośredniego połączenia brzegów rany nosa zadanej kantem talerza porcelanowego. Uderzenie nastąpiło pół centymetra od nasady nosa, tak iż cały nos został odrąbany i z resztą twarzy był w związku tylko przez skórę brzegu wolnego prawego skrzydła nosa; kości nosowe były pogruchtane, brzegi zaś rany tak równe, iż gdyby nieupewnienie naocznych świadków o narzędziu raniącym, możnaby ją wziąć za ranę ciętą pochodzącą od skaleczenia ostrym nożem. Ponieważ raniony przybył do kliniki zaraz po wypadku, przeto po ułożeniu kości nosowych i oczyszczeniu rany, brzegi jej połączone niezwłocznie szwem węzełkowym, który tak dobrze utrzymał je w zbliżeniu iż zrośnięcie było doskonałe i jako ślad zrośnięcia pozostała tylko wązka linijkowata blizna na około nosa.

W dniu 9 Stycznia przywieziono do kliniki człowieka około lat 40 mającego, o którego pochodzeniu i przeszłości nic nam wiadomem nie było. Chory ten przedstawiał na głowie po stronie prawej ranę kształtu łukowatego na kierunku szwu łuskowego prawego, skóra w formie półkolistego płata, od tkanki podskórnej oddarta odwróciła się na ucho; na twarzy, na czole i nosie widać sińce fioletowe szerokie, na dłoni lewej były rany poszarpane niezbyt głębokie, zgangrenowaną tkanką pokryte, cała ręka obrzmiała. Z początku chory zdawał się być nieprzytomnym, leżał na wznak z zamkniętymi powiekami, nic nie słyszał, nie odpowiadał na pytania, nie okazywał nawet uczucia bólu przy badaniu części zranionych, później jednak otworzył oczy, podnosił się sam na łóżku, wstawał, rozumiał czynione mu znaki, lecz nic nie słyszał i nic nie mówił prócz oderwanych zdań lub pojedynczych wyrazów. Niepodobna więc było dowiedzieć się od niego jakim sposobem rany te i sińce zadane zostały, lubo wątpić nie było można, że obrażenie głębsze może mózgu lub części go pokrywających główną tu odgrywają rolę. Po oczyszczeniu ran i przyłożeniu płata skórniego głowy na właściwe miejsce, opatrzone je suchą szarpnią, zalecono okłady zimne na twarz i głowę, oraz

Infusum arnicæ cum magnesiæ sulphuricæ do wewnątrz. Następnym dni rany ręki zaczęły się oczyszczać, oderwany płat skórny na głowie, po wypuszczeniu zebranej pod nim ropy zrosł się z tkanką podskórną. Stan chorego jakkolwiek pod względem słuchu i mowy pozostał niezmienny, nie przedstawiał wszakże groźniejszych objawów; gorączki nie było wcale, wypróżnienia regularne, apetyt doskonały. Dopiero dnia szóstego po przybyciu bez żadnej widocznej przyczyny wystąpiła silna gorączka, majaczenia, utrata przytomności, a w dwa dni potem śmierć. Sekcja wytłumaczyła jej przyczynę, znaleziono bowiem błony mózgowe mocno przekrwione, oedematyczne, między błoną twardą a czaszką znaczne wynaczynienia krwi w dwóch miejscach, z których jedno odpowiadało ranie głowy, a drugie znajdowało się po nad sklepieniem oczodołowym prawem. Na sklepieniu oczodołu prawego pęknięcie kości w kształcie V zwróconego kątem ku tyłowi, od kąta tego odchodziło ku tyłowi, drugie pęknięcie rozciągające się aż na skrzydło wielkie kości klinowej; nadto na granicy trzonu kości klinowej ze skrzydłem jej prawem, było trzecie pęknięcie, którego brzegi oddalone od siebie prawie na jeden milimetr, tworzyły rodzaj szczeliny. Wreszcie część skalista kości skroniowej prawej była pęknięta w dwóch miejscach, w kierunku od przodu ku tyłowi. Niezawodnie skutkiem gwałtownego obrażenia, którego rodzaju niemożna było bliżej oznaczyć, nastąpiło tu złamanie podstawy czaszki *par contre coup*, i wynaczynienia krwiste. Czyli głuchota i rodzaj stępienia w którym się chory znajdował poprzedzały obrażenie lub były jego skutkiem, w braku objaśnień o stanie poprzednim trudno było wyrzec stanowczo, zdaje się jednak że nie pochodziły od wstrząśnienia mózgu skoro chory przez dni 5 po przybyciu okazywał dobry stan zdrowia pod względem fizycznym, nie gorączkował, oddechał spokojnie, ruchy miał swobodne. spał. jadł i trawił dobrze, dopóki zapalenie błon mózgowych, skutkiem drażnienia ich przez brzegi złamań czaszkowych i nacisku od wynaczynień krwistych pozostałe, nie pozbawiło go przytomności i życia.

Z pomiędzy ran przez maszyny zrzadzonych, dwie pochodziły od trybów sieczkarni. Jedna zajmowała wewnętrzną i przednią stronę kończyny górnej prawej, od połowy ramienia do połowy przedramienia, z poszarpaniem skóry i mięśni. Rana ta zagoiła się po czterech miesiącach, pozostawiwszy trudność w zginaniu kończyny. Druga cięższa miała siedlisko w dolnej części brzucha w okolicy pachwinowej prawej, i rozciągała się od kolców przednich kości biodrowej w dół i ku wewnątrz na worek mosznowy; skóra i tkanka podskórna były poszarpane, w dniu rany włókna mięśniowe widoczne, skóra moszny również poszarpana, jądra zgniecione. Chory przywieziony do kliniki zaraz po wypadku, osłabiony skutkiem bólu i utraty krwi, pod wieczór stracił przytomność a na drugi dzień zmarł. Sekcja pośmiertna nie wykryła żadnych zmian mogących wytłumaczyć tak szybką śmierć, która prawdopodobnie była tu skutkiem gwałtownego wpływu traumatycznego jakiego doznał chory.

Choroby kości jako to ich zapalenia, próchnienia, zgorzel, które do naszych szpitalów zawsze duży dostarczają kontyngens, były więcej przedmiotem obserwacji niż czynniejszego postępowania. Staranne oczyszczanie fistuł wyrowadzających na zewnątrz ropę w głębi się wytwarzającą, oraz wydobywanie sekwestrów, gdy te okazywały już pewną ruchomość, oto na czém musiano się ograniczać. Z pomiędzy dwunastu wypadków chorób kości, w czterech tylko były one skutkiem wpływów traumatycznych, w 8 źródło ich leżało w miejscowem upośledzeniużywiania tkaniny kostnej. Połowa tych wypadków dotyczyła kości kończyn dolnych, mianowicie kości udowej 3 razy i tyleż razy kości goleniowej. Inne kości rzadziej bywają siedliskiem choroby, z pozostałych bowiem sześciu wypadków dwa razy zajęta była szczęka dolna, raz kość piętowa, raz członek pierwszy palca pierwszego stopy, raz kość promieniowa i raz także wyrostek sutkowy kości skroniowej. W jednym wypadku zgorzeli kości goleniowej u 12letniego chłopca, choroba tak była rozszerzona, iż zajęła prawie całą tę kość, i kawałkami przez otwory kloaczne z obszerniej torby sekwestralnej wydobyta była.

W innym znowu wypadku zgorzeli wyrostka sutkowego, będącój następstwem zapalenia przewodu słuchowego wewnętrznego, wyrostek ten był zupełnie przedziurawiony, tak że zgłębnik wprowadzony przez otwór fistułowy po za uchem będący, wchodził aż do jamy bębenkowej; w jakim stanie znajdowały się kostki téj jamy, trudno było oznaczyć, lecz błona bębenkowa była zniszczona, płyn bowiem wstrzykiwany przez fistulę zauszną wylewał się przewodem słuchowym zewnętrznym. Po mimo wszakże takiego zniszczenia organu, funkcya jego nie była upośledzoną i chory uchem prawem tak dobrze słyszał jak lewem. Leczenie tego chorego było zwrócone ku ogólnej skrufulicznej chorobie. Przetokę z uchem wewnętrznem w związku będącą przestrzykiwano ciepłą wodą. Stan chorego przy kuracyi téj doznał wyraźnego polepszenia.

Złamania najczęściej miały miejsce także w kościach kończyn dolnych; było bowiem złamań goleni 4, uda 3, kości łydkowej, promieniowej, ramieniowej i żebra po jednym wypadku. Przy złamaniach uda używaną była z korzyścią równia pochyła, przy złamaniu żebra głównie dopomagano zbliżeniu odłamków za pomocą odpowiedniego położenia na boku chorym, przy innych zaś złamaniach najlepiej odpowiadały celowi opatrzenia gipsowe. Do wypadków zasługujących na wzmiankę należy złamanie szyi kości udowej u 22 letniego mężczyzny, który w szpitalu ś. Jana Bożego, gdzie pozostawał jako cierpiący obłąkanie, spadł z drugiego piętra. Przewieziony do kliniki chirurgicznej, nie mógł poruszyć kończyną dolną prawą ani stąpieć na takową, stopa prawa odwrócona była do zewnątrz, kończyny obie równe, a nawet prawa zdawała się nieco dłuższą niż lewa, udo obrzmiałe, przy naciskaniu w górnej części i poruszaniach bolesne. W pierwszej chwili, z powodu znacznego obrzmienia uda nie można było wysledzić krepitacyi, zachodziła zatem wątpliwość czy jest tu złamanie czy też zwichnienie lub tylko mocne stłuczenie, tem bardziej, iż przedłużenie kończyny chorój wcale za złamaniem nie zdawało się przemawiać. Po kilku dniach jednak, gdy przy badaniu chorego krepitacya w okolicy szyi kości biodrowej prawej, stała się wyraźną, wątpliwość co do złamania kości zni-

kła, przedłużenie zaś kończyny, wytłomaczyła nieforemność znaleziona w miednicy, której strona prawa była znacznie pochyloną ku dołowi, tak iż różnica w wysokości kolców górnych przednich kości biodrowych przenosiła cal jeden. Czyli to skrzywienie miednicy było skutkiem upadku, czyli też wadą ustroju, trudno było oznaczyć, gdyż chory zostający ciągle w stanie obłądu i odurzenia żadnych pod względem stanu poprzedniego objaśnień udzielić nie był w stanie. Równia pochyla, którą w obecnym wypadku z początku zastosowano, z powodu niespokojnego zachowania się chorego, nieokazała się odpowiednią, i dla tego trzeba było po dniach kilku dla unieruchomienia kończyny nałożyć opatrzenie gipsowe tak by miednicę i całą kończynę chorą zamienić w jedną niezwruszoną całość. Przy takim opatrunku zbliżenie odłamków było dobre, zrosnięcie się ich jakkolwiek długiego wymagało czasu, było dokładne. W miarę polepszenia się stanu miejscowego, chory odzyskiwał przytomność umysłu, i opuszczając klinikę po 5ciu miesiącach ze zrosniętą kością udową, nie okazywał już ani śladu poprzedniej umysłowej choroby.

Ważny pod względem rozpoznania wypadek przedstawiła pewna 50 let. kobieta, która przybyła do kliniki pod koniec lutego. Przed kilką dniami idąc po schodach upadła na bok lewy, a podniosłszy się, prócz bólu w tym boku, uczuła silny ból w dolnej części goleni prawej, która wcale stłuczoną niebyła. Przyszedłszy o własnej sile do szpitala uskarżała się głównie na ból w boku, uważając ból w goleni za rzecz podrzędną. Gdy jednak w organach wewnętrznych nieznaleziono nic takiego coby mogło nadawać jakąś ważność pierwszemu, zwrócono uwagę na bolącą goleń. Obie kończyny dolne były wprawdzie równe, lecz na pierwszy rzut oka uderzała różnica przestrzeni między kostkowych, przestrzeń bowiem prawa była wyraźnie szerszą niż lewa, nadto w okolicy obu kostek kończyny prawej, przedstawiały się sińce lubo okolice te bynajmniej stłuczeniu nieuległy. Dalej prowadząc palcem po goleni prawej od kostki zewnętrznej w górę, w odległości paru cali od tej kostki, palec wpadał w zagłębienie, a za przyciśnięciem wyczuwał wyraźną krepitacją, która rozstrzygnęła rozpoznanie

Pam, T. I. W. t. LVII.

choroby. Złamanie więc było niewątpliwe; że dotknęło samą tylko kość łydkową dowodził brak skrócenia i możność stąpienia na chorą kończynę, lecz zachodziło pytanie jakim sposobem powstało to złamanie, skoro według opowiadania chorób sposób upadnięcia był taki, iż uderzenie bynajmniej na miejsce złamania nie podziałało. W takich warunkach, złamanie wytłomaczone być mogło jedynie w ten sposób, że czy to przy upadnięciu, czy też przy usiłowaniu powstania nastąpiło skręcenie stopy tak, iż kość skokowa stawiała się w przestrzeni między kostkową swym wymiarem większym i tym sposobem rozepchnęła niejako kostki, skutkiem czego kość łydkowa w miejscu, gdzie jest najcieńszą pękła; sińce zaś w okolicach kostek pochodzić musiały nie od gwałtu zewnętrznego, którego w tem miejscu nie było, lecz od ugniecenia części miękkich od wewnątrz skutkiem rozepchnięcia kostek.

Z pomiędzy trzech wypadków chronicznego zapalenia stawów tak zwanych *tumores albi*, dwa odnosiły się do stawu kolanowego, a jeden do stawu stępowego. Przybywanie chorych tego rodzaju do szpitalów ze zbyt już zadawnioną i zaniedbaną chorobą, jest główną przeszkodą do dania im skutecznej pomocy, jeżeli niema wyraźnego wskazania do wykonywania ważniejszych operacyj. To też w wdwoch pierwszych wypadkach chorzy opuścili klinikę z małą tylko poprawą po użyciu środków zewnętrznych odciągających, w trzecim zaś dopełnioną być musiała amputacja goleni.

Zwichnięć w klinice leczonych było cztery: dwa ramienia, jedno w stawie nadgarstkowym i jedno zwichnięcie uda. Zwichnięcie w stanie nadgarstkowym skomplikowane z raną zewnętrzną przez którą zwichnięte końce kości przedramienia wystąpiły, oraz ze złamaniem kości udowej, wymagało operacji, o której niżej mowa będzie. Z dwóch zwichnięć uda, jedno świeże z łatwością nastawić się dało, drugie które miało miejsce u pewnego 39 letniego mężczyzny, przedstawiło zrazu pewną wątpliwość pod względem rozpoznania. Chory ten który spadłszy ze schodów, podnieść się już o swojej sile ani postąpić nie mógł, doznawał silnego bólu w udzie prawem, kończyna dolna prawa było skrócona, udo znacznie zgrubiałe, ku przo-

dowi wygięte, ból w średniej jego części, oraz w okolicy stawu biodrowego, uniesienie kończyny niemożliwe. Objawy te, a mianowicie skrócenie kończyny i zmiana kształtu uda nasuwały podejrzenie złamania w średniej części, brak wszakże najważniejszego znaku złamań, krepitacyi, oraz trudność odwiedzenia kończyny ku zewnątrz, wycucia główki kości udowej w dole biodrowym zewnętrznym, skłoniło stanowczo do uznania choroby za zwichnienie uda w stawie biodrowym. Skrócenie kończyny było tu więc skutkiem posunięcia główki kości udowej w górę, po nad brzeg górny panewki, ból następstwem stłuczenia, a skrzywienie uda było tylko pozornem i pochodziło, ze skurczenia się mięśni przedniej jego okolicy, która zmniejszając swą długość z powodu skrócenia uda, zyskała na grubości, co łatwo stwierdzone zostało, gdy po nastawieniu główki kości udowej, pozorna ta zmiana kształtu ustąpiła. Nastawienie to wykonano przy pomocy chloroformu i to z nie małą trudnością. Dla utrzymania główki w normalnem położeniu, po odprowadzeniu jej, umieszczono kończynę na równi pochyłej, na której długo spoczywać musiała, nim otaczające główkę części ścięgliste, zdołały ją o tyle utrzymać w panewce, iż chory mógł swobodnie unosić kończynę, co zaledwie w 7 tygodni nastąpiło.

Nowotwory rakowate rozmaitych organów były w ubiegłym roku dosyć liczne, wstzystkie były przedmiotem operacyj, opisy ważniejszych podane będą poniżej. Siedliskiem ich były następujące części ciała:

warga dolna;	. . . . .	2	razy
gruczoły limfatyczne okolicy żuchwowej	. . . . .	1	
dziąsło	. . . . .	2	
prącie	. . . . .	1	
sutka	. . . . .	1	
części sromne zewnętrzne	. . . . .	1	
nos	. . . . .	1	
gruczoły podpaszne	. . . . .	1	
warstwa brodawkowa skóry brzucha	. . . . .	1	
raka nabłoniaka (<i>epitelioma cancroïd</i>) było wypadków	. . . . .	5	

raka twardego (<i>scyrrhus</i>)	3 razy
sarkomatu	3

Przetoka ślinowa jaką przedstawił pewien 37 letni włościanin, była następstwem przebytego przed 3ma laty, zapalenia gruczołu zausznego prawego (*parotis dextra*). Maleńki zaledwie dostrzegalny gołem okiem otvorek tuż przed dolnym brzegiem, płątka dolnego, ucha prawego, sączył płyn czysty jasny, którego ilość powiększała się, za nacisnięciem w miejscu gruczołu. Ani kauteryzacya za pomocą saletranu srebra, ani nacisk za pomocą narzędzia Pipeleta, żadnej niesprowadziły różnicy, i chory po przebyciu parę tygodni w klinice, prawie bez żadnej poprawy powrócił do domu niechcąc się poddać dalszemu leczeniu.

Cztery wypadaki *zwężenia cewki moczowej*, były następstwem rzerżączki (*Blenorrhoea*) i wszystkie miały miejsce w części błoniastej cewki. W dwóch wypadkach, gdzie zwężenia było tak ciasne, iż zaledwie świeczka angielska Nr. 2 przeprowadzoną być mogła, towarzyszył cierpieniu wysoki stopień kataru pęcherza, oraz ropnie na międzykroczu skutkiem infiltracyi moczu. Leczenie ograniczało się na przecinaniu ropni i rozszerzaniu zwężeń za pomocą świeczek angielskich i woskowych. Systematyczne ich użycie dawało zawsze dobre rezultaty, odpływ moczu stawał się coraz łatwiejszy, a w miarę tego objawy kataru ustępowały, mocz stawał się coraz czystszy, a przecięte ropnie goiły się szybko.

Pod koniec października przybył do kliniki pewien 30 letni wyrobnik, który jeszcze w roku 1863 otrzymał postrzał w udo i prącie. Kula przeszła po przedniej powierzchni prawego uda i po dolnej prącia, przyczem przerwała kanał moczowy. Mocz od tego czasu wychodził tylko przez ranę, a gdy ta się zagoiła, sączył się przez małą fistułkę, która pozostała na miejscu rany; cewka zaś w części przedniej między fistułą a otworem naturalnym, była zupełnie zamkniętą. Na początku roku 1865, w szpitalu Dzieciątka Jezus, za pomocą odpowiedniej operacyi przywrócono kanał naturalny w części przedniej cewki, poczem odpływ uryny drogą naturalną był możebny, lecz oprócz tego uryna odpływała i bokiem cewki przez

fistulę. Po pewnym jednak czasie, przywrócony sztucznie kanał naturalny bardzo się zwężył i cały prąd uryny, zwrócił się znowu ku fistule. W skutek tego rozszerzano go świeczkami i doprowadzono do tego, że Nr. 11 angielski z łatwością przez cewkę przechodził. Urynowanie więc znowu było normalne, lecz gdy przez jakiś czas przestano wprowadzać świeczki, stan poprzedni znowu powrócił. Wtedy dopełniono urethrotomię wewnętrzną, lecz i ta pomogła tylko na krótko, gdyż po zagojeniu rany zwężenie wróciło. Gdy chory przybył do kliniki, przedstawił prawie w połowie prącia na stronie tylnej, bliżną parę cali kwadratowych rozległą, twardą, przy brzegu jej prawym mały otworek. Mocz odchodził kanałem naturalnym, lecz zarazem wytryskał i otworkiem bocznym strumień wychodzący przez cewkę cieńki. Śledząc cewkę przekonano się, iż przez część kanału odpowiadającą bliźnie zaledwie cieniutka świeczka przeprowadzoną być może. Stopniowe rozszerzanie świeczkami, przywróciło znowu naturalne światło kanałowi, strumień znowu był gruby, oddawanie uryny swobodne, lecz fistułka niezarastała i kanał pozostawiony przez jakiś czas bez wprowadzania świeczek, znowu się zaczął zwężać. W takim stanie rzeczy professor kliniki zamierzył pozyskać zamknięcie przetoki, i dla tego użył różnych sposobów, kauteryzacji, podwiązania i ścisnienia kanału przetoki u jej podstawy ze pomocą dwóch nitki na krzyż u podstawy tej przeprowadzonych, a nareszcie za pomocą druta żelaznego rozpalonego zaprowadzonego do kanału przetokowego poprzednio końcem wolnym opartego na zgłębniku rówkowanym zaprowadzonym do cewki moczowej. Przez to ostanie działanie zdołano osiągnąć znaczne zwężenie się przetoki, tak że w czasie urynowania zaledwie krople uryny otworem przetoki odchodziły. Obok tego chory nawykł i nauczył się zaprowadzać zgłębniki grube metalowe do kanału i utrzymując go w wysokim stopniu rozszerzenia Klinikę naszą opuścił.

Chorób jądra. były trzy wypadki, to jest zapalenie jądra i dwie puchliny worka jądrowego. Zapalenie jądra, które było następstwem rzerzączki usunięte zostało przez tuszowanie silnym roztworem saletranu srebra. Wypadki puchliny worka

jądrowego, z których jeden był skutkiem wpływu traumatycznego, a drugi rzerzączki, były operowane z dobrym skutkiem przez przekłucie i nastrzykiwanie w jednym wypadku nalewki jodowej, w drugim gorącego wina czerwonego.

Z czterech wypadków *kamieni pęcherzowych* u mężczyzn, dwa dały sposobność do pomyślnego ich skruszenia narzędziem Heurtelou p. Kamień mniejszy u 20 kilkoletniego chłopca dał się skruszyć w kilku posiedzeniach, prawie bez żadnej reakcji dla chorego, lecz kamień większy, który przed skruszeniem okazywał w jednym przemiarze 45 milimetrów, i wydarzył się u mężczyzny około 50 letniego słabego i ułomnego, wymagał dłuższego czasu do zniszczenia, był przytem dość twardy, a po każdej operacji chory nie mało odcierpieć musiał. Prawie przez cały rok kliniczny chory ten był przedmiotem nauki. Przy końcu roku po kilkunastu operacjach był prawie uleczony, lecz przy śledzeniu jeszcze cząsteczki pokruszonego kamienia napotkać było można.

U trzeciego chorego na kamień konieczną była Lithotomia. Rzadki ten w swoim rodzaju wypadek opiszemy niżej.

Ciekawym był przebieg choroby kamienia mężczyzny 29 letniego nauczyciela elementarnego, który przybył do kliniki d. 22 grudnia 1865 r. Będąc jeszcze małym dzieckiem, już doznawał objawów kamienia w pęcherzu. Później zdawał się być dosyć zdrowym, dopiero przed dziesięcią laty po przybyciu trypra, objawy ze strony przyrządu urynowego ponowiły się, i stopniowo się wzmagaly. Nareszcie gdy urynowanie stało się bardzo utrudnionem, tak, iż chory oddawać mógł uryneq po małych tylko ilościach i z bólem w pęcherzu prawie nie do zniesienia, gdy nadto prócz zmiany humoru stracił sen i apetyt, źle trawił; zdecydował się wtedy udać do szpitala dla szukania ratunku choćby za pomocą operacji. Lubo objawy chorobowe nie kazały powątpiewać, że chory ten dotknięty był kamieniem pęcherzowym, nie podobno jednak było mieć o tem fizycznego przekonania, gdyż zaprowadzenie do pęcherza zgłębnika metalowego było niepodobnem, z powodu zwężenia kanału w jego części błonistej. Trzeba było zatem zwrócić leczenie na ogólny stan chorego i naprzód za pomocą kąpieli

złagodzić zapalenie cewki moczowej; co gdy nastąpiło, po dwóch dopiero tygodniach zdołano wprowadzić do pęcherza cienki metalowy zgłębnik i przekonano się, że się w nim kamień znajduje. Dalsze usiłowanie rozszerzenia cewki moczowej do tego stopnia by narzędzia do kruszenia kamienia służące do pęcherza zaprowadzić się dały, sprowadziły najgwałtowniejsze zapalenie pęcherza połączone z takimi bólami, że chory tarzał się po ziemi. Leczenie przeciw zapalne i środki narkotyczne zniosły ten stan niebezpieczny. Atoli po dniach kilku, a w miesiąc po przybyciu chorego do kliniki zauważano, że stał się ponurym, że odpowiedzi jego były krótkie, urywane, wzrok bystry. Dnia następnego chory od samego rana okazywał pewną niespokojność, szukał samotności, ukrywał się to w kuchni to w wychodku, gdzie znalazł go w chwili gdy usiłował odebrać sobie życie przez powieszenie. Sprowadzony do sali stamtąd okazywał wszystkie oznaki obłąkania, wzrok jego był osłupiały, mówił nieprzytomnie, puls szybki, głowa rozpalona, najbardziej zaś zadziwiającem było to, że człowiek ten który jeszcze dnia poprzedniego nie mógł zrobić jednego kroku bez ciężkich boleści teraz chodził i biegał po sali, nieokazując najmniejszego uczucia bólu. Chory zatem jako cierpiący obłąkanie, miał być przeniesiony do szpitala ś. Jana Bożego, czem zajęła się jego familija, lecz w kilka godzin po umieszczeniu go w szpitalu życie zakończył. Przy sekcji znaleziono w pęcherzu kamień kształtu elipsoidy spłaszczonej, mającej w średnicy większej 4, w mniejszej 3, a grubości 2 centymetry.

Z pomiędzy 4ch wypadków *przepuklin*, trzy było pachwinowe a jedna brzuszna. Ta ostatnia miała miejsce u kobiety 64 letniej, i powstała jeszcze przed 12 laty w skutek kopnięcia w brzuch przez konia. Guz jaki przepuklina ta tworzyła położony był cokolwiek na lewo od linii pośrodkowej brzucha, wielkości rozplaszczonej pięści, dosyć miękkiej, niebolesnej, przy starannem badaniu, można było w nim wyśledzić zwoje kiszki, w dolnej zaś części otwór obrączkowy wielkości złotówki do jamy brzusznej prowadzący. Ponieważ stan ten niesprawiał żadnych dolegliwości, i krążenie kału dobrze się odbywało, przeto kobieta tą zatrzymaną była tylko

przez krótki czas w klinice, dla pokazania studentom tego rodzaju przepuklin i sposobu ich powstawania. Trzy wypadki przepukliny pachwinowej wszystkie przedstawiały wyraźne znaki zaciśnięcia, lecz operacja w dwóch tylko robioną była, gdyż w jednym przy użyciu kąpieli i lewatyw z olejkim rycynowym zaciśnięcie samo ustąpiło.

Jeden z ważniejszych wypadków chorobnych pod postacią otworu stolcowego nienaturalnego *anus praeter naturalis* przedstawił pewien młody 22 letni mężczyzna, umieszczony w klinice od początku jój otwarcia. Chory ten wzrostu średniego, budowy wątłej, cery bladłej, muskulatury wiotkiej, dostał przed parą laty małego twardego guziczka w dolnej części brzucha, po nad pachwiną prawą; guziczek ten raz ginął drugi raz powracał, aż nakoniec otworzył się i zamienił się zrazu w przetoką ropę wydającą, a później w przetokę kałową. Pomimo środków zaradczych przeciw chorobie téj użytych, stan chorego nie poprawiał się, owszem wpadł w gorączkę niszczącą, do czego przyczyniły się jeszcze dość obfite upływy krwi otworem stolcowym.

Staranne badanie chorego dało wysledzić kierunek dolnego i górnego końca kanału kiszkowego, którego zniszczona ściana stanowiła otwór, będący owym otworem stolcowym nienaturalnym, ścianka czyli przegródka (*éperon*) pochodząca z zetknięcia się ścian tych dwóch końców kiszek wyraźnie czuć się dawała. Otworem tym obok kału wychodziły cząstki spożytych niestrawionych pokarmów. W większej jednak ilości nieczystości kiszkowe odchodziły drogą naturalną.

Mając wzgląd na sposób powstania choroby, powolny jój postęp, długość trwania i obecny jój stan, wnosić można, że ropień w ścianie brzusnej, który utworzył sobie ujście na zewnątrz, nie przestawał rozszerzać się i wgląb' skutkiem czego sprowadził na pewnej przestrzeni ograniczone zniszczenie otrzewnej, i przedziurawienie ścianki przyległej kiszki, prawdopodobnie w dolnej części kiszki czczej (*jejunum*) lub górnej części kiszki biodrowej (*ileum*), w których przetrawienie pokarmów nie jest jeszcze zupełnem. A zatem sposób powstania choroby w tym przypadku należy do rzadszych.

Pod względem formy i postaci zewnętrznej ma ona wiele podobieństwa z temi otworami stolcowemi nienaturalnymi powstającemi skutkiem zgangrenowania kiszek po przepuklinach zacieśnionych, lecz z powodu połączeń towarzyszących jéj, mianowicie ropienia w ścianach brzusznych i w tkance łącznej do jamy brzusznej zapuszczającej się, ta forma choroby jest nie równie trudniejszą do uleczenia. Jakoż wszelkie usiłowanie zmniejszenia obfitego ropienia, przestrzykiwanie różnego rodzaju, wodą ciepłą, rumiankiem, roztworem tynktury jodowej, roztworem saletranu srebra, żadnej nie sprowadziły poprawy; gorączka niszcząca z ogromnym sił upadkiem niedała się wstrzymać odpowiedniami wzmacniającemi środkami ani stosowną dietą, a powtarzające się odpływy krwi stolcem, które także żadnemi miejscowemi śódkami wstrzymać się nie dały, przyspieszyły zgon chorego. Szkoda że ulegając prósbom familii zwłoki chorego nie były poddane śledztwu pośmiertnemu.

Z pomiędzy pięciu wypadków *przetoki stolcowej*, w czterech, przetoka była zupełna (*fistula ani completa*) a w jednym niezupełna wewnętrzna. Cztery pierwsze poddane były operacyi krwawej, a ostatnia mająca większe podobieństwo do tak zwanéj szczeliny stolcowej *fissura ani* wyleczoną została za pomocą gwałtownego rozszerzenia stolca palcami wielkimi.

Trzy wypadki silniejszych stłuczeń *contusio* były przedmiotem klinicznego leczenia w roku ubiegłym. Kobieta 45 letnia w pierwszych dniach stycznia spadłszy ze schodów potłukła sobie głowę i przedramię prawe. Przywieziona do kliniki dnia 6 stycznia przedstawiła na prawej stronie sklepienia czaszkowego obrzmienia bolesne i na około oczodołu prawego sińce fioletowe. Z ucha prawego odpływała krew dosyć obficie; przedramię było posinione, mocno obrzmiałe, za poruszeniem bolesne; gorączka silna, ból głowy, niesmak, brak apetytu, ból w dołku, język obłożony. W braku możności wykrycia wtedy jakiego ważniejszego naruszenia skieletu, poczytano stan choréj za proste stłuczenie. W parę dni na całej głowie, czole i powiekach rozwinęło się zapalenie różowe, które jednak przy śródkach wymiotnych i opatrunku olejem kamfo-

rowym i watą w kilka dni ustąpiło, a jednocześnie ból głowy i gorączka zmniejszyły się, odpływ zaś z ucha z krwawego stał się posokowatym. Około połowy stycznia na bardzo jeszcze obrzmiałem przedramieniu, zrobił się ropień, który dnia 19 stycznia otworzono, i wypuszczono z niego parę uncyi ropy z krwią. Chora doznawszy znacznej ulgi w cierpieniu, jakkolwiek jeszcze dosyć osłabiona i z wyraźnym nabrzmieniem na głowie w miejscu stłuczenia, opuściła jednak klinikę, na usilne żądanie. Powróciła jednak za 2 tygodnie, a wtenczas dopiero można było się przekonać, że kość sprychowa uległa złamaniu, a otworkiem po przecięciu ropnia pozostałym czuć się dały obnażone jej części, które po dwóch tygodniach pod postacią znekrozowanych cząstek wydobyto. Chora znowu stosownie opatrzona opuściła klinikę. Atoli po raz 3 wróciła znowu do nas, z przedramieniem zagojonem i ze zrośniętą kością sprychową, lecz z guzem na głowie pozostałym jeszcze od upadnięcia a zatem przed 10 tygodniami. Guz ten nie dokuczał jej ani dawniej ani teraz, lecz chciała się go pozbyć bo jej zawadzał na głowie. Guz ten znajdował się po prawej stronie głowy w miejscu pierwotnego uderzenia na przestrzeni około sześciu cali kwadratowych; na całej przestrzeni czuć dawał fluktuacyą wyraźną, otaczał go wał twardy, wyniosły i kości w dnie guza wymacać nie było można, w środku guza na przestrzeni grosza skóra więcej była ścięńczona, fioletowo sino zabarwiona. Powstanie guza z przyczyny traumatycznej, wyraźna fluktuacya, brak bólów głowy i innych objawów mózgowych, przemawiały wyraźnie za obecnością ropnia i potrzebą wypuszczania ropy. Jakoż niezwłocznie za przybyciem chorój do klniki guz ten śmiałem cięciem otworzony został. Atoli w miejsce ropy wytrysła silnym rzutem krew tętnicza. Wprawdzie nacisk zdołał ją zatamować. Lecz gdy po dniach 5 obok naciśniętych miejsc wyraźnie krew nagromadziła się i unosiła skórę, należało zdjąć opatrzenie nacisk wywierające i dojść koniecznie krwawiącego miejsca by się stać panem krwotoku. Co też wykonaniem zostało. Śmiałemi cięciami odkrytą została cała powierzchnia krwawiąca, rozpoznano wówczas znaczną przestrzeń obnażoną

z okostnej kości bocznej głowy, przez którą wiele otwor-ki przesiąkała krew. Obok krwi odeszło wiele ropy. W dolnym końcu rany z okolicy kąta dolnego kości bocznej głowy rozpoznać się dał kawałek tej kości całkiem wolny, który wydobyty z łatwością, pozostawił otwór, w który zaprowadzony palec rozpoznał wyraźnie twardą błonę mózgu i poczuł pulsacyą mózgu, którą nawet po wyjęciu palca okiem rozpoznać było można. Wydobyty kawałek kości przedstawiał wyraźnie obie blaszki; w przemiarze dłuższym miał 15, w krótszym 5 millimetrów długości. Przy operacyi nie wykryliśmy żadnego większego broczącego naczynia, lecz cel operacyi w zupełności osiągniętym został bo krwawienie ustało, rana należycie otwarta dozwoliła swobodnie odpływać ropie i następne opatrzenie przez wypełnienie rany suchą skubanką i lekki nacisk opaską, wystarczył do zabezpieczenia chorój od krwotoku i położył fundament do dalszego racjonalnego gojenia rany i uleczenia chorój. Jakoż żadna przeszkoda nie zatamowała pożądanego postępu na tej drodze. Obnażona kość pokryła się brodawkami; otwór prowadzony do głowy zwęzał się i zbliżnił się tak, że po 6ciu tygodniach chora zupełnie zdrowa wróciła do swoich czynności.

W wypadku tym, gdzie proste stłuczenie stało się przyczyną tak skomplikowanego stanu, przedewszystkiem zwrócić uwagę krwotok z ucha, który w pierwszej chwili bardzo pogorszał prognozę, a którego przyczyna pozostała niewytłomaczoną. Krwotoki takie bowiem mają zwykle miejsce przy złamaniu części skalistej kości skroniowej; w obecnym jednak wypadku trudno przypuścić, aby takie obrażenie miało miejsce, w takim bowiem razie nastąpiłoby także wynacznienie i w jamie czaszki, oraz objawy nacisku na mózg, kończące się najczęściej śmiercią. Powtóre zachodziło pytanie: czyli naruszenie całości sklepienia czaszki było pierwotne, skutkiem wpływu traumatycznego, czyli też nastąpiło później w skutek miejscowej zgorzeli. Za pierwszym przypuszczeniem przemawiało to: iż dwa brzegi wyjętego kawałka kości, były prawie zupełnie równe, powtóre, że zbieranie się krwi pod częściami miękkimi głowy zaczęło się wkrótce po wypadku, gdyż chora

po raz pierwszy opuszczając szpital już przedstawiała na głowie guz fluktujący twardym wałem otoczony, że zaś jak później okazało się, krwawienie miało miejsce z naczynia głębokiego przebiegającego w kości, kość przeto już od początku uszkodzoną być musiała. Wreszcie trudno przypuścić, aby zgorzel ograniczyła się tu, na tak małej przestrzeni, skoro kość w całym dniu zatoki była w jednakowych warunkach, a nadto chora w takim razie doznawała by bólu zwłaszcza za naciskaniem okolicy chorój, na który nigdy się nieskarżyła. Wprawdzie brak wszelkich objawów mózgowych przez półtrzecia miesiąca od czasu wypadku aż do wyjęcia wyłamanej kawału kości, zdawałoby się sprzeciwiać przypuszczeniu bezpośredniego złamania, lecz takie wypadki zdarzają się i przy znaczniejszych naruszeniach całości czaszki, jeśli nie zrobi się wynaczynienie krwi w samej czaszce i jeśli odłamek brzegami swemi nie ugniata ani niedrażni błon mózgowych, co zależeć może od sposobu złamania i ułożenia się odłamku. Po wyjściu ze szpitala mieliśmy sposobność niejednokrotnie widzieć chorą i przekonać się, że gojenie rany bez żadnych przykrych komplikacyj postępowało dalej.

Drugi wypadek stłuczenia połączonego z wstrząśnieniem organów wewnętrznych miał miejsce u 26 letniego mężczyzny przejechanego w nocy z dnia 4 na 5 lutego przez ciężką poczworną karetę, której koła przeszły przez przednią stronę piersi i brzucha. Umieszczony niezwłocznie w klinice, leżał na wznak nieruchomie, każde poruszenie sprawiało mu ciężkie bóle w brzuchu; skutkiem gwałtownego kłucia w piersiach zwiększającego się przy ruchach klatki, oddechanie było bardzo utrudnione, powierzchowne, częste, dotknięcie klatki zwłaszcza z prawej strony sprawiało tak ciężkie bóle, iż dokładne zbadanie stanu żeber było nie możebne. Brzuch wzdęty, nieznosił najlżejszego dotknięcia, puls częsty, drobny i mały, wzmioty częste, z początku pokarmowe, a następnie żółciowe, żołądek nic nie znosił, wszystko co chory przyjął natychmiast zrzucał. Stan chorego był rzeczywiście bardzo rozpaczliwy, zejście się na raz u jednego indywiduum tak ciężkich cierpień, jak zapalenie otrzewnej, opłucnej, wstrząśnienia żołądka i wą-

troby, tworzyły stan nie budzący wielkiej nadziei. Napilniejsze wskazanie dawała trudność oddechu grożąca zaduszeniem się chorego. Dla usunięcia więc jęj obstawiono niezwłocznie bańkami klatkę piersiową, poczem chory zaczął oddechać nieco swobodniej. Nazajutrz z rana postawiono 20 baniek na brzuch, po których chory doznał ulgi w boku brzucha. Kalomel i odwar siemienia lnianego z saletrą dawano do wewnątrz, chory za każdą razę zrzucał, nie ustanne wymioty trwały cały dzień i noc, oraz przez dzień następny i ustąpiły dopiero przy częstem połykaniu lodu w kawałkach. Pomimo kilku lewatyw z olejkim rycynowym, brak stolców, w ustach niesmak, brak apetytu. Po ustaniu wymiotów, wieczorem dnia 6 lutego dano choremu olej rycynowy w emulsyi, po której miał jedno wypróżnienie obfite. Nazajutrz polepszenie było wyraźne, duszność mniejsza, brzuch mniej wzdęty tylko przy naciśnięciu bolesny, puls pełniejszy, język lubo jeszcze obłożony, ale już wilgotny, wymioty się niepowtarzały, parę wypróżnień było w ciągu dnia. Dnia 8 lutego polepszenie jeszcze większe, chory weselszy, leżąc spokojnie doznaje tylko trochę bólu w prawym boku, który się zwiększa przy głębszym oddechu, lecz osłabienie jeszcze znaczne i brak apetytu. Dnia 12 lutego, chory żąda jeść i podnosi się nieco z łóżka. Klatka piersiowa teraz dokładniej zbadana nieprzedstawiała żadnego uszkodzenia skieletu; gorączki niebyło już wcale, obawa o życie minęła. Następných dni poprawa coraz była większa, siły szybko wracały, apetyt coraz lepszy, funkcyę wszystkie odbywały się normalnie i dnia 2 marca to jest w cztery tygodnie po wypadku, chory w stanie zupełnie dobrym opuścił klinikę.

Mniej pomyślne było zakończenie choroby w trzecim wypadku stłuczenia. Młody 20 letni żołnierz ze straży ogniowej uderzony przez swego kolegę szaflikiem okutym w głowę, padł bez przytomności, a po upuszczeniu mu krwi przywieziony do kliniki jeszcze jęj nie odzyskał. Przez całą noc był niespokojny, majaczył; nad ranem okazywał już większą przytomność, opowiadał o swoim wypadku, skarżył się na silny ból głowy i osłabienie. Na głowie jego żadnego zranienia nieznaleziono, tylko w okolicy skroniowej prawej było obrzmie-

nie, a na niem małe zdarcia naśkórka wielkości pięciogroszówki, oraz niewiększej rozległości siniak; obrzmienie było miękkie, nieco fluktujące, bolesne zwłaszcza przy naciśnięciu. Chory jakkolwiek odzyskał przytomność, jednak był jeszcze nieco odurzony, wymiotował płynem zielonawym, również zrzucił wszystko co tylko przyjmował nawet czystą wodę. Puls uderzał 65 razy na minutę, temperatura głowy była nieco podwyższona. Pomimo pijawek postawionych za uszami, okładów zimnych i lewatyw drażniących, ból głowy nieustępował, przy użyciu *aquae laurocerasi* wymioty stały się mniej częste. Dnia 15 marca wystąpiły dreszcze i gorączka; na drugi dzień rano kilka lekkich napadów eklampsyi, pod wieczór silne wzmożenie gorączki, ciało rozpalone, puls 130, bezprzytomność, deliria; d. 17 marca z rana oddech charczący, bezwładność; wieczorem tegoż dnia śmierć. Przy sekcji znaleziono: w miejscu odpowiadającym obrzmienu w okolicy skroniowej prawej pod skórą, wylew krwisty. Kość skroniowa prawa pęknięta, pęknięcie to przedstawiało się w postaci półkola, obróconego wypukłością ku przodowi, a wklęsłością ku tyłowi, z wgnieceniem tylniej części złamanej kości ku wewnątrz; od tego półkolistego pęknięcia odchodzi drugie pęknięcie w kierunku prostym na podstawę czaszki mianowicie na skrzydło wielkie kości klinowej. Na wewnętrznej stronie czaszki między kośćciami, a błoną twardą w miejscu odpowiadającym pęknięciu, również obfity wylew krwisty. Błony mózgowe bardzo przekrwione, między zwojami znaczna ilość płynu surowiczego, substancja mózgu również przekrwiona; w innych organach żadnych ważniejszych zmian nie było. Złamanie więc połączone z wgnieceniem kości i wynaczynieniem wewnętrznem, było tu przyczyną nacisku na mózg, oraz zadrażnienia, a następnie zapalenia błon mózgowych, które spowodowało śmierć chorego.

Wypadek *guza torebkowego* górnej powieki przedstawił mężczyzna 30 letni; guz ten był wielkości orzecha włoskiego, wzrastający tu od urodzenia. Przed rokiem guz ten był przecięty, i wypuszczono z niego znaczną ilość płynu gęstawego, lecz po zagojeniu ranki; odnawiać się zaczął i od tego czasu

tak się powiększył, iż zasłaniał oko lewe. Wyłuszczenie wraz z torebką uwolniło chorego od tego nieprzyjemnego cierpienia jak się zdaje na zawsze.

Zaraz po otwarciu kliniki zgłosił się do niej 19-letni chłopiec, który przedstawił ciekawą *wadę ukształcenia* rąk i stóp. U ręki lewej, palce 2, 3, 4 i 5, zrosnięte były z sobą tak ściśle, że ich końce stykały się z sobą bokami prawie bezpośrednio, a nawet 4 i 5 zachodziły na siebie; wszakże każdy palec miał swoje oddzielne członki i paznogie; palec wielki zrosnięty ze wskazicielem szeroką fałdą skórą od strony dłoniowej palców mocno ściągniętą, tak, iż palce były na wpół zgięte, a wyprostować się nie dawały. U ręki prawej palec wielki nieprzyrośnięty do wskaziciela, lecz ostatni jego członek rozplaszczony, inne cztery palce tak samo zrosnięte jak u ręki lewej, lecz palce 2 i 3 tylko do końca członka 2go, tak iż członek 3, palca drugiego był zupełnie wolny. U stopy prawej palce 1, 2 i 3 zrosnięte w całej długości, każdy ma oddzielne członki i stawy, od palca zaś wielkiego w połowie jego długości odchodzi palec 6ty nadliczbowy o dwóch członkach zestawionych ze sobą prawie pod kątem prostym, który to palec jest także z palcem wielkim zrosnięty. U stopy lewej także 6 palców, lecz palec nadliczbowy nie odchodzi od palca wielkiego ale od główki kości śródstopowej pierwszej; palec ten nadliczbowy oraz palce 1, 2 i 3 w taki sam sposób jak u prawej zrosnięte. Wada stóp nie przeszkadzała bynajmniej chodzić, lecz wada rąk czyniła tego chłopca niezdolnym do wielu robót. Nie jednemu zdawać by się mogło jak to się i studentom zdawało, że chory ten powinien być się stać przedmiotem operacyjnego działania, zniesienie nieforemności mającego na celu. A jednakże tak się nie stało. Chory ten był dla nas rzadkim i nauczającym okazem klinicznym, lecz głównie z tego względu, że dał sam sposobność przekonania studentów, że tego rodzaju przypadek pociągający ze tak powiem do operacji prostej i łatwej, właśnie należy do takich, w których zaniechać jój trzeba. Wprawdzie nic by nie było łatwiejszego jak porozcinać skórę pomiędzy zrosniętymi palcami i odosobnić każdy.

Ale cóżbyśmy na tém zyskali? Oto nie byłoby podobieństwem pokrycia skórą obszernych ran pomiędzy palcami z rozcięcia tego powstałych, ropienie trwać by musiało długo, i niczem zapobiedz by nie można powtórnemu zrośnięciu się rozrannionych brzegów. Ale przypuściwszy nawet żeby zrośnięcie to nie nastąpiło, czyżbyśmy przez operacyą taką zyskali na sile ręki, na władzy w palcach? Bynajmniej, poświęcilibyśmy siłę dla formy, jakaż ztąd korzyść dla chorego kiedy ręką pracować musi, a która chociaż ze zrośniętymi palcami jednak mu wystarcza do czynności siły potrzebujących. Poprzestaliśmy zatem w tym razie na rozłączeniu 2go palca od 3go u ręki prawej by przeto oswobodzić palec wskaziciel, i to jeszcze dlatego, że fałda skóry łącząca te dwa palce była dość wolna i że mogliśmy z jęj górnej części wyciąć płat sposobem Zellera i zagoić go przy połączeniu tych palcy (*comissura*). Operacya ta powiodła się dobrze i chory miał swobodniejszą rękę.

Przejdźmy teraz do opisu ważniejszych operacyj w ciągu roku tego w klinice wykonanych.

Ciężkie obrażenia palcy połączone ze zgruchotaniem ich kości lub zgorzelą części miękkich, wskazywały częściowe lub całkowite odjęcie tych palcy. Operacya ta wykonana była dwa razy na palcach ręki, mianowicie na wielkim i czwartym i dwa razy na palcach wielkich u stopy, raz z wypitkowaniem główki odpowiedniej kości śródstopowej.

Amputacyi kończyn wykonano 5, wszystkie u mężczyzn. W jednym wypadku operacya ta wskazaną była przez zapalenie chroniczne w stawie stępowym, 3 razy przez rany maszynami fabrycznymi zrządzone, i raz przez skomplikowane zwichnienie przedramienia w stawie nadgarstkowym. Rany od maszyn które zwykle były skutkiem nieostrożności, przedstawiały szczególniej ciężkie obrażenia. I tak w jednym wypadku 13-letni robotnik z fabryki wyrobów platerowanych, porwany przez tryby maszyny, został mocno pokaleczony w głowę i kończynę górną lewą. Kończyna ta przedstawiała ranę rozciągającą się od połowy ramienia do połowy przedramienia, skóra była na całej tój przestrzeni zdarta, mięśnie

poszarpane tak dalece, że strona zewnętrzna ramienia prawie zupełnie z nich była ogołocona, kości przedramienia w górnej połowie, jak również i dolna część kości ramieniowej pogruchohana, staw łokciowy zniszczony, końce stawowe kości sterczały na zewnątrz, tętnice wielkie i nerwy pozostały nie naruszone, żyły poprzerywane. Na głowie po lewej stronie okolicy potylicowej było kilka ran mniejszych poszarpanych różnej głębokości, niektóre dochodzą aż do kości widocznie, która jest napęknięta. Chory nieruchomy i nieprzytomny, czasami tylko poruszał ręką prawą chwytając się nią za kończynę poszarpaną, poruszony zaczynał bredzić, zapytany głośno, otwierał oczy i odpowiadał dobrze, lecz potem znowu bredzenie powracało. Oddech był nieco przyspieszony lecz spokojny, puls mały, niezbyt częsty, ciepło ciała niepodwyższone. Ocenienie ważności obrażenia jakiemu uległ chory nie przedstawiało żadnych trudności, zranienie było tak ciężkie, iż nie pozwalało myśleć o ocaleniu kończyny. Ale niemniejszą ważność przedstawił tu i stan ogólny. Wpływ traumatyczny jakiemu uległ chory oddziaływał na ośrodki mózgowe i spowodował zaburzenie, którego rozpoznanie było nieco trudniejsze. Brak objawów excytacji, rozszerzenia źrenicy i silnej gorączki, wyłączał zapalenie błon mózgowych (*meningitis*); obecność bredzeń skłaniała również do wyłączenia wstrząśnienia mózgu (*commotio*). Brak oddechu charczącego (*respiratio stertorosa*) niepozwalał przypuszczać tu nacisku mózgowego (*compréssio*). W drodze więc wyłączenia (*per exclusionem*) przyjęto stan chorego za *delirium traumaticum*. W takim więc stanie rzeczy zachodziła wątpliwość, jak sobie wypadało postąpić, z jednej bowiem strony rana kończyny dawała stanowcze wskazanie do operacji, z drugiej stan ogólny chorego zdawał się niesprzyjać takowej. Wszakże profesor kliniki z uwagi że stan rany ręki, grozi szybką gangreną, że pozostawienie chorego bez operacji, koniecznie śmierć spowodzić musi, że jeśli *delirium traumaticum* pochodzi od rany ręki, przez odjęcie jój i zmienienie rany na prostą, możnaby wpłynąć na polepszenie stanu chorego, rozstrzygnął wątpliwość na korzyść operacji. Jakoż niezwłocznie wykonał

amputacją ramienia w górnej jego części przez zrobienie dwóch płatów, czworokątnych, których brzegi po przepiłowaniu kości i podwiązaniu tętnic połączył szwami węzłkowemi. Po operacji chory był spokojniejszym, lecz w nocy stan jego pogorszył się, rzucał się na łóżku i zrywał opatrunek; na drugi dzień śpiączka (*coma*), puls 160 mały drobny, deliria, nieprzytomność zupełna. Stan taki trwał jeszcze do dnia trzeciego, w którym o godzinie 4 po południu zmarł. Przy sekcji znaleziono: na tylnej części zewnętrznej powierzchni czaszki po stronie lewej dwa poprzeczne wgniecenia blaszki zewnętrznej kości, na stronie zaś prawej znaczny wylew krwi po części zsiadłej, po części jeszcze płynnej. Na wewnętrznej stronie sklepienia czaszkowego odpowiednio wgnieceniom zewnętrznym, dwa pęknięcia ukośnie poprzeczne od $\frac{1}{2}$ do $\frac{3}{4}$ cala długie, bez odszczepów, gładkie; w mięszu błony twardej w miejscu odpowiedniemi kilka drobnych wynaczynień krwistych. Błony cienkie przekrwione, cała prawa półkula mózgu pokryta wylewem krwi zsiadłym, na tejże półkuli bliżej ku przodowi, czarno-sinawa plama przedstawiająca wyniosłości powstałe skutkiem wynaczynienia krwi pomiędzy błoną pajęczą i substancją mózgu. Na podstawie mózgu w zrazie przednim lewym, przy samym rowie Sylwiusza wylew krwisty wskutek pęknięcia błony pajęczej, po obmyciu którego, istota mózgu okazała się poszarpaną i zagłębioną. W jamie tym sposobem utworzonej, znajdowały się skrzepy plam przylegające do istoty mózgu i blisko na cal w takową wchodzące. Substancja mózgu i mózdzku przekrwiona. W komórkach nie wiele płynu. Prawe płuco na całej przestrzeni do klatki przyrosłe, w górnej części blade, u dołu przekrwione; lewe całe mocno przekrwione, oba płynem nasiąknięte. W osercnej około uncyi płynu, komórka lewa serca o ścianach znacznie zgrubiałych. Wątroba przekrwiona, powiększona; śledziona wiotka, pęcherz ściągnięty, próżny, w żołądku, kiszkiach i nerkach nic nienormalnego. W ranie ślady rozpoczynającego się ropienia.

W innym wypadku któremu uległ 24-letni wyrobnik fabryczny, również ciężkie obrażenie miało miejsce na kończy-

nie górnej lewej. Skóra z całego barku, ramienia i przyległej części piersi była oddarta, wszystkie mięśnie ramienia prócz naramiennego (*m. deltoideus*) oraz oba mięśnie piersiowe były poszarpane, naczynia i nerwy porozrywane, tak iż kość ramieniowa na znacznej przestrzeni była zupełnie obnażona, lecz nie uszkodzona, poruszania ramienia z powodu całości mięśnia naramiennego możebne, przedramię i ręka blade, chłodne, bez pulsów i bez życia, ruchy przedramienia i ręki z powodu całości ich mięśni możebne. Krew z rany sączyła się obficie. Chory był blady, bardzo osłabiony. Taki stan kończyny wskazywał operację jako nie unikniącą. Niezwłocznie więc przystąpiono do wykonania amputacji. Poszarpane mięśnie, brak skóry, której tylko część na barku pozostała, nie dozwoliły wykonać operacji podług prawideł, tak że pień po operacji w znacznej przestrzeni nie mógł być skórą pokryty, brakowało jej nawet na części piersi, mięśniowi piersiowemu wielkiemu odpowiadając. Podwiązanie tętnicy ramieniowej było bardzo łatwym, gdyż przerwana wisiała wolno, lecz nie krwawiła, zapewne skutkiem skrzywienia przy nacisku przez tryby maszyny. Po operacji gorączka silna, puls 120, ciało rozpalone, język suchy, ból głowy, brak apetytu; przepisano emulsyję z saletrą. Na trzeci dzień przy zmianie opatrunku rana okazała się jeszcze suchą, z resztek zgangrenowanej tkanki nieoczyszczoną, gorączka jednak była już nieco mniejsza. Ranę opatrzone szarpią zmaczaną w wysokoku. Następnym dni gorączka stopniowo ustępowała, rana oczyszczała się, w dwa tygodnie chory jeszcze gorączkował, powierzchnia rany zupełnie oczyszczona i pięknymi granulacjami pokryta, ropienie obfite. Na łopatce jednak i powyżej obojczyka, utworzyły się zatoki ropnia, które trzeba było przecinać, pień kostny skutkiem zapewne skurczenia się włókien mięśniowych wystawał blisko na pół cala z rany i dotknięty na tej przestrzeni nekrozą musiał się oddzielić. Wszystko to jak również znaczna rozległość rany nie pozwalały się spodziewać prędkiego wyzdrowienia tego chorego, który w czasie zamknięcia kliniki pozostał jeszcze na dalszej kuracji w szpitalu. (*)

(Dalszy ciąg nastąpi.)

(*) Istotnie w 3½ miesiąca potem opuścił szpital zdrowy z raną zupełnie zabliznioną. (Przypis. Red. gł.)

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

POSIEDZENIA ODDZIAŁOWE.

ODDZIAŁ CHIRURGII, OKULISTYKI I SYFILOGRAFII.

Posiedzenie 25te, dnia 3 grudnia 1866. r.

Przewodniczący kol. Girsztowt.

Treść: Przedstawianie chorych przez koll. Le Bruna, Chwata Kwaśnickiego i Orłowskiego. Extirpatio gl. thyreoideae et lymphaticarum, tracheotomia, injectiones ex acido acetico, przez kol. Girsztowta opowiedziane.

Obecni: Kol. Chwat, Girsztowt, Kwaśnicki, Le Brun, J. F. Nowakowski, Orłowski, Stankiewicz, Wszebor.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia, kol. Le Brun przedstawia chorego nazwiskiem Gordon, stolarza, około lat 48 liczącego, na którym następujące zmiany chorobowe spostrzegać się dają: na czole wyniosłość pokryta skórą niezmienioną, wielkości talara, miękka, dająca czuć i słyszeć wyraźne trzeszczenie (*crepitatio*); przy silniejszym ciśnieniu wymacać się daje twarda przegroda, po bokach której znajdują się jamy ograniczone brzegami ścienczonej kości. Nos mocno zakłęśnięty; na kości mostkowej (*sternum*) kostniak (*exostosis*) na 7 poprzecznych palców długi. Tak samo kostniaki na żebrze dziesiątym lewem, na kłykciu wewnętrznym kości udowej (*condylus internus femoris*) ze strony lewej; blizny na pośladku prawym, strupy niedawno ubiegłej rupii okolone zaczerwienieniem z odcieniem miedzianym. Gruczoły limfatyczne obrzmiałe. Chory doznaje bólów nocnych w kościach (*dolores osteocopi nocturni*); utrzymuje, że na żadną chorobę syfilityczną nigdy nie cierpiał.

Pomimo tych zapewnień chorego, kol. Le Brun wszystkie objawy powyższe odnosi do zakażenia syfilitycznego, wymagającego leczenia za pomocą wcierań merkurjalnych z jednoczesnym zażywaniem jodku potasu do wewnątrz. Najbardziej zajmującym w tym przypadku wydaje mu się guz na czole, który zdaniem jego zawierać musi powietrze lub gazy jakie dostały się tam z zewnątrz przez komunikację wnętrza guza z zatokami czołowymi, albo na miejscu się utworzyły. Dla tego zaprasza obecnych kolegów do badania chorego i wydania własnego zdania.

Kol. Chwat, obecność gazów w guzie przyjmuje i utrzymuje, że gazy te pochodzą z zewnątrz ponieważ przy głośnym mówieniu chorego, słychać i wyczuć można pewien ruch w guzie.

Kol. Stankiewicz, zasadzając się na spostrzeżeniu, że chory w mowie będący, zatkawszy sobie nos i usta, może się nadać bez wywołania powiększenia objętości guza, przypuszczenie komunikacji wnętrza tego ostatniego z powietrzem zewnętrznym odrzuca stanowczo. Uczucie zaś trzeszczenia doznane przy macaniu, wyprowadza od ścięnięcia zewnętrznej blaszki kostnej guz pokrywającej.

Kol. Kwaśnicki uważa, że trzeszczenie jakie uczuwamy przy ścięnięciu blaszki kostnej, np. przy chrząstniakach (*enchondroma*) jest zupełnie innego charakteru. Tu trzeszczenie podobne jest do tego jakie daje śnieg ściśnięty w palcach, czuć wyraźnie, że jednociągłość blaszki zewnętrznej kości przerwana została, i trzeszczenie słyszane sprawia wrażenie ciała stałego poruszającego się w płynie z gazami pomieszanym.

Przewodniczący zgadza się najzupełniej z innymi kolegami, co do rozpoznania; mamy do czynienia z chorobą syfilityczną konstytucjonalną, a guz na czole pochodzi od *caries ossis frontis*. Że zaś przy syphilis najczęściej mamy *caries fungosa* powodującą wytwarzanie się tkanki nowego utworu zwanej *granuloma* przez Virchowa, *syphiloma* przez Wagnera, dla tego tu jamki w kości dają się wyprowadzić od następnego zaniku tego nowotworu, przyczem najpewniej *diploë*

i blaszka zewnętrzna są zniszczone, trzeszczenie zaś nie pochodzi od samej kości ale od gazów i płynów przytym procesie regresyjnym powstałych. Blaszka wewnętrzna jest prawdopodobnie także zniszczoną, bo cokolwiek silniejsze pociskanie guza wywołuje ból. Użycie środków jodowych przy merkuryalnych uważa kol. Girsztowt za bardzo stosowne, bo wiemy dziś, że dłuższe przebywanie rtęci w organizmie nie jest czczem tylko, jak niedawno jeszcze sądzono wymysłem, a użycie jodu ułatwia wydalenie tego metalu z ciała.

Przy tej okoliczności przypomina sobie kol. Le Brun, że będąc przed laty w Wrocławiu widział w miejscowym gabinecie anatomicznym szkielet ludzki, gdzie wszystkie kości przedstawiały niezliczone kulki rtęci metalicznej w otworkach kości się znajdujące.

Kol. Chwat przedstawia chłopczyka 9 letniego nazwiskiem Mąkobocki Rubin, mieszkańca miasta Kałuszyna, który przed 2a miesiącami, miał uchwyconą rękę lewą w tryby manetu. Przywieziony z Kałuszyna do Warszawy, dużo krwi w ciągu drogi utracił, przybył w stanie znacznego osłabienia, tak że pomimo wskazania do amputacji, kol. Chwat nie chciał jej dopełnić z obawy by chory jej niewytrzymał. Cała ręka i przedramię były pogruchotane, części miękkie zmiażdżone (*fractura conguassata*). Ułożono chorego na łożku, rękę jego umieszczono w rynience, przykładano z początku przymoczeki z wodą zimną, następnie z wodą goulardową, ostatecznie, z roztworu chlorku wapna i odwaru kory chinowej. Postępowanie to odniosło skutek bardzo pomyślny; rany części miękkich zupełnie się zagoiły, kość promieniowa (*radius*) złamana w połowie, zrosła się, choć odłamki nie są w właściwem zetknięciu ze sobą. Kość łokciowa (*ulna*) przedstawia w górnej trzeciej swjej części pewną ruchomość, która jak kollega Chwat ma nadzieję po niedługim czasie także zupełnie zniknie. Jest to zatem piękny przykład zastosowania chirurgii zachowawczej.

Kol. Kwaśnicki przedstawia młodego Gustawa Wolskiego, około 10 lat liczącego, któremu z pomyślnym skutkiem zrobił uretrotomię zewnętrzną. Przed 4a laty, towa rzysze

chłopca tego bawiąc się z nim ścisnęli mu nitką członek męzki w połowie długości części wiszącej prącia. Po kilku dniach matka jego spostrzegłszy, że dziecko cierpi z powodu niemożności oddawania moczu, zwróciła uwagę na jego prącie, które znalazła mocno obrzmiałe i wtedy nitkę odcięła. Pomimo tego utworzyła się w miejscu nitki, obrączkowa blizna, która coraz się zaciskając utrudniała odejście moczu, wywołała utworzenie się kilku przetok, przez które prawie całkowita ilość moczu odchodziła. Oddany został G. W. przed kilku miesiącami do szpitala ewangelickiego, gdzie próbowano przeprowadzić świeczkę najcieńszą do pęcherza, ale bezskutecznie. Wtedy to kol. Kwaśnicki, wykonał na nim uretrotomię zewnętrzną przy pomocy koll. Girsztowta, Stankiewicza i Wszebora. Operacya trwała dość długo i nie można było odszukać dolnego końca cewki, do którego kol. Kwaśnicki trafił dopiero dnia następnego przeprowadziwszy przez jedną z istniejących przetok cienki zgłębnik, który wyszedł przez ranę. Wprowadził wtedy gruby cewnik. Po 2ch miesiącach rana się zagoiła, przetoki się pozamykały. Obecnie chory oddaje strumień moczu grubości pióra wroniego, zupełnie swobodnie, ale cewka przepuszcza tylko cieńszy kateter i widocznie się ściąga. Zapytuje się kol. Kwaśnicki czy chcąc utrwalić skutki pierwszej operacyi, należy obecnie zastosować rozszerzenie świeczkami, czy wykonać uretrotomię wewnętrzną.

Obecni kolledzy zgadzają się na uprzednie rozszerzenie stopniowe, i gdy to nie odniesie spodziewanych korzyści, radzą uciec się do uretrotomii wewnętrznej.

Koll. Orłowski przedstawia 32 letniego Majewskiego Jana, który w końcu lipca r. b. wpadł pod koło maszyny parowej i uległ złamaniu obu kości goleniowych nogi prawej cokolwiek powyżej stawu golenio stopowego. W okolicy kostki zewnętrznej była rana w skórze na $1\frac{1}{2}$ cala przez którą palec wchodził do ogniska złamania. D. 17 sierp. kol. Orłowski przy pomocy kolegi Korzeniowskiego wykonał wypitowanie końców stawowych 3 kości staw goleniostopowy składających. Pozem kończyzna dolna chora przez kilka dni w prze-

ciągłej kąpieli letniej trzymaną była. Obecnie chory przy pomocy kuli i pomocnika przechodzić się może. Okolica stawu jest obrzmiała, rany się zagoiły, ale pozostawiły przetoki przez które ropa się sączy. Prawdopodobnie przeto *caries* końców kostnych wypływanych trwa jeszcze i wywoła oddzielenie się części tych kości.

Kol. Girsztowt opowiada, że w m. lutym roku bieżącego wezwany został na naradę wraz z innymi lekarzami do chorego noszącego guzik niewielki w okolicy *glandulae thyroideae*. Kol. Girsztowt rozpoznał pomieniony guz jako *carcinoma* (rak), jednak obecni lekarze prowadzący kurację utrzymując, że guz jest natury wenerycznej (*syfiloma*), wysłali chorego do Ciechocinka odrzucając jak najenergiczniej myśl operacji. Podczas pobytu chorego w Ciechocinku guz wzrastał szybko tak, że doszedł do wielkości pięści, utrudniając w wysokim stopniu oddechanie, odejmując choremu możność przełykania i mówienia. Wróciwszy do Warszawy udał się znów do kolid. Girsztowta, który przy pomocy koll. Kwaśnickiego, J. F. Nowakowskiego i Stankiewicza wyłuszczył guz, przyczem okazało się, że gruczoł tarczowy zrakowaciały był aż do samych chrząstek, a nadto i gruczoły limfatyczne okoliczne także przerodzone rakowato odjęte być musiały. Do operacji użyto znieczulenia miejscowego za pomocą eteru. Chory uspokoił się, oddechał swobodniej, lecz po kilku dniach trudność oddechania wróciła. Zastosowany laryngoskop, przekonał koll. Girsztowta, że nowotwór rozciągał się do wnętrza samej krtani, dla tego 20 sierpnia b. r. we dwa tygodnie po wykonaniu pierwszej operacji, dopełnił *tracheotomii* w obec koll. Stankiewicza i zostawił rurkę w tchawicy. Odtąd stan chorego się poprawił, chodzi, wyjeżdżał nawet na Litwę, nabrał ciała, może mówić ale tylko po cichu. Obecnie na zewnętrznym brzegu mięśnia mostko-obojczyko sutkowego (*sternocleidomastoidei*) pokazują się stwardnienia dowodzące, że nowotwór szerzy się dalej. Kol. Girsztowt nie ma nadziei by nowa operacja mogła usunąć w zupełności odradzającą się chorobę, dla tego próbuje obecnie robić wstrzykiwania z kwasu octowego do istniejących guzików, przyczem

spostrzegł, że skóra na nich w skutek tego postępowania powstaje niezmienną, guzy miękną i objętość ich znacznie się zmniejsza. O dalszym przebiegu choroby kol. Girsztowt nie omieszka zawiadomić członków oddziału.

W końcu kol. *przewodniczący* opowiada o nowych próbach za granicą robionych w celu wywołania znieczulenia ogólnego za pomocą wdechania mieszaniny eteru i chloroformu. Próby te wypadły niepomyślnie i kilka przypadków śmierci miało przy nich miejsce.

Na tem posiedzenie ukończono.

Sprawozdawca Dr. W s z e b o r.

ODDZIAŁ EPIDEMIOLOGII I HYGIENY PUBLICZNEJ.

Posiedzenie 35, z d. 8 września 1866 r.

Przewodniczący kol. Natanson.

I. Propezyca w kwestyi cholery. II. Wiadomości o cholerze i dyskusya nad tym przedmiotem. Środki proponowane. III. Choroby panujące.

Obecnych członków 8 i pp. Śliwicki, Świetlicki, Żłobkowski, Kuskowski, oraz Dr. Kowalewski z Petersburga jako goście.

Protokół zeszłego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. *Przewodniczący* wnosi, aby koledzy, którym rozdano rewiry lekarskie, w obec panującej epidemii, przygotowali już na posiedzenia oddziału uwagi, co do odbywanych rewizyi po domach; materyał bowiem tym sposobem uzbierany przydałby się tak do topografii miasta jak i mógłby przynieść korzyść dla nauki.

Kol. Szokalski nadmienia, że był czas gdy istniał projekt urządzenia oddzielnej komissyi sprawdzającej stan higieniczny i topograficzny miasta naszego, a kol. Stanisław Janikowski wygotował nawet niezbędny w tym celu szemat, projekt ten jednak wówczas nie przyszedł do skutku, obecnie,

przy sprzyjających właśnie okolicznościach większej możliwości poznania higieny naszego miasta, z przyczyny urządzenia rewirów lekarskich prędkiej w czyn zamieniony być może.

Kol. Baranowski proponuje przygotowanie podobnego szematu, z celem zakomunikowania go na jednym z posiedzeń, tak, aby praktyczne przeprowadzenie i zastosowanie tegoż mogło być wprzód ocenione przez obecnych na posiedzeniu kolegów mających rewiry lekarskie.

II. Kol. J. F. Nowakowski, prócz 3 przyp. cholery na Nowolipiu spostrzegął 5 przyp. cholery zakończonej śmiercią, w domach pod Nr. 2431, 2426 i 2425, w którym to ostatnim podczas cholery w 1852 r. wielu mieszkańców wymarło. W domu tym w drugim dziedzińcu, znajduje się sadzawka gnijąca i niezmiernie brudne kloaki. Do czynników zanieczyszczających powietrze na Nowolipiu, kol. zalicza: 1) w garbarniach płukanie skór w kadziach z wodą stojącą i gnijącą i mieszanie jęj z łajnem kurzem; 2) zamiast kloak systemu beczkowego, są tylko doły; 3) wyléwanie nieczystości i wypróźnień odbywa się przed bramy.

W rewirze kol. Śliwickiego (ulica Krochmalna), w dwóch domach sąsiadujących ze sobą, miało miejsce kilka przypadków cholery między ludnością izraelską. Z tych trzy śmiercią zakończone. Kol. wnosi, aby odnieść się do rabinów, w celu wydania poleceń zamienienia niezdrowych pokarmów szabasowych na inne odpowiedniejsze obecnym przepisom higienicznym, a tym sposobem usunąć jedną z główniejszych przyczyn zaburzenia w kanale pokarmowym. *Przewodniczący i sekretarz* popierają ten wniosek, wynurzając życzenie aby jednocześnie i lekarze wpływali pod tym względem na zmianę pokarmu spożywanego.

Kol. Żłobikowski, (rewir: Nowolipie, Leszno), spostrzegął 1 przyp. cholery na Lesznie. W obrębie tym również odbywają się wyprawy skór w garbarniach, z kąd wypływa smród, a kloaki urządzone są nagannie.

Kol. Świetlicki, (rewir: Furmańska i Powiśle), żadnego przyp. cholery dotąd nie spostrzegął; znajdują się tam liczne składy gałganów i kości; (bliższą wiadomość o szkodliwych

wpływach tych składów, ich złych urządzeniach i środkach zaradczych, podał Dr. Stan. Janikowski w tomie LV, Pam. Lek. str. 321, r. 1866).

W rewirze kol. Dobieszewskiego (Sienna, Śliska, Sosnowa) zdarzyło się 6 przyp. prawd. cholery, z których 4 zakończone śmiercią.

W szpitalu cholerycznym, przy ulicy Marszałkowskiej, na zaburzenie w przewodzie pokarmowym od 1—15 znajdowało się chorych osób 66, z tych na cholere 32, z których 20 umarło.

Kol. Weinberg miał 1 przyp. cholery, zakończony śmiercią *in stad. algido*.

Przewodniczący wspomina o 2 przypadkach cholery śmiercią zakończonych na Nowém Mieście, u matki i córki, gdzie przyczyną powodującą rozwój choroby, było spożycie w znacznej ilości gruszek i napicie się wody; choroba trwała w tych przypadkach 16 i 14 godzin, a wybuch poprzedzony był biegunką przepowiednią. Trzeci przypadek ma kolega w obserwacji, wypróżnienia to białe, to łajniste, żółciowe, ziębienie i sinienie kończyn, stan z którego może się rozwinąć *st. algidum*.

Przy ulicy Zimnej, w domu gdzie umarł choleryczny wydarzyło się 8 przyp. kurczu żołądka i kiszek z obawy i strachu. Przytém przewodniczący czyni uwagę, że w czasie poprzedzających epidemii, gdy w jakim domu zmarł choleryczny zwykle tam epidemia rozszerzała się; obecnie, czegoś podobnego nie spostrzegamy, być może, że środki odwietrzające i w ogóle policyjno-lekarskie przedsięwzięte w tym czasie, tak dobroczynny wpływ wywierają. Jako *desinfectans*, radzi jeszcze kolega dawniej już kilkakrotnie zalecany *kw. karbolowy* albo *fenylowy*, w ilości unc. $\frac{1}{2}$ na unc. $1\frac{1}{2}$ *spir. camphor*.

W rewirach wspomnionych, wszędzie koledzy spostrzegali liczne choleryny, najczęściej z błędów higienicznych wynikające.

Kol. Szokalski wynurza obawę wybuchu cholery w Częstochowie podczas obecnego odpustu, w obec usposabiających do tego warunków, w jakich ludzie przybywający tam

znajdować się będą, uznaje przytém konieczność zabrania zbirowisk podobnych w czasie grasowania epidemii.

Podobnież kol. Weinberg przypomina, iż w tym także czasie przypadają święta u izraelitów i wycieczki ich do rabinów na prowincyą, a szczególnie do miejsc takich jak Kock, Radimin, Grodzisk i t. d. Niekorzystne warunki higieniczne tych ludzi, nagromadzenie i t. d. mogą stanowić *vehiculum* dla cholery.

Sekretarz (M. Malcz) zachęca kolegów do czynienia prób z nalewką z konopi indyjskich (*tinct. cannabis indicae v. hatchisvh*) w okresie zimnym cholery. Willemain podczas strasznej epidemii w Kairze w 1848 r. używał ją z wielkim powodzeniem. Środek ten zastosowany był *in stadio algido*, w roztworze wyskokowym po 10—15 kropli w kilku łyżeczkach wody (10 kropli zawierają w roztworze 85 cgrm. pierwiastku czynnego konopi ind.). Przy użyciu tego środka powstają napływy krwi do głowy i stan podobny do upojenia; użycie takowego, jednak i w wielkich dawkach, nie wywołuje groźnych następstw (od 18--30 kropli). Środek ten prawdopodobnie działa na ośrodki nerwowe, które zdaje się drażnić i ożywiać, gdy takowe zawieszono są w swoich czynnościach, w skutek czego ożywia się krążenie krwi i następuje odczyn. Z tych przeto względów środek ten zdaje się zasługiwać na dalsze zastosowanie.

Przewodniczący opierając się na zasadzie podrażnienia ośrodków nerwowych, jakie ma miejsce w cholery, proponuje stosować z wszelką ostrożnością wstrzykiwania podskórne *atropiny* lub *strychniny* naprzykład w okolicę dołka podsercowego jako najracyonalniej jeszcze odpowiadające istocie rzeczy, gdyż wiadomo iż w cholery wsiąkanie (*absorbatio*) doprowadzone jest do *minimum*, a więc i wewnętrzne środki z trudnością są upodobnione. Środek ten możnaby spróbować w tych przypadkach, gdzie jeszcze znajduje się ciepło niektórych części ciała.

Kol. Kuskowski jest zdania, iż kurcze w cholery są skutkiem zmiany odżywiania (*nutritio*), że w chorobie tej wsiąkanie (*absorbatio*) jest żadne, przeciwnie tylko odbywa się

przesiąkanie, a przeto ani wewnętrzne, ani zewnętrzne środki korzyści przynieść nie mogą.

Przewodniczący przeczy jakoby kurcze w cholerye miały być skutkiem zmiany odżywiania, gdyż w chorobie tej, w której ma miejsce postępowy kurcz, zniszczenie włókien jeszcze nie ma miejsca.

Dr. Kowalewski mówi o doświadczeniach Pettenkofera nad własnością gruntu jako czynnika wpływającego na rozszerzenie się cholery.

III. *Choroby panujące*. Prócz choleryn i cholery azjatyckiej, ciągle chociaż w niewielkim stosunku powiększającą się, płonica zębna w skutkach (*scarlatina*) połączona ze sprawą błonicową w gardle, obrzmieniem gruczołów i całego ciała i koklusz między dziećmi były niemniej silnie rozgążzione. Spostrzegano także *mennigitis* u dzieci, liczne zapalenia gardła, *diphtheritis*, zapalenia płuc, gorączkę durzycową, tyfus plamisty, dysenteriją, katary żołądka i kiszek, zimnice.

Sekretarz wspomina o licznie objawionej gorączce durzycowej między ludnością izraelską w Grodzisku, której kilka przypadków miał sposobność osobiście spostrzegać. W Błońskiem panuje w większym zakresie zimnica.

Posiedzenie 36, z d. 15 września 1866 r.

Przewodniczący kol. Natanson.

Protokół zeszłego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Złożono od kol. Kobylański ego: rapport ze szpitala Dzieciątka Jezus za m. sierpień; od kol. Grabowski ego także rapport ze szpitala ś. Ducha za tenże miesiąc, oraz urzędową wiadomość o rozprzestrzenieniu się cholery w gubern. Warszawskiej. Z rapportu tego przekonywamy się, że cholera rozszerzyła się w tejże gubernii, zajmawszy 10 powiatów na 12 (wyjątek ten stanowią pow. Rawski i Łowiczski).

W pow. Warszawskim okazała się w 12-u miejscowościach: w m. Gorze Kalwaryi, Warce, Grojcach i 9 gminach

a szczeg. w Głuchowie pod Grojcem (zachor. od początku epid. 27 osób, umarło 3).

W pow. Stanisławowskim w m. Radiminie zachorowało 8, wyzdr. 2, umar. 3.

W pow. Łęczyckim w m. Łęczycy i 3 gminach szczeg. w gm. Dąbie zach. 34, 7 umarło, 3 wyzdr. (od pocz.)

W pow. Gostyńskim w gm. Kutno i Muchnow.

W pow. Włocławskim w m. Chodczu i Nieszawie i gminach.

W pow. Kaliskim, w m. Kaliszu (zachor. osób 25, 5 wyzdr. 8 umarło), i 5 gminach, do których to miejscowości dostała się z Pruss rozprzestrzeniwszy się dalej po całym Królestwie.

W pow. Koninским ze wszystkich prowincyj Król. najzjadliwszą okazała się w m. Kole, obecnie ma się już ku końcowi; od początku epidemii, zachorowało tamże osób 294, wyzdrowiało 136, umarło 122, pozostaje 36. Podobnie w m. Słupcy, zachorowało 60, wyzdrowiało 15, umarło 30, pozostaje 15. W gminach powiatu Koninskiego, a szczeg. w gm. Brzešno (z. 25, w. 9, u. 12); silniejszą była niż gdziekolwiek.

Na koniec w m. Sieradzu, pow. Sieradzkim w ciągu ostatn. dni t. j. od 4—12 września r. b. zach. 36, wyzdr. 6, umarło 20, a w Wielunskim m. Częstochowie na pocz. b. miesiąca, a głównie d. 12 września w kompanjach przybyłych na odpust, zachorowało 23 osób, umarło 14.

Otrzymało niemię wiadomość o ukazaniu się cholery w m. Radomsku.

Warszawa. W ambulatoryum szpit. Ewang. i w pryw. praktyce kol. L i e b c h e n spostrzegał dotychczas 2 prawdziwe przyp. cholery, liczne choleryny, katary żołądka i kiszek, anginam dipht. i w ogóle cierpienie błonicowe błon śluzowych, tyfus i płonicę. W ambul. szpit. s. Ducha spostrzegano katary żołądka i kiszek, bo 62 przypadki na 82 chorych w tym tygodniu zgłaszających się.

Przybyli na posiedzenie koledzy, mający sobie powierzone rewiry lekarskie, opowiedzieli przypadki cholery przez siebie spostrzegane.

Na ulicy Krochmalnej (kol. Śliwicki) na nowo wydarzyły się 2 przyp. cholery zakończone w 26 i 18 godzin śmiercią.

W 21 rewirze (kol. J. F. Nowakowski) nie wydarzył się żaden przypadek; lecz kol. N. opowiada, o śmierci swęj siostry i siostrzenicy, w ciągu 24 godzin na cholere zmarłych, w innym rewirze zamieszkałych.

W rewirze 6 (kol. Kadler) na Starém mieście zamieszkujący pomimo najgorszych warunków higien. ludzi i samęj okolicy, dotąd żaden przyp. nie wydarzył się.

Na ul. Furmańskiej (kol. Świetlicki) 2 przyp. u dzieci, jeden zakończ. śmiercią, drugi w okresie odczynu.

Na ul. Elektor. (kol. Kuszkowski) 1 przyp. cholery, obecnie in stadio reactionis, u kobiety ciężarnęj, która poroniła w trakcie choroby.

W rewirze kol. Grabowskiego (Elektor. część Leżna) żadnego przypadku.

W rewirze 5, Miodowa (kol. Krasowski), 11 przyp. cholery, w których 4 odesłane do Szpitala cholerycznego na Pradze; i z tych 3 osoby wyzdrowiały, i 1 przyp. zakończony śmiercią in st. reactionis na ul. Chłodnej.

Kol. Chwałt spostrzegął 4 przyp. cholery, (Smocza, Dzika, Nowowiniarska).

W rewirze kol. Wszebora (Wspólna i Hoża), żadnego przyp. dotąd nie było.

W rew. kol. Weinberga 3 przyp. cholery pod Nr. 991; 956 i 967).

Kol. Apte: 5 przyp. cholery (plac Marsowy, Pokorna, Nalewki, Franciszkańska).

W rewirze 23, (kol. Stankiewicz młodszy) ul. Śliska, od początku czynności rewirowych, 11 przyp. cholery spostrzegano po większęj części, między biedną ludnością izraelską.

W rewirze 8 i połowa 7go, Biała, Elektoralna, Zatyłki (kol. Kosiewicz) od początku, 1 przyp. cholery przy ulicy Chłodnej, wspomniony już praez kol. Krassowskiego, poprzedzony przed wybuchem dyaryą i zakończony śmiercią w okresie odczynu, wymiotów nie było.

W rewirze kol. Kwaśnickiego (Pańska, Twarda i Śliska) 4 przypadki, z których 3 śmiercią zakończone, wszystkie poprzedzone użyciem niestrawnych pokarmów.

W rew. kol. Dobieszewskiego 2 przyp. cholery zakończone śmiercią.

W rewirze kol. Wójcickiewicza (Alea Jeroz: i Belwed.) 1 przyp. zakończony wyzdrowieniem.

W rew. kol. Żłobikowskiego nowych przyp. nie było, za to przyp. choleryny zakończ. wyzdrowieniem.

Kol. Janikowski odczytuje szemat sporządzony przez siebie w 1865 r. na żądanie Inspektora Urzędu Lekarskiego w zarysie, dotyczący urządzenia kloak. Dalej czyta inny szemat jeszcze w 1862 r. ułożony w delegacji miejskiej higienicznej, o którym w zeszłym protokóle wspomnieliśmy: przytém kol. uważa jako konieczne, aby przy odbywających się rewizjach lekarskich, przynajmniej na każdy cyrkuł wyznaczony został budowniczy lub inżynier, gdyż często przy obchodzeniu rewiru, wydarzają się pewne kwestye dotyczące zbadania niektórych technicznych warunków, a które mogłyby być rozwiązane tylko przez osobę specjalnie z tym przedmiotem obeznaną.

Kol. Szokalski proponuje przejrzeć wzmiankowany szemat jeszcze raz, a następnie wydrukowany przesłać po jednym egzemplarzu wszystkim 100 lekarzom rewirowym.

Przewodniczący pyta kolegów rewiry obchodzących, czy uznają pożytki podobnych obserwacji, poddając pod głosowanie przyjęcie powyższego przerobionego szematu. Większość przyjmuje. Następnie, zawiązała się dyskusya nad sposobami i ilością odbicia egzemplarzy szematu, w skutku której ostatecznie *Przewodniczący* obiecał porozumieć się z Sekretarzem stałym Towarzystwa, i obmyśleć wspólnie potrzebny na to fundusz.

Kol. Weinberg sądzi, iż surowe owoce nie mogą być przyczyną wywołującą wybuch cholery, gdyż takowa wprost wskutek miazmatu powstaje, jako przykład przytacza zarazem 2 przyp. cholery na Nowém Mieście wydarzone.

Przewodniczący przeczy powyższemu twierdzeniu, sądząc, że w czasie panującej cholery nie można bezkarnie za-

lecać owoców, gdyż jakkolwiek niektóre osoby przenoszą je nieszkodliwie, to jednak u 75 na 100, owoc czyni zawsze pewne zboczenia nieprawidłowe gastryczne: u takich osób przede-
to, podczas cholery niebezpiecznym jest jedzenie a tém bardziej zalecanie takowych. Co do przytoczonych przykładów przez kol. Weinberga przewodniczący dodaje, że o ile wié dokładnie, osoby powyższe zjadły przed samem zachorowaniem w nadmiarze gruszek, powróciwszy z wieczora, po czém napiły się wody.

Kol. J a n i k o w s k i w powierzonym sobie rewirze, do odwietrzania kloak, zaleca używać chlorku wapna, do ryszoków zaś siarczanu żelaza. Zdaniem kolegów, rozporządzenia przez nich wydawane, szybko zostają z pomocą Władz wykonawczych spełniane przez obywateli i oficyalistów.

Kol. B r u n n e r (Mikołaj) zwraca uwagę na to, iż wywołujący nieczystości miejskie, jeżdżą po mieście z odetkanymi beczkami, zalewając ulice, sądzi przytém, że ubezwonnie-
nie za pomocą koperwasu jest niestosowne, przytaczając na przykład ulicę Bielańską, na której jakoby wskutek połączenia się tego preparatu z nieczystościami w ryszokach, powstawał przykry smród.

Przewodniczący sądzi, iż smród ten na ulicy Bielańskiej nie pochodzi jakoby od koperwasu lecz jest skutkiem braku ścieków. W podwórzach domów tamże stojących są rezerwoary w które zbierają się nieczystości jakie z takowych tylko w niektóre dni wypompowane zostają, co już istnieje od lat kilkudziesięciu. Siarczan żelaza nigdy podobnych skutków sprawić nie może, jest on przytém najtańszy ze wszystkich odwietrzających środków, jakkolwiek działanie jego jest tylko chwilowe.

Kol. B r u n n e r (ojciec) zauważył mniejszy stosunek śmiertelności na cholere w ostatnim tygodniu, a to po ilości zwłok na cmentarzu w szopie wystawianych.

Kol. S z o k a l s k i powziąwszy wiadomość, jako Dr. Heinrich ordynator szpit. Ujazdowskiego trudni się sekcyami cholerycznych, zwracał uwagę tegoż na stan ośrodków nerwo-

wych i rdzeń kręgowy. Dr. Heinrich zobowiązał się odsyłać preparata z tych części kol. prof. Brodowskiemu dla dalszych postrzeżeń.

Przewodniczący zwraca uwagę na pewną cechę odróżniającą cholerynę od cholery, mianowicie w prawdziwej cholery, przy pukaniu brzucha głos będzie stępiony, brak wszelkich gazów, brzuch jest zapadnięty, przeciwnie przy cholerynie, odgłos będzie tympaniczny a brzuch zawartością rozdęty.

Choroby panujące. Prócz cholery licznej, choleryny i wszelkich innych zboczeń przewodu pokarmowego, cierpienia błonicowe (*diphtheritis*) a (w szczeg. gardła) silnie rozgałęzione były. Prócz tego spostrzegano: tyfus, płonicę (*scarlatina*) częstą jeszcze ale nie tak już groźną, z zapaleniem dyfter. gardła a w jednym przyp. z krwawym moczem połączoną; 2 przyp. ospy złagodzonej i prawdziwej (u szczepionych), zapal. gardła zwyczaj; katary oskrzelowe, koklusz zawsze jeszcze licznie rozgałęziony, zimnicę, gor. durzycową u dzieci.

Posiedzenie ukończono o godzinie 9½ wieczór.

Posiedzenie 87-e, dnia 22 września 1866. r.

Przewod. kol. Natanson.

Sprawozdawca odczytuje protokół zeszłego posiedzenia, a Kol. Dobieszewski bulletyn epidemiologiczny Królestwa za m. sierpień r. b; szczegółową wiadomość o panowaniu cholery w mieście Kole, podaną przez kol. Koelnera; oraz krótką propozycją p. Krassowskiego z Płocka, co do sposobu leczenia cholery mieszaniną octu z oliwą.

Kol. Majewski zapytuje, czy propozycja ta jest oryginalną, czy też tylko powtórzoną, gdyż o ile mu wiadomo, dwaj doktorzy Biernacki z Cannes i Czernicki z Cannet we Francji, w liście umieszczonym w czasopiśmie *l'Abeille Médicale* właśnie proponowali jako specyfik przeciwko cholery, środek złożony z mieszaniny oliwy (90 gramów) i octu

winnego (30 gramów), co kwadrans łyżeczkę od kawy naprzemian, aż do wstawienia się odczynu. Środek ten okazał się w skutkach niepożytecznym i przez wyznaczoną w tym celu komisją do zbadania nowych środków przeciwko cholery, między innymi także odrzucony.

Otrzymaliśmy z Radomia, raporta ze szpitali tamtejszych za miesiąc sierpień.

Dalszy ciąg posiedzenia zajmowały rozprawy nad panującą epidemią.

Kol. Majewski wspomniał, że choroby w ogólności panujące podczas trwania epidemii cholery, wcale jej nie wyłączają. Zwraca także uwagę na okoliczność, iż większa część lekarzy szpitali paryzkich na zebraniach swych, zauważyła, iż w bieżącym roku w epidemii w Paryżu, w 40 na 100 przypadkach nie było biegunki przepowiedniej (*diarrhée premonitoire*), iż cholera wybuchła podczas najlepszej pogody i stanu sanitarnego w mieście; wnosi przeto, aby i podczas cholery obecnie u nas panującej, zwracano uwagę na podobne warunki.

Przewodniczący czyni uwagę, iż w 1853 r. podczas cholery w Warszawie panującej zauważył w szpitalu, iż chorzy na obłąd opilczy nawet po wyjściu z cholery napowrót go dostawali.

Kol. Helbich przytacza, iż nadługo przed obecną epidemią, cierpienia przewodu pokarmowego panowały u nas, co zaś do biegunki przepowiedniej, w znacznej większości przypadków miał sposobność ją spostrzegać, brak jej przed wybuchem, raczej do pojedynczych przypadków odnieść należy.

W cholery z 1852 r. kurcze były najważniejszym zjawiskiem; w dzisiejszej są nieznaczne, stolce obecnie również się różnią od ogólnie opisywanych w dziełach; są one lekko zażółcone lecz nie ryżowate i to nawet wtedy, gdy ciepło i mocz powracają. Szczególniej daje się to widzieć u dzieci, umierających głównie tylko z ubóstwa sił. Nakoniec, kol. Helbich doniósł, iż kompanie powracające z odpustu z Częstochowy, rze-

czywiście rozniosły cholere w dalekie strony, zakładając za-
raźliwe ogniska, jakto już z góry przewidziane było.

Sprawozdawca (M. Malcz) wspomina, iż wszystkie
prawie bez wyjątku wiadomości podawane przez spostrzegaczy
francuzkich w towarzystwach lekarskich, zgadzają się na jedno,
to jest na obecność wyprzedzającej biegunki, podczas zeszło-
rocznej epidemii w całej Francji a nawet i w innych krajach.

Kolledzy: Helbich, Natanson, Braun w spostrze-
ganych przez siebie przypadkach cholery pojedyncze tylko
fakta przytaczają, gdzie wybuch nastąpił bez żadnych po-
przedzających przypadłości.

Przewodniczący dodaje, iż w 1852 r. kurcze i bezgłós-
(*aphonia*) były ze wszystkich zjawiskiem ogólném, objawy cho-
leryczne w ogólności były do siebie podobne; dzisiaj chorzy różną
od siebie mają postać. Niema téj obfitości wypróżnień górą i
dołem co dawniej; u wszystkich mniej więcej są ślady pulsu,
który to znikał, to znów objawiał się, gdy w 1852 r. był on
nie do wyczucia. Siność (*cyanosis*) bywa tylko w końcach
kończyn; w stolcach jest odcień żółtawy, obecne przypadki po-
zornie są jakby słabsze, prędko jednak kończą się śmiercią.

Kol. Szokalski wspomina o zalecanych ze skutkiem
w 1852 r. wielkich dawkach nalewki wroniego oka (*nux vo-
mica*) przez kol. Piramowicza z prowincyi (od 1 do 1½
drachmy p. d.) przyczem podnosi pytanie do roztrząśnienia, czy
raz już przebyta cholera, ochrania od powrotów?

Niektórzy z kolegów odpowiadają iż przypadki powrotu
są im znane (Helbich).

Przewodniczący sądzi, iż chociaż w nielicznych przy-
padkach, jednakże łatwiej jest chorego wyprowadzić z okresu
zimnego (*st. algidum*) a to ze względu, iż w okresie oddzia-
ływania rozwija się *meningitidis*.

Kol. Aptę utrzymuje przeciwnie, iż chorzy umierają czę-
ściej in *st. algido*, jak podczas reakcyi; przytem dodaje, iż w tym
ostatnim okresie łatwiej jest już zdać sobie sprawę, a przez
to racjonalniej obmyślić plan leczenia, gdyż odnowa komórek
zaczyna się już odbywać.

Kol. Dobieszewski, jakkolwiek nie może powołać się

na przykłady w poprzedzających epidemiach, to obecnie jednak 3ch chorych w okresie odczynu, za pomocą baniek, kalomelu i środków odciągających (*derivantia*) udało mu się uratować. U wszystkich chorych w stanie odczynu znajdujących się rozwijały się cechy wspólne zapaleniu opon mózgu i rdzenia kręgowego (*mening. cerebro spinalis*).

Kol. M a j e w s k i pyta, czy oględziny na zwłokach, okazały rzeczywiście zmiany na oponach mózgowych?

Przewodniczący odpowiada, iż sekcye przedsiębiorane w 1852 r. w szpitalu cholerycznym, gdzie ordynował, rzeczywiście wykazywały w okresie odczynowym, nabieg krwi na oponach i napływ płynu surowiczego; przeciwnie po krótkim trwaniu cholery zakończonej śmiercią, trudno było się dopatrzyć zmian. Wszyscy z 5 cholerycznych, jakich spostrzegał obecnie, zmarli w okresie odczynowym.

Kol. B a r a n o w s k i sądzi, iż jakkolwiek zastosowanie szczególnych środków leczących w cholery jest nie możliwe, to przynajmniej podczas t. zw. tyfoidu (*reactio*) obmyślanie środków o tyle jest jaśniejsze, iż mamy w tym okresie, z jednym narządem, z umiejscowieniem choroby, do czynienia. Zgadza się przytem na określenie podane w monografiach, traktujących o cholery, iż tyfoid jestto affekcja jakiegoś jednego organu, powstała pod wpływem zaburzeń w krążeniu krwi i sekrecjach.

Przewodniczący przeczy ostatniemu zdaniu, gdyż według niego, okres odczynowy jest dalszym ciągiem jednej choroby, jestto wyłączna forma właściwa cholery.

Koll. Ż ł o b i k o w s k i i D o b i e s z e w s k i sprawdzili dodatnie, dyagnostyczną wartość opukiwania brzucha, a mianowicie obecności tonu stępnego w kiszkaach w prawdziwej cholery, co zresztą jest naturalnym skutkiem pełni, wywołanej ciągłym przesiąkaniem w kiszkaach.

Kol. K o r z e n i o w s k i podczas silnie grasującej cholery w 1854 r. w Podlaskiem, spostrzegał, iż nią dotknięci zawsze przechodzili przez okres odczynowy; przytem wyrobił sobie przekonanie, iżby na zasadzie ubytku płynów z ciała, zastępować go nawzajem wielką ilością takowych, w skutek czego,

dawał swoim chorym, podczas reakcyi znaczną ilość wody, polecał wynosić ich na świeże powietrze, i niektórzy z tych chorych przychodzili do zdrowia. Kalomel, bańki i t. d. nie są w stanie zmienić zastoin krwi, spowodowanych zimnym okresem, zwraca także kollega uwagę, iż w dawniejszych epidemiach podczas cholery spostrzegano liczne *phlegmone diffusum* czego obecnie nie widzimy.

Kol. Baranowski opierając się na zdaniu jednego z lekarzy obserwującego cholere w 1830 r. nadmienia, iż do zachorowania wówczas na cholere biednej klasy ludności, były powodem indigesta jak np. tanie owoce i t. d., których jedzenie wywołane było głodem i nędzą; w skutek czego wówczas Rząd udzielał zapomogi na ciepłą strawę, sądzi więc i dzisiaj, iżby za pośrednictwem przewodniczącego, jako należącego do komitetu cholerycznego odnieść się do tegoż z podobną propozycją.

Przewodniczący odpowiada, iż przedmiot ten był już na jednym z posiedzeń komitetu cholerycznego rozbiewany, ale jak nateraz z przyczyny przeznaczenia już funduszu cholerycznego na rewiry i inne środki ochronne, odłożony został do dalszego czasu.

Koll. Helbich, i sprawozdawca (M. Malcz), popierają wniosek kol. Baranowskiego, oceniając całą wartość zastosowania tego zewszach miar użytecznego bo odżywiającego a zatem poniekąd uprzedzającego chorobę środka.

Na tém posiedzenie ukończono.

Posiedzenie 38, z d. 30 września 1866 r.

Przewodniczący kol. Natanson.

Protokół zaszłego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Korzeniowski oznajmia, iż w poprzedzającym tygodniu spostrzegął 11 przyp. *phlegmone diffusum* szczególnie w tkance łącznej szyi, co zwykle dawało się widzieć podczas panowania cholery.

Kol. Helbich opowiada o 2 przypadkach cholery: pierwszym zakończonym śmiercią w przeciągu kilku godzin, i nastąpionym bez żadnych poprzedzających wybuch zjawisk; drugim wydarzonym nad Wisłą, gdzie wybuch poprzedzała biegunka 24 godzin trwająca, bez żadnych widocznych przyczyn — tu jednak nastąpił odczyn i wyzdrowienie. Podczas reakcyi, choremu przystawiono bańki na krzyżu. Kol. H. dodaje, iż ilekroć występował energicznie podczas reakcyi, tyle razy rezultaty miał gorsze.

Kol. Świetlicki zawiadamia, iż czynione przez kol. Heinricha sekcye na trupach cholerycznych w szpitalu Ujazdowskim wykazały w 23 przypadkach przekrwienie mlecza pacierzowego, przekrwienie w kiszkaach i nabrzmienie gruczołków Peyer'a. Zewsząd donoszą o rozniesieniu cholery przez kompanie odpustowe z Częstochowa, a nawet i do Krakowa tą drogą zaraza zaniesioną została.

Kol. Śliwicki opowiada o zawiązaniu się dobrowolnego stowarzyszenia niosącego pomoc cholerycznym na ulicy Krochmalnej, między starozakonnemi tam zamieszkałemi, które w skutkach okazało się praktycznym.

Kol. Dorantowicz donosi o 3 przypadkach cholery u dzieci zakończonych śmiercią w okresie odczynowym wydarzonych w domu Lesser'a przy ul. Miodowej, znajdującym się jak wiadomo w najpomyślniejszych warunkach higienicznych. W przypadkach tych żadnych błędów dyetetycznych nie było popełnionych; biegunka nie poprzedzała wybuchu.

Kol. Apte opowiada o 5 przypadkach cholery, z których jeden śmiercią zakończył się. Jeden z tych chorych przed wybuchem, miał pewien już czas zimnicę i brał w tym celu chininę. Kolega zachęca do uskuteczniania puszczenia krwi gdy puls jeszcze zupełnie nie zniknął, przedstawiając 3 pomyślne wypadki na tej drodze osiągnięte.

W przypadkach widzianych przez kol. Wolper'ta, biegunka zawsze poprzedzała wybuch cholery.

Kol. Żłobikowski wspomina o spostrzeganym przypadku cholery w upłynionym tygodniu u dziecka, u którego po 5 dniach nastąpiło wyzdrowienie po przejściu reakcyi.

Kol. zadawał do wewnątrz *Estr. Nuc. vom. spir.*, w większych dawkach, naprzemian „*cum emulsione Cannabis Indicae*“ Prztém wspomina, iż kol. Hoyer proponował w cholery użyć *Secalis cornuti* i *Ergotiny*, jako działających na ośrodki nerwowe, rozgałęzienia nerwu sympatycznego i pobudzenie kurczliwości naczyń.

Przewodniczący używał sporyszu w katarach grubych kiszek z dobrym skutkiem. W dwóch przypadkach cholery przez siebie spostrzeganój, jeden w reakcyi zakończył się (Twarda) śmiercią; a w drugim, w domu przy alei Jerozolimskiej (gdzie było przedtem kilka) u kobiety 60-letniej, na 24 godzin okazał się odczyn, poczem stan ten przeszedł w wyzdrowienie. U chorój téj język podczas cholery był biały i zimny, po cholery czarny.

Sprawozdawca (M. Malcz) wzmiankuje, iż w przypadku cholery przy ulicy Bugaj spostrzeganym, chora zmarła po reakcyi dopiero na piąty dzień po wybuchu, wprost z wycieńczenia sił.

Do Ambulatoryum Szpitala Ewangelickiego od d. 23—29 września r. b. 192 chorych zgłaszało się o poradę, z których zanotujemy: 34 przyp. biegunek tak samych jak i z zimnicą połączonych u dorosłych i dzieci, 36 przyp. gastrycyzmów; 20 p. zapaleń gardła błonicowych; 23 *bronchitis pleuritis*; 3 koklusu.

W Ambulator. Szpitala Ś. Ducha zasięgało porady w zeszłym tygodniu 162 osób, przeważnie z cierpieniami dróg pokarmowych, gardła, dróg oddechowych i tyfusem wysypkowym.

Choroby panujące. Prócz cholery i licznych choleryn, płonica zawsze silnie objawiała się w połączeniu z opuchnięciem ciała, białkomoczem, obrzmieniem gruczołów podszczękowych, lub zapal. gardła błonicowem. W jednym przypadku spostrzeganym przez kol. Aptęgo, gdzie *diphtheritis* była w 3 tygodniu po płonicy, wstawiło się tak silne krwawienie podczas zablźnienia, iż dziecię umarło.

Silnym był również koklusz z częstszą zimnicą, i dysenterją, w pojedynczych przypadkach dławiec (*croup*), tyfus wysypkowy, gastrycyzmy, zapalenia płuc, ospianka (*vari-*

cella), zapal. gardła błonicowe, płegmone diffusum w tkan-
ce łącznej szyi, odra, bronchitis, śmiertelność największą by-
ła na płonicę i cholereę.

Posiedzenie 40, (*) z d. 13 października 1860 r.
Przewodniczący kol. Natanson.

Protokół zeszłego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Kobylański nadesłał rapport o ruchu chorych
w szpitalu Dzieciątka Jezus, za m. wrzeień r. b.

Kol. Grabowski takież rapport ze szpitala ś. Ducha,
za tenże miesiąc.

Kol Heinrich ordynujący w szpitalu Ujazdowskim
obecny na posiedzeniu jako gość zdał sprawę z oględów po-
śmiertnych, wykonanych przez siebie na trupach cholerycz-
nych w tymże szpitalu, Na 30 sekcij tylko 6 przypadków
zakończyło się śmiercią w stanie odczynu; reszta cholerycz-
nych zmarło *in stadio algido*. Zmiany były następujące:
a) na błonach mózgowych w jednym przypadku w stanie od-
czynu *pachymeningitis haemorrhagica interna*, w oponach
mózgowych przekrwienie, podobnież na *sinus durae matris*.
Substancya mózgu anemiczna. Z płuc anemicznych w górnej ich
części sączyła się czarna zgęszczona krew. Wątroba niedokrwi-
sta (*in st. alg.*). Przepętnienie pęcherzyka żółciowego, we wszyst-
kich razach. W sercu błona zewnętrzna i wszystkie surowi-
cze pokryte lepłą warstwą wysięku ciągnącego. Przy pod-
stawie serca *ecchymoses*; w lewej komórce serca brak zupeł-
ny skrzepów krwi, a w prawej skrzep. Opony rdzenia kręgo-
wego i jego substancya, cokolwiek przekrwione. Błony ślu-
zowe (w stanie odczynu) cienkich kiszek przekrwione, pokryte
błonami rzekomemi (*diphtheritis*), pozbawione nabłonka,

(*) Protokółu z posiedzenia 39, redakcyi Pamiętnika niedostarczono.

gruczoły odosobnione (*gl. solitariae*) dochodzące do wielkości grochu, a gruczołki Peyer'a nabrzmięte jak w gorączce durzycowej (*surface reticulée*), i w okolicy zastawki Baučina owrzodzenia. Śledziona *in stadio algido* zmniejszona, w stanie odczynowym powiększona. W stanie odczynu pęcherz moczowy pusty; w jednym przypadku z zajęciem błonnicowem. Chorych cholerycznych, wstąpiło do szpitala 86 osób: z tych, 30 zmarło *in st. algido*, większa ich połowa nie dochodziła do okresu odczynowego: kurcze były małe.

Daléj, kol. Heinrich nadmieniał, iż czynił u chorych doświadczenia z podskórnymi zastrzykowaniami strychniną. Rezultatów żadnych nie otrzymał, bo byli to już chorzy bez pulsu, a wysłuchanie serca nie okazywało żadnych ruchów. Jeden z chorych 48 godzin pozostawał bez pulsu. Leczenie nie różniło się od powszechnie przyjętego; cokolwiek lepsze rezultaty otrzymano w zadawaniu calomelu (gr. j.) cum opio ($\frac{1}{2}$ gr.). Środki podniecające nic nie działały.

Kol. Majewski odczytuje ustęp z dziennika *l'Union médicale* potwierdzający w wielu przypadkach brak objawów poprzedzających w epidemii obecnej w Paryżu (45 na 100), o czém z resztą na przeszłym posiedzeniu kol. wspominał.

Kol. Tugendhold (jako gość) czyni uwagi nad lepszą skutecznością niektórych przyrządzeń lekarstw używanych w cholerycznej, co sprawdził jako urzędownie wysłany do m. Makowa dla ratowania dotkniętych epidemią. *In stadio algido* używał kolega okładań i natrysków z zimnej wody z powodzeniem.

Choroby panujące: silna i śmiertelna płonica połączona z owrzodzeniem gardła, puchliną, prawie zawsze z zajęciem gruczołów podszczękowych i ślinnych, krwawym moczem, białkomoczem, odleżynami (*decubitus*), jednym słowem, ze wszystkimi skutkami płonicy Następnie: koklusz u dzieci, choleryna z niestrawności, cholera, gastrycyzmy liczne, zapalenie płuc u dorosłych i dzieci, pokrzywka (*urticaria*), odra, róża na twarzy dość częsta, tyfus wysypkowy, silne krwotoki z nosa, zapalenia gardła zwyczajne i błonnicowe, mumps.

Co do epidemii bieżącej, wszyscy koledzy jak i raporta szpitalne zgadzają się na znaczne jej zmniejszenie się w Warszawie.

Kol. G r a b o w s k i miał w praktyce przypadek cholery w ubiegłym tygodniu, gdzie w jednym pokoju i rodzinie zachorowało 3 osób, z tych 4 umarły, jedna wyzdrowiała; miało to miejsce u starozakonnych po szabasie. Chorzy ci zmarli w okresie odczynu.

W gubernii Warszawskiej niestety, epidemia rozszerza się; jakkolwiek w powiecie konińskim jest łagodniejsza, ale za to silna w sieradzkim (w Sieradzu, Zduńskiej woli, Szadku, Pabjanicach) i Kaliskiem (Kaliszu, Tureku), podobnież w Petrokowskiem i Wielunskiem. Rozprzestrzenianie się jęj jest w ogólności w zachodnim kierunku od Warszawy, tam jest groźniejsza w sile i natężeniu i głównie między starozakonniemi. O ile Częstochowski odpust przyczynił się do roznieśienia cholery, o tyle jarmark w Łowiczu, nie poprowadził za sobą takich skutków, pomimo nagromadzenia ludzi. Kol. G r a b o w s k i sądzi z tego, iż akumulacja widocznie, nie tyle jest winną, ile o tém głoszą.

Kol. Helbich twierdzi, że w Łowiczu podczas jarmarku nie było wcale cholery, kiedy w Częstochowie była przed odpustem a i ludzie w obydwu tych miejscowościach, w zupełnie innych warunkach znajdowali się.

Kol. P ł a s k o w s k i donosi o przypadku cholery wydarzonym w szpitalu ś. Jana Bożego u idioty anemicznego, bez żadnych poprzedzających zjawisk. Przypadek ten służyć może za dowód, że cholera i bez żadnych objawów poprzedzających lub przyczyn napastować może.

Kol. M a j e w s k i sądzi, że uczucie obawy cholery, prędzej broni jak usposabia do niej, co twierdzi także i Dietl, gdyż w pierwszym razie ludzie więcej się wystrzegają.

Kol. K o r z e n i o w s k i utrzymuje przeciwnie, że właśnie pod wpływem strachu prędzej zjawia się usposobienie do gastrycyzmów, biegunki, przeto obawa właśnie prędzej do zachorowania usposabia szczególnież po użyciu następnie na-

pojów wyskokowych, jak to bardzo często się zdarza w podobnym razie.

Kol. Langowski i Helbich popierają ten wniosek, gdyż mieli w praktyce wiele osób, które tylko często pod wpływem imaginacji i obawy dostania cholery, zachorowały, naturalnie bez dalszych złych następstw. W przypadku płonicy leczonym przez kol. Langowskiego, przy ukończeniu się sprawy błonicowej w gardle utworzył się wrzód tamże, po przecięciu którego wypłynęła massa ropy. W przypadku tym w moczu było białko i krew. Kolega zastosował bańki na okolicę nérek, kalomel z jalappą, wanny parowe i siarczan chininy, poczem nastąpiło wyzdrowienie. Przy *nephritis*, kol. Langowski używa parowych kąpeli w wannie, za pomocą lampki spirytusowej ogrzewanej, co dobre skutki sprawia.

Kol. Majewski donosi, iż wbrew przewidywaniom, uroczystości obecnie w Berlinie, pomimo takiego nagromadzenia wojska i ludności, nie miały wpływu na powiększenie cholery. Owszem obecnie cholera zmniejszyła się.

Sprawozdawca (M. Malcz) odpowiada, iż fakta takie stanowią wyjątki, po wszystkie bowiem czasy, nagromadzenie i skutki z niego wypływające, wpływały przeważnie na wybuch gwałtowniejszy cholery; dość jest wziąć pierwszą lepszą książkę w nowszych czasach o choleryze napisaną aby się przekonać o tém.

W jednym z 3 przypadków cholery spotrzymanej przez siebie a ukończonych śmiercią, puls znikł w półtoręj godziny od rozpoczęcia choroby. Była to kobieta, lat 35 mająca, która zachorowała po zjedzeniu gruszek, napiciu się wody i zgniewaniu. Cholera rozpoczęła się bez żadnych objawów poprzedzających i trwała przy gwałtownych kurczach 24 godzin, a więc chora leżała w zupełnej przytomności, lecz bez pulsu 22½ godzi. Śmierć nastąpiła *in stadio algido*. Drugi przypadek podobnie *in stadio algido* śmiercią zakończył się. Trzeci z okresu reakcyi przeszedł w wyzdrowienie.

W końcu posiedzenia kol. Helbich prosi kolegów o czynienie doświadczeń z nalewką Jodową (*Tinct. Jodi*) w wymio-

tach uporczywych np. pozostałych po cholercie w okresie od-
czynu, której skutek bywa pomyślny. Kolega przepisywał
dwie krople na uncją wody. Środka tego używał jeszcze
Rademacher.

Na tém posiedzenie ukończono.

Dr. M. Malcz.

Posiedzenie 41, dnia 20. października 1866. r.

Przewodniczący kol. Natanson.

W nieobecności sekretarza, kol. Aptę odczytuje pro-
tokół posiedzenia porzedzającego, który przyjęto. Następnie:
kol. Dobieszewski odczytał obraz epidemiologiczny Kró-
lestwa Polskiego zamiesiąc wrześnień r. b.

Kol. Stankiewicz, widział koklusz, szkarlatynę, w pe-
wnym domu odrę u pięciorga dzieci, z których jedno umarło
po odrze z zapalenia płuc, a drugie w drgawkach życie za-
kończyło.

Kol. Świetlicki widział jeden wypadek typowej
cholery przy ulicy Bednarskiej. Okres ziębienia, który trwał
15 godzin, przeszedł w okres oddziaływania niezupełnego, i
chora w 18 godzin od początku choroby umarła. Kolega za-
uważał, że po wypróżnieniach obfitych przy opukiwaniu, ton
w okolicy żołądka był jasny, tak, że granicę organu można
było oznaczyć.

Kol. Dobieszewski widział dysenteriją, szkarlatynę,
zapalenia oskrzeli i gardła. Do szpitala cholerycznego w do-
mu położniczym, najwięcej chorych (4) przybyło z oddziału
obłąkanych szpitala Dzieciątka Jezus. Zdaje się, że przeby-
wanie chorych w ogrodzie i użycie przez nich surowych ja-
rzyn do tego przyczyniło się. Probował kolega środka pro-
ponowanego przez Radę lekarską, lecz bezskutecznie. Środek
ten składa się z chininy, kamfory, kwasu siarczanego roz-
cieńczonego i spirytusu oczyszczonego. Miał kolega sposo-
bność przekonać się o skuteczności chininy w okresie oddzia-
ływania.

Kol. N a t a n s o n cholery nie widział, lecz różne cierpienia gastryczne, dysenteriją, zapalenia gardła zwyczajnego i błonicowate (w tym ostatnim razie pomyślnie użyto balsamu copaivy); zapalenia oskrzeli i płuc, jako też krwotoki i skłonność do krwotoków.

Kol. A p t e w ubiegłym tygodniu cholery prawdziwej nie widział, lecz cholerynę lekką połączoną z bólem brzucha i kurczami w łydkach, dysenterję, zapalenia płuc, oskrzeli, i różne następstwa przebytej szkarlatyny, jako to wodną puchlinę, białkomocz, gruczoły podszczękowe stwardniałe, owrządzenie gardła, odleżyny.

Co do chininy używanej w choleryze to potwierdza kolega z własnego doświadczenia skuteczność jej w okresie po cholerycznym, lecz zadawał ją zawsze w formie lawatyw.

Za Sprawozdawcę, Dr. A p t e.

Nowe dzieła.

Étude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement, par Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, avec la collaboration de Z. Roussin, professeur agrégé à l'École impériale de médecine du Val-de-Grâce, pour la partie de l'expertise médico-légale relative à la recherche chimique des poisons. Paris, 1867. Un vol. in-8° de 1072 pages, avec 2 pl. et 53 fig.— Prix: 12 fr. — Chez J. B. Baillièrre et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille.

De la phthisie pulmonaire. Étude anatomo-pathologique et clinique, par M. Hérard, médecin de l'hôpital Lariboisière, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, etc., et M. V. Cornil, chef de clinique de la Faculté de médecine, lauréat de l'Académie de médecine, etc. Un vol. in-8° de 750 pages, avec 27 figures intercalées dans le texte et 3 planches tirées en chromo-lithographie.— Prix: 10 fr. Germer-Baillièrre, libraire.

OBRAZ EPIDEMIOLOGICZNY

KRÓLESTWA POLSKIEGO

w miesiącu styczniu 1867 roku.

Oddziałowi higieny publicznej i epidemiologii Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego nadesłali swe spostrzeżenia:

Z gubernii Warszawskiej: z m. Warszawy oddział epidemiologiczny W. T. L., sprawozdawca dr: Apte; z m. Jadowa dr. Bokiewicz; z m. Kałuszyna dr. Dudrewicz; z m. Minska dr. Komaniewski; z m. Grojcy dr. Babczyński.

Z gubernii Kaliskiej: z m. Konina dr. Grekowicz, dr. Grodnicki, dr. Kosztulski; z m. Koła, dr. Koellner; z m. Łęczycy, dr. Sztam; z m. Szadku, dr. Kaczkowski; z m. Wielunia, dr. Grabowski, dr. Kontkiewicz.

Z gubernii Petrokowskiej: z m. Tomaszowa Rawskiego, dr. Markiewicz; z m. Rawy, dr. Zagórowski; z m. Łodzi, dr. Sterzel; z m. Częstochowa, dr. Muliewicz; z m. Żarek, dr. Szklarski; z m. Bendina, dr. Pilecki.

Z gubernii Radomskiej: z m. Radomia, dr. Rewoliński, dr. Brudzyński, dr. Kwaśniewski, dr. Klecki, dr. Chocianowski; z m. Opoczna, dr. Wawnikiewicz; z m. Szydłowca, dr. Ronthal

Z gubernii Kieleckiej: z m. Kielc, dr. Andrzejewski, dr. Sulicki, dr. Łuszczkiewicz; z m. Miechowa, dr. Buchner.

Z gubernii Lubelskiej: z m. Lublina, dr. Schmidt; z m. Nowo-Alexandryi, dr. Pasiutewicz; z m. Kazimierza, dr. Rodcewicz; z m. Biełgoraja, dr. Piramowicz; z m. Szczebrzeszyna, dr. Barok; z m. Hrubieszowa, dr. Krajewski.

Z gubernii Siedleckiej: z m. Siedlec, dr. Korabiewicz; z m. Węgrowa, dr. Wyszomirski; z m. Sterdyni, dr. Rosicki; z m. Sokołowa, dr. Maleszewski; z m. Włodawy, dr. Smorzewski; z m. Międzyrzeca, dr. Stano, dr. Kozłowski; z m. Łukowa, lekarz powiatu Łukowskiego.

Z gubernii Płockiej: z m. Lipna, dr. Mikuliński; z m. Sierpca, dr. Strzelbicki.

Z gubernii Łomżyńskiej: z m. Łomży, dr. Popławski; z m. Pułtuska, dr. Wasiewicz; z m. Makowa, dr. Darski; z m. Ostrołęki, dr. Łazowski; z m. Kolna, dr. Tymiński.

Z gubernii Suwałskiej: z m. Kalwaryi dr. Zaleski; z m. Maryampola, dr. Smólski.

Oprócz tego nadesłali bardziej szczegółowe spostrzeżenia meteorologiczne: dr. Barok z Szczepieszyna; dr. Pasiutewicz, z Nowo-Alexandryi; dr. Łazowski, z Ostrołęki; p. Bruzendorff, z Radomia.

Odpowiedzi na zapytanie co do epidemii cholery nadesłali: dr. Szklarski, z Bendina; dr. Strzelbicki, z Sierpca; dr. dr. Markiewicz, z Tomaszowa Rawskiego; dr. Smorzewski, z Włodawy; dr. Wyszomierski, z Węgrowa; dr. Maleszewski, z Sokołowa; dr. Piramowicz, z Białgoraja; dr. Pasiutewicz, z okręgu Kazimirskiego; dr. Zaleski, z Kalwaryi; dr. Koellner, z Koła; dr. Darski, z Makowa; dr. Łazowski, z powiatu Ostrołęckiego; dr. Buchner, z pow. Miechowskiego; dr. Pilecki z Konska; dr. Wawnikiewicz, z pow. Opoczyńskiego; dr. Babczyński, z Grojcy; dr. Mikuliński, z Lipna; dr. Zawistowski, z Kozienicy.

Zbyt późno przybyły niektóre sprawozdania z poprzedniego miesiąca i dla tego do ułożenia obrazu epidemiologicznego za miesiąc grudzień r. z. użyte już być nie mogły, a mianowicie: dr. Filipowskiego z Ks. Łowickiego; dr. Zawistowskiego z Kozienicy; dra Mikulińskiego z Lipna; dra Billinga z Sieradza; dra Sztama, z Łęczycy; dra Strzelbickiego z Sierpca; dra Szpota, z Sandomira; dra Tymińskiego z Kolna, dra Andrzejowskiego, z Kielc.

Dla tego Oddział uprasza swych korespondentów, ażeby koniecznie w *pierwszych dniach miesiąca* odsyłali swe spostrzeżenia, tak iżby przed 15 dojść mogły do Warszawy, i posłużyć jako materyał do układania ogólnego obrazu.

Załowac wypada, że niektóre miasta nawet gubernialne jak Kalisz, Petróków, Płock, Suwałki i inne ważne miejscowości jak Włocławek, Nieszawa; Krośniewice, Sochaczew, Wiskitki, Gostynin, Skierniewicy, Ozorków, Radomsk, Mława, Prasnysz, Augustów, Sejny i inne nie są reprezentowane przez

lekarzy, którym ta wspólna praca około ogólnego dobra obojętną być nie powinna. Wszyscy korespondenci Oddziału otrzymywać będą regularnie bezpłatnie obraz epidemiologiczny Królestwa za każdy miesiąc.

Razem oddział otrzymał 53 doniesień, z których następujące wyciągnąć można spostrzeżenia:

Miesiąc styczeń r. b. był niepogodny, dżdżysty, śnieżny, jednak co do temperatury łagodny, średnia temperatura wyższa od normalnej o $1,6^{\circ}$ R. wynosi — $2,3^{\circ}$ R.; najwyższa + $4,4^{\circ}$ R. (d. 16.) najniższa — $13,6^{\circ}$ R. (d. 7.); temperatura bardzo zmienna, gdyż cztery razy w ciągu miesiąca to podnosiła się powyżej zera to spadała pod tę granicę w ciągu kilku dni. Największa zmiana dzienna przypadła z dnia 23 na 24 wynosiła $11,2^{\circ}$ R. podczas przejścia księżyca przez równik niebieski. Barometr w ogóle utrzymywał się nisko; max. 28 c. 1,01 l. p.; min. 27 c. 1,30 l. p. średnia 27 c. 6,04 l. p. o 3,07 l. p. mniejsza od normalnej; największa zmiana dzienna 5,30 l. p. (d. 7). Wilgotność 98,7 większa o 4,2 od normalnej. Wiele deszczu i śniegu. Wiatr zmienny, najczęściej zachodni.

Zgodnie z odwiecznym doświadczeniem, temperaturze zmienną i wilgotną odpowiada przewaga *chorób kataralnych*. Doniesienia wszystkie na pierwszym miejscu, jako głównie panujące podają katary nosa, gardła, krtani, oskrzeli i przewodu pokarmowego. W wielu miejscach głównie cierpieniem tym dotknięte były dzieci, u niektórych katar przewodów oddechowych przybierał nieraz groźną postać, a niekiedy przechodząc w zapalenie drobnych rozgałęzień oskrzelowych powodował tak zwaną *bronchitis capillaris* z zejściem śmiertelnym (Sz t a m), albo sadowiąc się w krtani naśladował krup (M a r k i e w i c z). Szczególnie niebezpieczną była ta choroba dla osób gruźlicą dotkniętych, lub cierpiących na rozedmę płucną (S t a n o, K o z ł o w s k i) powodując u jednych krwotoki płucne, wzmoczenie gorączki lub zapalenie roztopne, u drugich gwałtowne napady astmatyczne.

Na temże tle rozwijający się *koklusz*, w niektórych miejscowościach bardzo silnie panujący (Konin, Koło, Maryampol) niekiedy nawet złośliwy (Mińsk) wywoływał kongestyę do głowy, obszerne krwi występy mianowicie na spojówce oka, a przez powikłania z zapaleniem oskrzeli lub płuc bywał niebezpieczny. W ogóle uporczywy i długotrwały. W innych

miejscach zaznaczają zmniejszanie się liczebne téj choroby (Tomaszów Rawski, Kazimierz, Maków).

Kataralne zapalenie oczu tu i owdzie liczniej występowały rzadko bardzo wyradzały się w złośliwy śluzotok.

Katary przewodu pokarmowego niemniej licznie pojawiały się od katarów piersiowych. Przeważnie występowały w południowej części Królestwa, często połączone były z katarzem przewodów żółciowych (Piramowicz), a zatem i z żółtaczką kataralną, czasem głównie objawiały się biegunką (Łęczycza) mianowicie u dzieci uporczywą, a czasami niebezpieczną; w innych razach wyradzała się z niej *dysenterya* (Muliwicz).

W gubernii Lubelskiej obserwowano *cholerynę* (Krajewski), a mianowicie w Nowo-Alexandryi, w Lublinie i w Hrubieszowie. W dwóch tych miejscowościach objawiła się również *cholera azyatycka*. W Hrubieszowie od d. 18 grudnia r. z. i trwa dotąd; od początku epidemii było chorych 80. W Lublinie pokazała się dnia 22 b. m. w dolnej części miasta pomiędzy starozakonnymi. Do dnia 2 lutego było chorych 23, z tych umarło 7, wyzdrowiało 6. Z dniem 2 lutego otworzono szpitale choleryczne dla chrześcian i starozakonných, w których kolega Schmidt od którego mamy te wiadomości, zastał po jednej kobiecie *in studio algido* i z właściwemi téj chorobie wypróżnieniami.

Częstą w miesiącu styczniu chorobą były *reumatyzmy*. Kolega Markiewicz (Tomaszów Rawski) donosi: „że choroba ta, (*rheumathritis acuta*), której w roku zeszłym zaledwie kilka przypadków zdarzyło się widzieć, od połowy grudnia r. z. występuje bardzo często dotykając głównie małoletnie osoby szczególnież dziewczęta i prowadząc za sobą we wszystkich przypadkach zapalenia błon surowicznych; w drugiej jednak połowie stycznia coraz mniej występowała.“ Widziano oprócz tego reumatyzmy stawowe w Łęczycy, w Kielcach, Sokołowie, Międzyrzeczu, Kolnie i w Maryampolu.

Reumatyzmy mięśniowe i *reumatalgie* czyli reumatyzmy pni i gałęzi nerwowych licznie panowały w Mińsku i w Grojcach; w Tomaszowie Rawskim widziano je głównie u hutników

i ludzi w polu pracujących; w Nowo-Alexandryi, Białgoraju, Węgrowie najczęściej spostrzegano zajęcie pni nerwowych szczególnie nerwów twarzowych i to u kobiet. Jako środka bardzo skutecznego używano w Warszawie kąpeli parowych w wannie, za pomocą lampki spirytusowej lub kamienia rozpalonego przyrządzanych. Kąpiele te jeszcze silniej działają, jeżeli chory przed wejściem do wanny wytrze członki olejkim terpentynowym. Ma się rozumieć, że w tym razie unikać należy lampki spirytusowej, a raczej użyć gorącego kamienia.

Przy częstych katarach dróg oddechowych niedziwna, że widziano bardzo liczne *zapalenia płuc*, jużto same przez się, jużto połączone z *zapaleniem opłucnej*, już też same zapalenia opłucnej z obfitym niekiedy wysiękiem. W większej liczbie doniesień charakteryzują te zapalenia jako łagodne nie pociągające za sobą niebezpieczeństwa; w niektórych jednak miejscach (Lublin, Sterdyń) widziano liczne zejścia śmiertelne. Kolega *Markiewicz* uważał między hutnikami przypadki *pneumoniae cruposae*.

Zapalenia kiszek widziano w Jadowie i w Mińsku.

Zapalenia nerek jużto samoistne (*Smorczewski* w Włodawie 15 przypadków) jużto jako następstwo płonicy, niewłaściwie chorobą *Brighta* mianowane, były dosyć częste.

Zapalenia opon mózgowych u dzieci widziano często w Warszawie i w Międzyrzecu.

Zapaleniu gardła (angina parenchymatosa) bardzo groźne spostrzegano w Częstochowie; w Tomaszowie zaś *Rawskim* objawiały się zapalenia gruczołów szyjnych łatwo w roztop przechodzące.

Zimnice w wielu miejscach objawiają się, ale nieliczne. Najczęściej są maskowane, z niewyraźnymi paroksyzmami, uporczywe i wymagają wielkich wziętków chininy.

Gorączka tyfoidalna, tyfus brzuszny na bardzo rozległej pauzuje przestrzeni i bardzo licznie występuje po największej części niebezpieczny. W przebiegu obserwowano paroksyzmy i zwolnienia naśladujące zimnicę; w początku ból głowy i wymioty, następnie silne poty (*Babczyński*), w innych razach towarzyszy biegunka i dysenterya, tudzież krwotoki z nosa

(Muliawicz), niekiedy widziano krwotoki z kiszek, z płuc, nagłą śmierć na wysokości choroby (M a r k i e w i c z). Prawie wszędzie widziano powikłanie z zadrażnieniem oskrzeli. W Łęczycy dużo na tę chorobę zapadało dzieci. W Międzyrzecu częste były zejścia śmiertelne. W Kazimierzu choroba ta licznie wzrasta.

Nie tak rozległe panuje, ale może niebezpieczniejszy bywa *tyfus wysypkowy*, o którym donoszą z Częstochowa, Radomia, Hrubieszowa, Sterdyni, Włodawy, Międzyrzeca, Lipna, Kolna i Ostrołęki. W Częstochowie wysypka była petociowa, częściej zapadły na tę chorobę kobiety, dzieci od 8 roku życia stanowiły $\frac{1}{4}$ część chorych, kilka razy przystępowało obrzmienie gruczołów przyuszných. Śmiertelność jednak bardzo mała (M u l i e w i c z). W kilku wsiach w okolicy Sterdyni (gub. Siedlecka) tyfus wysypkowy był tak częsty, że większa część tamecznej ludności, całymi domami, nie wyjąwszy dzieci była nią dotknięta; charakter jednak niezbyt złośliwy (R o s i c k i). W Kolnie liczba chorych wzrasta.

Z Opoczna kolega W a w n i k i e w i c z donosi o częstych przypadkach *febris recurrentis*, nie dodając opisu choroby ani statystycznych szczegółów.

Z chorób wysypkowych na szczególną uwagę zasługuje *ospa rodnia*. W roku zeszłym spostrzegano ją głównie na prawym brzegu Wisły. Dziś pojawia się w okolicach Jadowa, w Częstochowie, Kielcach, Lublinie, Nowo-Alexandryi, w Kazimierzu, Hrubieszowie (od roku ciągle trwa) Siedlcach, Sokółowie, Sterdyni, Międzyrzecu, Łukowie i Łomży. Widzimy, że oprócz Częstochowa i Kielc, wszystkie inne miejscowości leżą po prawej stronie Wisły. Najczęstsze są wzmianki, że najliczniej chorują uieszczeni z czego wnosić można, że po prawej stronie Wisły szczepienie ospy mniej jest pospolite niż po lewej. We wsiach do gminy Mienia należących (pod Jadowem) ospa powstała w drugiej połowie grudnia r. z. dotknęła 2 dorosłe osoby i 67 dzieci, od roku do 16 roku życia. Z tych wyzdrowiało 44, umarło dzieci 14, dorosły 1; pozostało chorych dzieci 9, dorosły 1. Z liczby zmarłych 14 dzieci żadne nie miało szczepionej krowianki (K o m a n i e w s k i). W ogóle

ospa jest dość łagodną, w Kałuszynie ustała, w Lublinie się zmniejsza. Natomiast w Sterdyni coraz bardziej się sroży i powoduje znaczną śmiertelność. W tych samych miejscach spostrzegać się daje *ospa złagodzona* i *ospa wietrzna*.

Płonica (scarlatina) wszędzie prawie się zmniejsza tak co do częstości jako i co do natężenia. Często jednak jeszcze pojawia się po niej zapalenie nerek jako następstwo, białkomocz i puchlina ogólna. Tu i owdzie towarzyszy błonicowe i zgorzelinowe zapalenie gardła, niekiedy obrzmienie gruczołów powoduje śmierć przez uduszenie, bez zropienia gruczołów (M u l i e w i c z). W Miechowie prawie wszystkie przypadki przedstawiały wysypkę niewyraźną i krótkotrwałą, czasem nawet zupełny brak wysypki, przebieg przytem pomyślny (B u c h n e r).

Odra natomiast szerzy się, a w niektórych miejscach jest bardzo groźną. W Bielej pod Rawą liczne były zejścia śmiertelne; jako miejsca bardzo tą chorobą dotknięte notujemy Lipno i Kolno. W tém ostatniem miejscu i w okolicy było przeszło 300 chorych dzieci na odrę i połowa prawie umarła (T y m i ń s k i). W Sterdyni odra ustaje. W Jadowie kol. B o k i e w i c z widział wysypkę pośrednią między odrą, a płonicą i odróżnia ją mianem *kur*.

Rożę (erysipelas) w bardzo wielu widziano miejscach, najczęściej na twarzy, częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn. Charakter łagodny.

Mumps widziano często w Warszawie, Mińsku, Szadku, Białgoraju i Włodawie (jednocześnie 6 przypadków).

W wielu miejscach występuje *krup*, w Miechowie bardzo gwałtowny, po większej części śmiercią kończący się (B u c h n e r). Najwięcej dotyka południową część Królestwa; widziano go jednak w Koninie, w Kole, w Kałuszynie i w Kolnie.

Błonica (diphtheritis) w tych samych prawie miejscach się pojawia; widziano ją też w Łomży. Donoszą, że przebieg ma nie bardzo złośliwy. W Warszawie doświadczoneo dobrego skutku z zasypywania kwiatu siarczanego w gardło; który równie dobrze skutkuje w błonicy występującej podczas szkarla-

tyny. Kolega Smorczewski w takich razach widział dobre skutki z pęzłowania węglanem lityny.

W Grojcach widziano jeden przypadek *noma* i jeden *czarnej krosty*. Pleśniawki (*aphthae*) spostrzegano w Kazimierzu i w Pułtusk.

Z chorób epizootycznych donoszą o *księgosuszu* w Jadowie, Lublinie i Łukowie, wszędzie wprowadzonym przez bydło stepowe. W Łukowie z 20 sztuk chorych padło 14.

Warszawa dnia 15 lutego 1867 r.

Dr. Natanson.

Nowe dzieła.

Hirschfeld Lud. Opis układu kostnego i stawowego (osteologia i arthrologia) wraz z uwagami fizyologicznymi. Tom I, zeszyt 2 i 3. Warszawa r. 1867.

De l'influence des climats sur l'homme et des agents physiques sur le moral, par le docteur p. Foissac. 2 beaux volumes in 8 de 1,300 pages. — Cena: 15 fr.

Traité expérimental et clinique de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux, par le docteur L. Ollier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Deux volumes in-8°, avec 9 planches gravées sur cuivre et 45 figures intercalées dans le texte. — Cena: 30 fr. Librairie Victor Masson et fils, place de l'École-de-Médecine.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales; suite et complément de tous les Dictionnaires, par M. P. Garnier, docteur-médecin, rédacteur de l'Union Médicale, précédé d'une Introduction par M. le docteur Amédée Lator. Troisième année, 1866. Un vol. in-18 de 550 pages.— Cena: 6 fr.

De l'oeil, notions élémentaires sur la fonction de la vue et ses anomalies, par le docteur Giraud-Teulon, élève de l'École polytechnique. Un vol. in-12 de 160 pages, avec figures dans le texte.— Cena: 2 fr.

ROZMAITOŚCI.

Wyroby anatomiczne profes. Tejhmana, przeznaczone na tegoroczną wystawę powszechną w Paryżu. Przegląd lekarski Krakowski w Nr. 5 donosi: „że w jednej ze sal klinicznych ustawione są tymczasowo wyroby anatomiczne prof. Tejhmana, zanim na Wiedeń do Paryża wyprawione będą. Wzbudzają one podziw nie tylko znawcy, ale każdego mającego upodobanie w misternych wytworach sztuki. Trudno uwierzyć aby trupy i ścierwa dostarczyć mogły tak pięknych, tak ponętnych nawet dla oka przedmiotów. Z pierwszego wejrzenia rozróżnić się dają, 3 główne działy. Pierwszy najliczniejszy obejmuje kości, drugi nastrzyknięte naczynia krwionośne i chłonniczne na częściach ciała ludzkiego rodziméj wielkości; trzeci okazy najdrobniejszych nastrzyknięć, umieszczone na szkiełkach pod mikroskop. Z kości odznaczają się przekroje czaszkowe podłużne i poprzeczne, oraz z odjętą blaszką zewnętrzną dla ukazania układu zębów w zębodołach różnych zwierząt. Niemniej zajmujące są i inne działy. Szereg porównawczy okazów, obejmujący przebieg przewodu piersiowego (*ductus thoracicus*) u różnych zwierząt; odnogi górne i dolne z nastrzykniętymi aż do najdrobniejszych rozgałęzień naczyniami krwionośnymi i chłonicznymi. Wiadomo, (pisze Przegląd lekarski), że w sztuce nastrzykiwania drobnych naczyń, prof. Tejhmann jest mistrzem niezrównanym, podziwianym przez najslawniejszych anatomów, a mianowicie przez prof. Hyrtl'a.“

U nas w Warszawie preparaty pod mikroskop z nastrzykniętymi naczyniami przez profes. Hoyer'a przygotowane, nic do życzenia niepozostawiają, a bardzo liczny zbiór szkiełek także mógłby się ubiegać o palmę pierwszeństwa.

Ilość rozdanych sztucznych odnóg kalekom po ostatniej wojnie domowej w Stanach półn. Ameryki. Za dowód jak wielką liczbę kalek przysporzyła społeczeństwu ostatnia wojna domowa w Ameryce i jak mało przytem naruszyła dobrobyt Stanów Zjednoczonych postużyć może okoliczność, że według urzędowych wykazów wydział lekarski armii ółnocnej amerykańskiej do maja r. z. udzielił inwalidom następującej ilości członków sztucznych: 2134 odnóg górnych, 3784 dolnych, 144 rąk, 9 nóg i 104 innych przyrządów, ktore kosztowały 357,000 talarów amerykańskich. (Przeгляд lekarski nr. 5).

Towarzystwo lekarzy czeskich w Pradze, Na 178 posiedzeniu Tow. lekar. czeskiego pód przewodnictwem vice-prezesa dra Ejselta, dr. Staniek okazał kamień płucny, nadesłany przez dra Rybickę z czeskiej Trzebini który chora wykaszlała. Taż sama chora nieco dawniej podobny kamień już raz wycharknęła. Nadto dr. Staniek przedstawił zebrany drugi kamień płucny, do okazywanego zupełnie podobny, lecz nieco od niego większy, jaki przed kilku laty wykaszlał prof. J. Purkynie.

Czescy lekarze prazkiego fakultetu własnym kosztem wysyłają jednego z członków swego grona, na powszechną wystawę w Paryżu. Przykład godzien naśladowania! (Czasopis lekarzów czeskich nr. 5).

W nr. 4 *Czasopisu lekarzów czeskich* w odpowiedzi na list dr. Starkla z Tarnowa czytamy: „Cieszymy się z polskiej lekarskiej terminologii; będziemy z niej wybierać czego u nas niedostaje lub co byśmy u Polaków lepszego znaleźli.“

N e k r o l o g j a .

Dr. Placer Bolesław, krakowianin, były lekarz szpitala ś. Konstancyi w Maciejowicach, a ostatnio w mieście Stanisławowie w Galicyi zamieszkały, zmarł tamże dnia 11 lutego b. r. Ś. p. Placer złączony związkami familijnymi z Warszawą, niejednokrotnie tu przebywał. Prace swoje ogłaszał w Przegładzie lekarskim Krakowskim. Żył lat 30.

SPRAWOZDANIE
Z CZYNNOŚCI KLINIKI CHIRURGICZNEJ
istniejącej przy Wydziale Lekarskim
SZKOŁY GŁÓWNEJ WARSZAWSKIEJ
ZA ROK 186⁵/₆,

napisał Dr. Stanisław Wiłkowski b. Assystent Kliniki chirurgicznej,
uzupełnił Professor Kliniki Dr. Le B r u n.

(Dokończenie).

Dnia 23 kwietnia przywieziono do kliniki 38 letniego mężczyznę z profesyi dekarza, który reparaując dach spadł na ziemię, skutkiem czego uległ tak silnemu potłuczeniu, iż podnieść się nie mógł. Kończyna dolna prawa była skrócona, stopa wykręcona na zewnątrz, udo łukowato wygięte, obrzmiałe, ruchy czynne niemożliwe, krepitacya w środku kości udowej wyraźna. Ręka prawa wygięta ku wewnątrz, lecz po nad stawem nadgarstkowym na stronie zewnętrznej rana podłużna parę cali długa, przez którą wystają na zewnątrz końce stawowe obu kości przedramienia, powierzchnie ich są równe, gładkie, pokryte chrząstkami, lecz wyrostek rylcowy, kości promieniowej, jest odłamany, krwawienie niezbyt wielkie, okolica rany bolesna i obrzmiała, ruchy palcami możliwe. Chory skutkiem utraty krwi osłabiony, prócz bólu w miejscach obrażonych na nic się więcej nie skarży, gorączka bardzo mała. Było tu zatem złamanie uda proste, oraz zwichnienie ręki skomplikowane z raną zewnętrzną i wyjściem kości na zewnątrz. Wypadek ten, w którym staw był rozdarty i końce obu kości przedramienia wystąpiły, na pierwszy rzut oka zdawał się dawać wskazanie do niezwłocznej amputacyi przedramienia, wszakże professor kliniki ze względu, że mięśnie, ścięgna, naczynia większe i nerwy nie były uszkodzone, że prócz odłamania wy-

rostka rylcowego całość skieletu kończyny nie była więcj uszkodzona, że stan ogólny chorego był stosunkowo dobry, zamierzył nateraz poprzestać na odłożeniu zwichnięcia z zastrzeżeniem przystąpienia później do amputacji, gdyby tego zasza potrzeba. Po zachloroformowaniu zatem chorego dla zniesienia kontrakcyi mięśniów, które pociągając nadgarstek w górę utrudniały odłożenie, końce stawowe przedramienia odprowadzone zostały na właściwe miejsce, poczem opatrzone ranę zewnątrz suchą szarpią i nałożono na rękę opatrunek łupkowy. Złamane udo ujęto w opatrzenie z łupek i ułożono na równi pochyłj, zaleciwszy ciągłe okłady zimne.

Nie wysza nam na dobre chęć uratowania ręki zwichniętj, bo po jēj nastawieniu rozwinęło się gwałtowne zapalenie stawu, które pomimo przeciw zapalnego leczenia udzieliło się częściom miękkim przedramienia i pociągnęło za sobą zniszczenie tkanki łącznej między-mięśniowej, tak zwane *phlegmone diffusum* zajęło całe przedramię a ręka cała przeszła w gangrenę. Stan ogólny chorego znacznie się pogorszył: dreszcze, gorączka, bezsenność, majaczenia i inne objawy zapaleniom gangrenowym właściwe smutny rokowały koniec. Ostatnia nadzieja pozostawała w odjęciu kończyny powyżej łokcia, co też prof. kliniki skutecznił w dniu 3 maja, a zatem w 10 dni po przybyciu chorego do kliniki. Po operacyi chory był niespokojny, rzucał się na łóżku, zerwał opatrunek, po odrywał ligatury, skutkiem czego powstał gwałtowny krwotok z tętnicy ramieniowej, którą trzeba było na nowo podwiązać. Noc przeszła dosyć spokojnie, nazajutrz chory czuł się lepiej. Ropienie wystąpiło dopiero piątego dnia po operacyi; tegoż dnia na udo złamane, które dotąd w łupkach spoczywało na równi pochyłj, nałożono opatrunek gipsowy. W parę dni potem cała powierzchnia rany po amputacyi pokryła się granulacyami, które jednak były atoniczne blade, pieniek kostny niepokryty sterczał w ranie. Od operacyi stan ciągle był bezgorączkowy, dopiero dziewiątego dnia po takowej wystąpiły silne dreszcze, ciało było rozpalone, język obłożony, puls 120 na minutę, niesmak, pragnienie, ból głowy. Pomimo poda-

wania chininy po kilka gran dziennie, stan taki trwał bez zmiany przez dni 4 w ciągu których dreszcze kilkakrotnie się powtarzały; rana wszakże przedstawiała jeszcze wejrzanie dobre. Dnia 17 maja znaleziono w niej ropienie posokowate, brzegi rany czerniejące, powierzchnia - pokryta zgangrenowaną tkanką, gorączka wzmożona, dreszcze kilkakrotne w ciągu dnia, język suchy, grubą warstwą żółtawego okładu pokryty, palące pragnienie, cera żółtawo ziemista, nocą deliria, na ciele sinawe plamy, upadek sił. W tym stanie chory przeżył znowu dni 4. Dnia 21 maja nieprzytomność, deliria ciągłe, carpologia, rysy zmienione, *subsultus tendinum*, i wieczorem śmierć. Przy sekcji znaleziono: oba płuca płynem nasiąknięte, przekrwione, w mięszu ich liczne ropnie z rozpadnięcia ognisk embolicznych powstałe. Serce powiększone. Wątroba powiększona i stłuszczone, w mięszu jój znaczna ilość takichże ropni, jak w płucach, wielkości od ziarnka grochu do orzecha włoskiego, obwódkami szarozielonemi otoczonych. Śledziona nadzwyczaj powiększona, do wielkości połowy głowy dorosłego człowieka dochodząca; w żołądku i kiszkiach ślady chronicznego kataru, nerki przekrwione, substancja korowa zanikła. Rana po amputacji zgangrenowana, kość ramieniowa na pół cała obnażona, sterczy na jój powierzchni, w żyłach kończyny amputowanej żadnych skrzepów. Po odkryciu miejsca złamania uda, znaleziono oba końce złamania na przestrzeni około paru cali z okostnej obnażone, znekrosowane, kostniny ani śladu. Na około rozległe ognisko zapalne, wypełnione brudną posokowatą cuchnącą materią, w żyłach niektórych tój okolicy skrzepy po części w stanie rozpadania. W sercu i naczyniach krew czarna, smolista, płynna, lipka.

Amputacja sutki dopełnioną była u pewnej 48-letniej kobiety, w skutek przerodzenia rakowatego w gruczole sutkowym. Guz który się zaczął tworzyć przed siedmią laty, wra-
stając powoli doszedł w końcu wielkości średniego melona, poprzednio twardy, na dwa tygodnie przed przybyciem do szpitala zaczął mięknać, czemu towarzyszyły silne bóle kłujące w piersi, przy uciskaniu dawał uczucie wyraźnej fluktuacji, skóra na nim u podstawy przesuwalna, u wierzchołka zaś

z guzem zrośnięta, sinawo brunatna, przechodząca w gangrenę. Wielkość guza który zajmował nietylko sam gruczoł, lecz rozszerzył się już na tkankę łączną całej sutki, oraz gangrena skóry na przedniej jego części, czyniły niemożliwym ograniczenie się na jego extyrpacji, lecz zmuszały do przedsięwzięcia amputacji sutki. W tym celu objęto sutkę niedaleko od podstawy, dwoma cięciami kolistymi poprowadzonymi w skórze od wewnątrz ku zewnątrz, następnie odpreparowano skórę i oddzielono podstawę guza od klatki piersiowej, przyczem z powodu zrośnięcia jego z mięśniami piersiowymi, część takowych wraz z guzem wyciąć było potrzeba. Po zbadaniu odjętego nowotworu okazało się, że substancja jego była twarda, przy krajaniu trzeszcząca, na przekroju dawała wejrzenie perlowej macicy. W środku guza bliżej przedniej powierzchni znajdowała się jama wielkości cytryny, napełniona materią brudną, posokowatą, cuchnącą, z rozpadu przerodzonej tkaniny pochodząca, koło niej kilka podobnych jam, lecz mniejszych nieprzechodzących wielkością laskowego orzecha, i z główną jamą komunikujących; nadto w średniej części znajdowała się torbiel wielkości kurzego jaja, płyn surowiczy w sobie zawierająca, prawdopodobnie z rozszerzenia przewodu mlecznego powstała. Substancja przerodzona pod mikroskopem okazywała w przewodzie utkanie włókniste z małą ilością komórek. Był tu więc tak zwany rak twardy (*scyrrhus*). Po operacji podwiązano kilka średniego kalibru tętnic, brzegi rany w części połączono szwami węzełkowemi, w części zaś powierzchnię jej wysłano szarpią. W kilka godzin po operacji w skutek niespokojnego zachowania się chorój i naruszenia zapewne ligatury miał miejsce krwotok, który jednak łatwo dał się zatamować za pomocą nacisku. Dalszy przebieg był nadspodziewanie pomyślny. Tak rozległe bowiem rozprzestrzenienie się choroby, nie dawało z razu nadziei pomyślnego rezultatu i budziło obawę co do recydywy. Tymczasem po przejściu krótkotrwałej gorączki traumatycznej, rana szybko oczyszczała się zaczęła, w tydzień przy starannem opatrywaniu szarpią spirytusowaną cała jej powierzchnia była już oczyszczoną i pięknymi granulacyami pokrytą, zabliznianie od brzegów postępo-

wało, jednocześnie stan ogólny szybko się poprawiał i w 6 tygodni po operacji, z raną zupełnie zagojoną, chora opuściła klinikę.

Dnia 19 maja przybył do kliniki pewien 50-letni włościanin, który jeszcze pod koniec roku 1865 dostrzegł tworzący się na końcu prącia mały, twardy, z początku niebolesny guziczek, który stopniowo się powiększał i rozszerzył tak, iż po kilku miesiącach i w czasie przyjęcia chorego do kliniki żołądź była obrzękła, bolesna, a z pod napletka sączyła się posokowata smrodliwa ropa, ciała jamiste były w stanie normalnym, gruczoły pachwinowe nieobrziałe, stan ogólny dobry. Po przecięciu napletka i odkryciu żołądź, takowa przedstawiła się pod postacią przerodzonego grzyba, twardej nierównymi wyrostami pokrytego, na przedniej powierzchni owrzodzenie szerokie, posoką cuchnącą pokryte. Wygląd wrzodu, rodzaj ropienia, oraz objawy poprzednie niepozostawiały wątpliwości co do przerodzenia rakowatego. Usunięcie więc części chorób było nieodbycie wskazanem i dla tego dnia 22 maja dopełniono *amputację prącia* w miejscu przejścia żołądź w ciała jamiste za pomocą odgniatacza (*ecraseur*) którego pętlę podsunęto pod przecięty napletek, aż do rówka ograniczającego podstawę żołądź. Chory był zachloroformowany, operacja trwała blisko kwadrans, co 4 minuty ściągano pętlę odgniatacza. Na drugi dzień trochę gorączki, napletek i pozostała część prącia obrzmałe, obrzmienie to zwiększało się dni następnych. Dnia 25 maja wystąpiły kilkakrotne dreszcze, gorączka wzmogła się, chory doznawał silnych bólów w prąciu i dolnej części brzucha; rana przeszła w gangrenę i smordliwą wydzielala posokę. Nic wstrzymać nie zdołało postępu tego smutnego kierunku choroby. Stan ogólny chorego co chwila pogorszał się i po kilkodniowym walczeniu z ogólnem zakażeniem krwi uległ septicemii. Przy sekcji znaleziono w ciałach jamistych płyn posokowaty, w sercu i naczyniach krew czarną mazistą, cuchnącą, nieskrzepioną.

Trzy *resekcje kości szczękowej dolnej* wskazane były: raz z powodu skurczenia bliznowego szczęk, a dwa razy w skutek sarkomatycznego ich przerodzenia. Pierwszy wypa-

dek miał miejsce u 18-letniej dziewczyny, która przybyła do kliniki dnia 21 lutego. Przed dziesięcią laty chorowała, jak twierdzi, na jakąś ciężką chorobę gorączkową, po przejściu której część prawego policzka zczerniała i odpadła, a utworzona w tem miejscu blizna ściągnęła się tak, iż tamowała zupełnie ruchy szczęk. Było to zapewne tak zwane *noma*; bliższe obejrzenie okolicy chorób przekonało: że koło prawego kąta ust była utrata części miękkich, mianowicie kąta warg oraz policzka, przezco wargi niedomykają się, lecz pozostaje pomiędzy nimi szczelina, przez którą wyglądają zęby trzonowe. Brzegi szczeliny przedstawiają białą twardą bliznę, ściągnającą szczęki tak silnie, iż roztworzenie ich ani dobrowolnie ani siłą nie daje się uskuteczyć, żucie pokarmów stałych niemożliwe, chora karmić się musi tylko pokarmami płynnymi, które wlewa sobie do ust pomiędzy zębami. Usunięcie tego kalectwa i połączonych z niem dolegliwości mogło nastąpić jedynie przy pomocy operacji, przez oddzielenie blizny policzkowej od zrosniętych z nią głębszych tkanek. Professor Korzeniowski w czasie tym zastępujący profesora kliniki, po rozpoznaniu bliższem stanu rzeczy uznał, że jedynie przez wypiłowanie części kości szczękowej, z którą blizna silnie zrosniętą była, można będzie części miękkie należące odpreparować i zbliżyć, a dla samej szczęki swobodniejszy ruch pozyskać. W tym więc celu dnia 26 lutego przystąpił do operacji. Naprzód starał się małym nożykiem oddzielić pozostałą część policzka od dziąseł, gdy jednak pomimo zrobionych cięć, z powodu zbytcej rozległości przyrośnięcia, nie mógł się dostać do zdrowych tkanin, niepozostawało jak przystąpić do resekcji kości. Poprowadził więc cięcia pionowe od brzegu wargi dolnej w bliskości prawego kąta ust, aż poniżej brzegu dolnego szczęki, odpreparował części miękkie od kości i wyrwawszy w tem miejscu ząb, przepiłował szczękę dolną piłką prostą. Natychmiast lewa część szczęki uwolniona od związku z prawą przyrośniętą, dała się łatwo poruszać i od górnej szczęki należycie oddalać, cel więc operacji był już osiągnięty; dla zapobieżenia jednak, aby odłamki przepiłowanej kości nie zrosły się na powrót, piłką łańcuszkową wypiłowano jeszcze kawałek szczęki dolnej grubości jednego cen-

timetra. Następnie okrwawiono brzegi szczeliny prawego policzka i połączono je szwami okręcanymi dla nadania kształtniejszego wyglądu twarzy, wreszcie takimiż szwami połączono brzegi rany wargi dolnej. Podczas operacji bez chloroformu wykonanej i po niej chora kilkakrotnie mdlała i dostawała spazmatycznych napadów, w godzinę jednak uspokoiła się, i skarżyła się tylko na ból w ranie. Gorączka traumatyczna przez pierwsze parę dni była lekka, rana wargi pionowa zabiżniła się bezpośrednio (*per primam intentionem*), lecz brzegi szczeliny niepołączyły się i po wyjęciu szpilek goiły się przez ropienie, szczęki dobrze się roztwierały i jakkolwiek zwieranie ich skuteczniało się za pomocą jednego tylko mięśnia żwacza lewego, chora miała w nich tyle siły, iż gryźć mogła nawet twarde pokarmy. Dla zapobieżenia zrośnięciu dwóch końców szczęki dolnej, zalecono chorą wykonywanie częstych ruchów szczęką, co rzeczywiście niedopuszcilo zrośnięcia, wszakże utworzony między odłatkami staw fałszywy, niebył dość luźny, tak, iż chora wychodząc z kliniki, nie mogła już tak swobodnie roztwierać ust, jak zaraz po operacji, lubo roztwieranie to było o tyle możebne, iż mogła łatwiej pożywać pokarmy.

Druąa operacja resekcji szczęki dolnej, miała miejsce u 16-letniej panienki, która przybyła do tutejszej kliniki, aż z powiatu Kobryńskiego. Chora ta wzrostu średniego, budowy wątłej, blada, anemiczna, przed rokiem dostrzegła tworzący się na zewnętrznej stronie dziąsła dolnego mały guziczek który niesprawiał jęj żadnego bólu i dla tego z początku niezwracała na niego uwagi. Gdy jednak ciągle się powiększał, i gdy obok niego osadzone zęby zaczęły się chwiać, chora udała się do miejscowych lekarzy, którzy wycięli guz i ranę po wycięciu wypalili żelazem rozpalonem. Lecz operacja ta niewyleczyła choroby, gdyż wkrótce złe w gorszej okazało się postaci. W chwili przybycia chorą do kliniki średnia część szczęki dolnej zamieniła się w guz wielkości dużej śliwki, elastyczny, miękkawy, niebolesny, nieco za dotknięciem krwawiący; pokrywająca go błona śluzowa nie uległa zmianie. Guz ten rozciągał się: od lewego kła do trzeciego zęba trzonowego pra-

wego, zęby sieczne dolne i kieł prawy, oraz dwa pierwsze trzonowe prawe wysadzone z zębodołów poruszały się na wszystkie strony. Ruch szczęki pozostał swobodny, stan ogólny chorój dosyć dobry. Wejrzenie guza, jego powolne powstawanie, częste krwawienie, oraz odrodzenie się po pierwszej operacyi, dowodziły jego złośliwej rakowatej natury, i że punktem jego wyjścia była kość sama. Całkowite wypiłowanie chorobliwej przeistoczonej części kości szczękowej dolnej, przedstawiały się jako jedyny ratunek dla téj młodej panienki. By zaś ile możności ochronić ją po téj operacyi od szpetnej blizny, Professor kliniki zamierzył wykonać ją sposobem Malgaigna, to jest bez przecinania wargi dolnej. W tym celu po usadowieniu chorój na krzesło i rozłożeniu potrzebnej pomocy, wyrwał naprzód kieł lewy i ząb trzonowy trzeci prawy jako oznaczające granice, u których kość przepiłowaną być miała; odpreparowano następnie wargę dolną od szczęki, aż poniżej dolnego jój brzegu; poczem z lewej strony przeprowadził pod kością piłkę łańcuszkową i po przecięciu części miękkich, w kierunku tym znajdujących się działła i tkanki łącznej, przepiłował kość w miejscu wyrwanego kła lewego. Przez ten akt operacyi uruchomiona szczęka, dała się łatwiej oddzielić od części miękkich łączących ją od tyłu z językiem, a tem samem następne przeprowadzenie piłki od strony prawej w miejscu trzeciego zęba trzonowego, dało się łatwiej uskutecznić i przepiłowanie samo mniej jak ze strony lewej przedstawiło trudności i zrakowaciała część szczęki wraz z guzem na niój osadzonym wydobyta została. Operacya odbyła się bez chloroformu, chora wytrzymała ją mężnie. Przepiłowanie miało miejsce w substancyi kości zupełnie zdrowej. Przy odcinaniu przyczepień mięśni języka do kości, język pozostał na miejscu.

Podczas operacyi podwiązano tylko jedną tętnicę, lecz za to w parę godzin później krew obficie z pod opatrzenia płynąć zaczęła. Trzeba było opatrzenie zdjąć wyszukać i podwiązać broczące naczynie, co zręcznie uskutecznił kol. Korzeniowski i przy świetle świec i chora na spoczynek złożona spokojnie noc pierwszą spędziła. Badany pod mikroskopem nowo-

twór okazał budowę komórkową, punkt jego wyjścia był ze środka kości, której blaszka zewnętrzna w miarę jego wzrastania odpychaną była ku zewnątrz, i ślady jej w niektórych miejscach obwodu guza dostrzegać się jeszcze dawały. Był to więc tak zwany *Osteosarcoma*. Sposób Malgaigna jaki w obecnym wypadku był zastosowany, przedstawia bezwątpienia daleko większe trudności w wykonaniu niż zwyczajny sposób Dupuytrena, przy którym przecina się w pośrodku wargi dolnej, w pierwszym bowiem daleko jest trudniej oddzielić części miękkie od kości, a jeszcze bardziej przeprowadzić piłę pod kość. Wszakże korzyści sposobu Malgaigna są tak ważne, iż zręczny operator powinien by zawsze dawać mu pierwszeństwo przed sposobem Dupuytrena, bo najprzód nienaraża na oszpeccenie twarzy, co ze względu na indywidualność chorego nieraz może mieć wielką wartość; powtóre: nieprzecina się przy operacji tętnicy okrężnej warg, a zatem krwotok jest mniejszy; potrzebie zaś, daje możliwość łatwiejszego tamowania krwotoku następczego, jeśli takowy się zdarzy, gdyż bez obawy pozwala odwrócić powierzchnię wewnętrzną wargi na zewnątrz, a zatem dokładniej obejrzyć dno rany i łatwiej wynaleźć źródło krwotoku, gdy po operacji sposobem Dupuytrena prawie niepodobną byłoby rzeczą podwiązać głębiej broczące naczynie, bez przecięcia szwów brzeży przeciętej wargi łączących.

Przez pierwsze dni kilka po operacji, chora była bardzo osłabioną, miała silną gorączkę, skarżyła się na ból głowy, niesmak, brak apetytu, przetykanie było niemożliwe, tak, iż trzeba było wstrzykiwać jej do gardła płynne pokarmy przez rurkę elastyczną. Po kilku dniach jednak stan jej się poprawił, gorączka ustąpiła, połykanie było łatwiejsze, apetyt wrócił, ropienie rany w ustach było dobre, bóle w policzku ustąpiły, mowa z początku niezrozumiała, stawała się stopniowo coraz wyraźniejszą; w parę tygodni rana wewnętrzna była już znacznie podgojona, w miejscu wyciętej szczęki utworzył się wał twardawy z tkanki łącznej, brzeg prawego odłamka szczęki znekrozowany oddzielił się. Dnia 30 kwietnia rana wewnętrzna była już zupełnie zagojona, a na początku czerwca chora opuściła klinikę w dobrym stanie zdrowia. Zmiana

kształtu twarzy pozostała bardzo nieznaczna, i zależała tylko na lekkim odepchnięciu ku zewnątrz dolnej części prawego policzka skutkiem pewnego skręcenia się ku przodowi i zewnątrz prawego odłamka. Ruch pozostałymi kawałkami szczęk szczególniej lewym był swobodny, tak, iż chora lewą stroną żuć może twardsze pokarmy. Mowa lubo pozostała nieco zmieniona, lecz była zupełnie zrozumiała i wyraźna. Stosownie dorobiony przyrząd do utrzymywania w oddaleniu końców przepiłowanych i wypełnienia brakującej części zaradzi małej nieforemności twarzy i mowę zupełnie czystą uczyni.

Wreszcie w trzecim wypadku u 52-letniej kobiety miał miejsce podobnyż guz na szczęce dolnej, tworzący się od 14u miesięcy, w którym chora doznawała często bólów kłujących a nadto kilkakrotnie obfite z niego miewała krwotoki. Guz ten osadzony był na samym wyrostku zębodołowym szczęki, rozciągał się od drugiego zęba trzonowego prawego aż do kąta prawego, część szczęki nim zajęta pozbawiona była zębów, dziąsło na całej téj przestrzeni rozpulchnione, krwawiące, w szczęce górnej ani jednego zęba, dziąsło zanikłe. W środku podniebienia otwór wielkości grochu, prowadzący do jamy nosowej i zamykany za pomocą obturatora, pozostały po wycięciu takiegoż guza, jaki przed trzema laty miała na podniebieniu i szczęce górnej. Z powodu objętości guza i jego głębokiego położenia, niepodobna było oddalić go bez zrobienia do niego obszernego przystępu. Co też za pomocą dwóch cięć sposobem *Lisfranca* skutecznionem zostało. Dolny brzeg kości pozostał cały, wypiłowano tylko wraz z guzem brzeg zębodołowy, a następnie całe dno osady guza żelazem do czerwoności rozpaloném przypalone zostało. Dalszy przebieg choroby odbył się bez żadnych komplikacyj; z resekowanej kości oddzieliło się jeszcze parę kawałków znekrozowanych, brzegi rany zewnętrznej zrosły się bezpośrednio, a rana wewnętrzna przez ropienie. Chora w stanie zupełnie dobrym w miesiąc po operacyi powróciła do domu.

Nader rzadka operacya całkowitego *wyluszczenia gruczołu tarczowego* wykonana była w tym roku u 14-letniej dziewczynki dotkniętej przerostem gruczołu tego, datującym

się od lat kilku, i powiększającym się stopniowo. Gruczoł ten miał objętość nowonarodzonego dziecka, w pośrodku lekkim pionowem zagłębieniem na dwie połowy rozdzielony, niebolesny, elastyczny, przesuwalny, przy przełykaniu unoszący się; z prawej strony podchodził pod mięsień mostko-obojczykosutkowy, z lewej zaś odsuwał ten mięsień ku zewnątrz i tyłowi; skóra na guzie niezmieniona, łatwo w fałdę ująć się dająca, perkussya na całej jego przestrzeni dawała ton tępy, auskultacya żadnych nienormalnych szmerów prócz szmeru oddechowego przeniesionego z tchawicy niewykrywała. Samo położenie guza i unoszenie się przy przełykaniu było najlepszą wskazówką co do jego natury, twardość zaś i brak szmerów pozwalały domniemywać się tutaj prostego przerostu tkaniny gruczołowej. Jakkolwiek stan ogólny chorób był zupełnie dobry, bólów żadnych w guzie nigdy niedoświadczała, również niedoznawała jeszcze trudności w przełykaniu pokarmów ani w oddechaniu, wszakże obawiając się wystąpienia ich w przyszłości, i chcąc się pozbyć oszpeceń, jakie jój zrzędał tak duży guz na szyi, prosiła usilnie o usunięcie go jakimkolwiek sposobem. Wyborny rezultat z operacyi takiegoż guza w roku zeszłym dopełnionej zachęcał do wykonania jój i w obecnym wypadku co też uskutecznił prof. Korzeniowski. Zrobiwszy na linii pośrodkowej szyi cięcie pionowe około 4ch cali długie, rozdzielił skórę, tkankę podskórną i powięź wspólną, poczem częścią palcami, częścią trzonkiem skalpela, oddzielił przednią i boczną część guza od tkanek go otaczających. Teraz płąt lewy mniejszy, dał się wysunąć na zewnątrz przez ranę skórną, i tętnica tarczowa lewa podwiązana została przed jój przecięciem. Wydobyć prawej połowy guza było trudniejsze, ta bowiem znacznie większa od lewej przez ranę przejść niemogła, i trzeba było odkryć ją cięciem poprzecznem od środka rany ku prawej stronie poprowadzonym, teraz dopiero prawa połowa guza na zewnątrz wypchnąć się dała, i tętnica tarczowa górna prawa tak jak i lewa przed przecięciem podwiązana została. Tylne ściany guza jako silnie zrosnięta z krtanią częścią nożem, częścią nożyczkami oddzieloną być musiała. Po usunięciu guza, oczyszczono

ranę, wyłożono ją kawałkami gąbki, i zalecono okłady zimne. Twardość i ściśłość guza, który bez naruszenia jego całości mógł być wydobyty, jak niemniej podwiązanie obu tętnic tarczowych górnych, przed ich przecięciem, było powodem, że chora podczas operacji bardzo mało krwi utraciła, co bez wątpienia niebyło bez wpływu na dalszy pomyślny przebieg choroby. Gąbki któremi wysłano dno rany, stanowiły doskonale tampon, tak bowiem ściśle z dnem jej się zlepily, iż dopiero przy wystąpieniu ropienia w ranie dnia 5 po operacji, wyjęte być mogły. Gorączka traumatyczna pomimo tak wielkiej rany była bardzo lekka. W parę tygodni po operacji cała powierzchnia rany pokryła się pięknymi granulacjami i podgając się zaczęła od brzegów, a w sześć tygodni przy trwającym ciągle jak najlepszym stanie ogólnym, zabliznienie było zupełne; bliźna na środku szyi pozostała była dosyć wązka i nie stanowiła żadnego oszpeczenia.

W dniu 11 kwietnia zgłosił się do kliniki mężczyzna 50-letni, wzrostu dobrego, szczupły, lecz zdrowy zupełnie, z guzem od lat dziesięciu rosnącym na prawym policzku więcej ku tyłowi wielkości dużej pomarańczy. Guz ten był nierówny i miał liczne wyniosłości i zakłębnięcia na powierzchni, był elastyczny, ruchomy, niebolesny nawet za naciskaniem, pokrywająca go skóra nie uległa zmianie i łatwo w fałdę ująć się dawała; guz ten nie był bolący, lecz był tylko nieprzyjemnym i szpecącym ciężarem, którego chory pragnął się pozbyć. Z położenia nowotworu wnosić było można, że się znajduje albo w samym gruczole ślinowym zausznym (*parotis*), albo w gruczołach limfatycznych go otaczających. Należycie odbywająca się sekrecja śliny przemawiała za ostatniem przypuszczeniem. Co zaś do natury guza, mógł tu być albo prosty przerost gruczołów, albo nowotwór niezłośliwy jak tłuszczak lub cysta, albo wreszcie złośliwe rakowate ich przerodzenia. Kształt guza i nierówność jego powierzchni najwięcej ku temu ostatniemu przypuszczeniu skłaniały, punkcya zaś probiercza przy której przez rurkę troakaru wypłynęła czysta krew stanowczo w tym duchu rozstrzygnęła wątpliwość. Wyłuszczenie guza, który jak ruchomość jego i przesuwalność

skóry wskazywały musiał być otorbiony, nieprzedstawiło samo przez się wiele trudności, wszakże okolica w której się znajdował, bliskość tętnic dotwarzowej i domózgowej, oraz obu szczękowych, nadawały operacji szczególną ważność. Operacja dopełniona była nazajutrz. Wzdłuż guza zrobiono naprzód długie cięcie, następnie częścią palcami, częścią z głębnikiem oddzielono przednią i boczną jego powierzchnią od skóry. U podstawy spojenie guza z tkankami otaczającymi było nieco ściślejsze, tak, iż dla oddzielenia trzeba było użyć noża i nożyczek. Krwawienie było dosyć znaczne, podwiązano parę tętnic, poczem brzegi rany zbliżono plastrami, a na wierzch przyłożono tampon z szarpi, które przymocowano opaską. Wkrótce jednak po operacji wystąpił dosyć silny krwotok, dla zatamowania którego po zdjęciu opatrunku zatamponowano całą powierzchnię rany kulkami suchej szarpi. Gdy to niepomagało, po oczyszczeniu rany zatamponowano ją powtórnie, kulkami szarpi zwilżonemi w półtorochlorku żelaza, od zewnątrz zaś zrobiono nacisk, kompressami stopniowemi i opaską. Wtedy krwotok się zatrzymał. Lecz w parę godzin potem, twarz chorego i szyja po stronie operowanej mocno obrzmiała i lekko zasiniąta, chory skarżył się na ból w częściach obrzmiałych i na duszność. Przypisując te objawy zbyt silnemu ciśnieniu opaski, zdjąłem takową, lecz krew zaczęła się znowu obficie sączyć z pod opatrunku; po zdjęciu takowego, popłynęła grubym strumieniem. Zrobiwszy nacisk na tętnicę szyjową wspólną, wyjąłem z rany kulki szarpi, dla wyśledzenia miejsca krwotoku i podwiązania jeśli będzie można krwawiącego naczynia, lecz dno rany tak było zanieczyszczone od półtorochlorku żelaza, iż o wynalezieniu otworu naczynia nie było można myśleć. Ilekroć razy palec naciskający tętnicę szyjową wspólną unosiłem, zaraz krew serokim strumieniem wypływała z rany, wypływ ten nie następował w rzutach przerywanych, jak przy zupełnem przecięciu naczynia, lecz było to raczej sączenie się pozwalające przypuszczać skąlecznie podłużne większego naczynia, lecz sączenie tak obfite, iż chory był zagrożony śmiercią z krwotoku, jeśli mu w jakikolwiek bądź sposób skuteczny ratunek natychmiast po-

dany nie będzie. Z tego powodu byłem już przygotowany przystąpić do podwiązania tętnicy szyjowej wspólnej. Przedtem jednak zamierzyłem spróbować jeszcze jednego hemostatycznego środka, udzielonego mi przez Dra Groera naczelnego lekarza szpitala ś. Duchy. Środkiem tym był mech zwany *Pendhabar Varijambi* (cibocium glaucescens). Utrzymując więc ciągle nacisk na tętnicy szyjowej wspólnej oczyściłem o ile było można powierzchnię rany i na dolną jej część z kądem najwięcej krwi się wydobywało przyłożyłem tampon z mchu tego, poczem zbliżywszy po nad nim brzegi skórne, przycisnąłem je palcami i założyłem lekkie opatrzenie. Postępowanie to stanowczo krew zatrzymało. Na drugi dzień po operacji obrzmienie twarzy zmniejszyło się, lecz osłabienie było znaczne, puls słaby, ból w ranie. Czwartego dnia wystąpiło ropienie, rana prędko się oczyszczała a jednocześnie poprawił się i stan ogólny chorego. Zbliżnianie odbywało się bez żadnych powikłań, prócz zgangrenowania i oddzielenia się przy brzegu tylnym rany małego kawałka skóry, której jednak jeszcze dosyć pozostało dla pokrycia całej powierzchni rany. W dwa tygodnie obrzmienie twarzy i szyi zupełnie stęchło, płaty skórne zrosły się z dnem rany, a pomiędzy ich brzegami, mała tylko przestrzeń ropiejąca pozostała; stan ogólny był zupełnie dobry, co skłoniło chorego do opuszczenia kliniki. Wyłuszczone nowotwór badany pod mikroskopem przez profesora Brodowskiego zdeterminowany został jako *mixosarcoma*.

Ważnem było wyłuszczenie zrakowaciałych gruczołów pachowych u 46letniej kobiety. W przeciągu 18 miesięcy gruczoły te doszły do ogromnych rozmiarów i niesłychanie dokuczały chorąj przeszywającemi bólami. Przedstawały się pod postacią dwóch dużych pięści rozciągających się w górę do obojczyka, ku przodowi do linii pionowej, przeprowadzonej przez brodawkę piersi, ku dołowi prawie do połowy klatki, ku tyłowi do tylnego brzegu dołu pachowego. Guz ten był o podstawie szerokiej twardy, mało ruchomy, na powierzchni liczne nierówności przedstawiający; na przedniej jego części na przestrzeni paru cali kwadratowych znajdowała się wynio-

słość miękka fluktująca z maleńkim otworkiem na wierzchołku, z którego za naciśnięciem sączyła się posoka cuchnąca. Nad obojczykiem prawym w bliskości spojenia obojczyka mostkowego, drugi guz podobny wielkości orzecha włoskiego, ruchomy, twardy, niebolesny. Stan ogólny był niezadawalniający, chora miała gorączkę, puls uderzał 100 razy na minutę, temperatura ciała była podwyższona, język suchy, obłożony, pragnienie, wygląd kahektyczny, wycieńczenie, cera żółtawa. Rozpoznanie choroby nieprzedstawiało żadnej trudności. Sposób powstawania guza, konsystencja, bóle kłujące, sprowadzenie kahexyi ogólnej były zbyt warażnemi dowodami złośliwego przerodzenia. Co do wskazania zachodziło pytanie czyli w warunkach w jakich się chora znajdowała należy przystępować do operacji, z jednej bowiem strony usunięcie chorych części tylko na tej drodze mogło nastąpić, z drugiej zaś zły stan ogólny, a jeszcze bardziej znaczna rozległość przerodzenia, szeroka podstawa guza, brak otorbienia a ztąd trudność oznaczenia jak daleko sięga przerodzenie i w jakim stosunku massa przerodzona znajduje się do naczyń i nerwów w tej okolicy przebiegających, były okolicznościami nie bardzo do operacji zachęcającymi. Gdy jednak pomimo środków pożywnych i wzmacniających, stan ogólny chorój nie poprawiał się i gdy usilnie domagała się operacji, prof. Korzeniowski uznał ją za wskazaną jako jedynie zdolną usunąć złe, konieczną i bliską śmiercią chorój zagrażającą.

Po oddzielnii skóry na guzie za pomocą stosownych cięć, okazało się że od przodu podchodzi on pod mięsień piersiowy wielki i jest ściśle zrośnięty tak z tym mięśniem jak i z mięśniem najszerszym grzbietu: trzeba było zatem dla oddzielenia guza z tej strony, przeciąć przyczep mięśnia piersiowego wielkiego w całości, a w części mięśnia najszerszego grzbietu. Dalej przy oddzielaniu guza od góry i tyłu pokazało się że jest w ścisłym związku z tętnicą pachową którą na około otaczał. Odpreparowanie guza od tętnicy było niepodobnem, trzeba było ją przeciąć, podwiązać powyżej i poniżej, otaczające ją podejrzanę części miękkie nożyczkami podcinać. Nerwy o ile możności starano się pooddziać i pozostawić

w ranie, nieobeszło się wszakże bez przecięcia pnia nerwu skór nego wewnątrz nego, który naokoło massą przerodzoną był objęty. Wreszcie po wycięciu w dniu rany jeszcze wielu kawałków tkaniny, które ze względu na zwiększoną konsystencyą podejrzanemi się zdawały i odcięciu tych części płatów skórnych, które przechodziły w gangrenę, wysłano całą ranę kulkami szarpi i założono zwykły opatrunek. Krwawienie podczas operacyi było znaczne a rana z niej wynikła ogromna i głęboko pod pachą zachodziła, chora po operacyi bardzo osłabiona, kończyna górna po stronie operowanej zbladła, temperatura jęj znacznie zniżyła się, tętnica promieniowa lewa bez pulsu, w prawęj puls bardzo drobny i mały. Guz wyłuszczony, na przekroju białawy, trzeszczący, w mięższu swym od przodu przedstawiał ognisko rozpadowe, gębiej kilka małych cyst surowicznym płynem napełnionych, badany pod mikroskopem okazał się rakiem twardym (*scyrrhus*), którego siedliskiem były gruczoly limfatyczne i tkanka łączna tęj okolcy.

Noc pierwszą chora przepędziła bezsennie. Na drugi dzień gorączka silna, ciało rozpalone, język suchy, pragnienie, osłabienie wielkie, puls w tętnicy promieniowęj prawęj częsty i mały, w lewęj zaś dotąd wyczuć się nie daje, czucie w kończynie lewęj prawie normalne, ruchy słabe. Z powodu bezsenności podano choręj prosek Dovera. Na trzeci dzień w obec trwających ciągle objawów gorączkowych w jednakowem natężeniu, zaczęła gangrenować się skóra na wewnętrznęj powierzchni ramienia, lecz rana sama miała dobre wejrzzenie. Dopiero ósmego dnia gorączka trochę zwolniała, zgangrenowana na ramieniu skóra oddzieliła się, pokryła się granulacyami na całej powierzchni. Chora jeszcze znacznie osłabiona skarżyła się ciągle na brak snu i apetytu. Wprawdzie temperatura obu kończyn była już prawie równą, puls jednak dotąd w tętnicy promieniowęj lewęj nie było, i kończyna zaczęła brzęknąć. Opuchlina posuwała się coraz wyżej, zajęła bark i piersi, kończyna była całkiem bezwładną, gorączka nie ustawała wcale, siły choręj coraz więcej upa-

dały, do tego dołączyła się niczem wstrzymać się niedająca biegunka, która zakończyła dni chorój.

Operacja Cheiloplastyczna robioną była w roku ubiegłym dwa razy, z powodu raka nabłoniaka (*epitelioma, canceroid*) rozwiniętego na wargach. U mężczyzny 33-letniego, gospodarza rolnego, w środku górnego brzegu wargi dolnej, owrzodzenie rakowate było wielkości dwuzłotówki, zajmowało skórę i błonę śluzową, w środku zagłębione, o brzegach wyniosłych, wywiniętych, dno nierówne, miejscami ropiejące i wyrostami grzybowatemi pokryte, krwawiące, okolica obrzmiała i stwardniała. Stan ogólny dobry, bólów żadnych, gruczoły podszczękowe nie obrzmiały. Ponieważ zniszczenie substancji nie było bardzo rozległe, przeto operacja zrobiona była przez wycięcie trójkątnego płata z wargi, zbliżenie ku sobie brzegów rany i połączenie ich szwem okręconym. Zrośnięcie się brzegów bezpośrednio w większej części nastąpiło, mała tylko część rany w górnym jej końcu goiła się przez ropienie.

Ważniejsze zniszczenie tkanek przedstawiała kobieta lat 40 licząca. Choroba trwała już lat trzy i przedstawiała się w postaci rozległego wrzodu, rozciągającego się na cał od prawego kąta ust, na resztę wargi dolnej, a nadto i na lewy kąt ust, i część wargi górnej kątowni temu przyległą. Utrata substancji zwłaszcza przy lewym kącie ust była tak znaczna, że w powstałej ztąd szczelinie wyglądały zęby. Dno wrzodu nierówne, grzybowatemi wyniosłościami pokryte, krwawiące, od strony wewnętrznej miejscami z dziąsłem zrośnięte, brzegi obrzękłe, nieco bolesne, od czasu do czasu bóle kłujące, stan ogólny dosyć dobry. Dnia 7 czerwca dopełniono operację. Naprzód cięciem prawie półkolistem poczynającem się na brzegu górnym wargi dolnej w odległości pół cała od kąta prawego ust, otoczono nowotwór od strony prawej, od dołu i od strony lewej, następnie część jego zajmującą wargę górną, objęto dwoma cięciami prostemi poprowadzonymi w formie trójkąta, wierzchołkiem ku górze a podstawą ku dołowi zwróconego, z których jedno dochodziło do brzegu wolnego wargi górnej, a drugie łączyło się z końcem lewym

*

cięcia dolnego. Dalej w miejscach przyrośnięć nowotworu z dźwiętem wycięto wszystkie części miękkie aż do kości. Po oddzieleniu i usunięciu w ten sposób nowotworu, równolegle do lewego brzegu rany, w odległości jednego cala zrobiono w policzku nowe cięcie, którego dolny koniec połączono z dolną częścią tegoż brzegu cięciem poziomym, w ten sposób utworzono płat czworokątny, który zawrócono ku prawej stronie i połączono szwami okręcanemi, brzeg jego dolny z brzegiem prawym rany, a brzeg zewnętrzny z jej brzegiem dolnym; przez co brak ciągu powstałego wskutek wycięcia przerodzonej wargi dolnej w zupełności zasłonięty został. Co zaś do wargi górnej, ponieważ tu utrata substancji nie była zbyt znaczna, przeto brzegi rany połączono szwami okręcanemi, wrzeszcie brzegi rany policzkowej, jaka z lewej strony po wycięciu płata pozostała, dla zmniejszenia jej powierzchni, w obu kątach dolnym i górnym zbliżono szwami na pewnej przestrzeni. Po operacji twarz miała foremne wejście, zalecono chorą spokoj i okład zimny na miejsce operowane. Gorączka traumatyczna na drugi dzień lekka, policzek lewy obrzmały. Szwy zdjęto dopiero dnia 4go, brzegi rany z brzegami płata dobrze zrosnięte, rana policzka pokryta granulacjami wydziela dobrą ropę, obrzmienie policzka rozszerzone na płat zastępujący wargę dolną. Szóstego dnia po operacji stan był już zupełnie bezgorączkowy, zrosnięcie brzegów ran pozostało nienaruszone, brzeg wewnętrzny płata zastępujący brzeg górny wargi, zbliżniał się jak również i rana policzka. Dalszy przebieg postępował bez żadnych komplikacyj, zbliżnienie zupełne nastąpiło w sześć tygodni, czucie jednak w nowej wardze dolnej było zmniejszone, pewien stopień jej obrzmienia pozostał, oraz niepodobno było zapobiedz zrosnięciu powierzchni wewnętrznej wargi z zewnętrzną stroną szczęki dolnej, co jednak ani możności dokładnego poruszania szczęk ani żucia nie tamowało.

Dnia 28 lutego przybyła do kliniki kobieta lat 62 licząca, która przed sześcią dniami po dźwięgnięciu znacznego ciężaru dostała nagle silnych boleści w dolnej części brzucha, a następnie nudności i wymiotów. W czasie przybycia brzuch

cały był mocno rozdęty, bolesny, przez ściany jego widać rozszerzone zwoje kiszkowe, w okolicy pachwinowej prawej, guz podługowaty dosyć twardy, dający uczucie głębokiej fluktuacji, skóra na nim zaczerwieniona, stolec był zaparty, wymioty z początku wodniste, potem zielone, a następnie brunatne z odorem kału, język obłożony, podsycający, niesmak w ustach, upadek sił, puls nieczęsty lecz drobny i mały. Objawy powyższe tak były charakterystyczne, iż ani na chwilę nie można było wątpić o obecności zaciśnienia przepuklinowego. Ponieważ chora ta poprzednio przepukliny nie miała, nie można było powątpiewać że choroba ta powstała u niej nagle w skutku zbyt dużego wysilenia się przy dźwiganiu ciężarów, i że jednocześnie przepuklina ta uległa zaciśnieniu. Zaczerwienienie skóry pokrywającej guz i fluktuacja, dawały podejrzenie, czy nie nastąpiło tu już przedziurawienie kiszki zaciśniętej, i czy wystąpił kał nie zrzucił zapalenia otrzewnej. W każdym razie nie można było odciągać się z operacją i przystąpiono do niej bezzwłocznie. Po przecięciu skóry i worka kiłowego nieczystości kiszkowe w znacznej obfitości wypłynęły raną, pętlica kiszkowa zawarta w worku przepuklinowym była w znacznej przestrzeni zgangrenowaną i przedziurawioną. Nie pozostawało nic innego do zrobienia jak po odjęciu zgangrenowanych części otworzyć w ranie sztuczny otwór stolcowy, przez przysycie końców przeciętej kiszki do skóry. Po operacji, pomimo obfitego odpływu kału przez ranę chora miała jeszcze parę razy wymioty kałowe. Na drugi dzień utrzymywała iż czuje się lepiej, puls rzeczywiście był lepiej rozwinięty, wymioty się nie powtarzały, lecz ból w brzuchu nie ustawał i wzdęcie ciągle było dosyć znaczne. Trzeciego dnia po operacji chora również na nic się nie skarżyła, mówiła, że prócz wielkiego osłabienia czuje się zresztą dobrze, lecz rysy zmienione, oczy zapadnięte, wychudnienie, puls nienormalny, przerywany, język podsycający żółtym okładem pokryty, cera ziemista były fatalnymi zwiastunami zbliżającego się końca, jakoż czwartego dnia po operacji chora żyć przestała.

Przy otwarciu zwłok znaleziono w jamie brzusznej ilość płynu surowiczego zabarwionego kałem, trzewia brzuszne pokryte warstwą skrzepłego wysięgu; otrzewna tak ściana jak i trzewiowa zaczerwieniona, kiszki cienkie mocno ściągnięte; pętla przepuklinowa składała się z kawałka kiszki biodrowej w odległości około 5 łokci od zastawki B a u c h i n a. W kiszkach prócz przedziurawienia przepuklinowego nigdzie nieznaleziono naruszenia ciągłości, kał zatem w jamie brzusznej znaleziony, prawdopodobnie przez ranę do jamy tej dostać się musiał.

Inny wypadek *zaciśnienia przepuklinowego* przedstawił pewien ofycalista pocztowy lat 33 liczący. Od lat 20 nosił on w pachwinie lewej przepuklinę, która występowała w formie niewielkiego guza, a podtrzymywana paskiem nie sprawiała żadnych dolegliwości. Przed sześcią jednak dniami bez żadnej wyraźnej przyczyny, przepuklina wystąpiła znacznie niż zwykle, chory dostał silnych boleści w brzuchu i uporczywego zaparcia stolców. Na drugi czy trzeci dzień po wypadku lekarz odprowadził wystąpiony guz przepukliny, pomimo to jednak boleści nieustawały, przystąpiła czkawka, wymioty, a stolec nie dał się poruszyć. Po sześciu dniach takiego stanu dnia 27 maja przybył do kliniki z brzuchem mocno rozdętym i bolesnym. Puls był pełny, niezbyt częsty, temperatura ciała normalna, chory dosyć spokojny. Przy tych wszystkich objawach zaciśnienia kiszki, nie było w pachwinie śladu przepukliny, obrączka pachwinowa lewa była tak obszerna iż łatwo przez nią palec do jamy brzusznej wprowadzić było można. Niepodobna było zatem z pewnością oznaczyć gdzie się znajduje i na czém polega zaciśnienie w kanale kiszki, czy jest tak zwany *Volvulus* czyli też zaciśnienie jest w worku przepukliny, która do brzucha poprzednio odprowadzoną została. W takim stanie rzeczy musiano się ograniczyć na środkach czyszczących i łagodzących. Kąpiele przyniosły choremu nieco ulgi w bólach, lecz ani lewatywy ani olej rycynowy, ani kalomel, stolca poruszyć nie zdołał. Środki te kontynuowane były przez dni parę bez skutku. Dnia 30 maja po paru lewatywach z odwaru nikocyany cho-

ry miał jeden stolec nieobfity, lecz brzuch ciągle był wzdęty, bolesny, krztuszenie nieustanne, wymioty brunatno zielonawe; — powtórzono kalomel, kąpiele i lewatywy z odwaru nikocyany. 31 maja nad ranem jeden stolec obfity, kał był na pół gęsty, papkowaty, popielaty, brzuch mniej rozdęty i mniej bolesny, chory czuł się lepiej, przez cały dzień i noc niewomitował, pomimo że zjadł nieco kleiku. Nazajutrz jednak wymioty wróciły, massy wyrzucane były brunatno żółtawe z odorem kału, rysy chorego zmienione, wzrok niespokojny, wzdęcie i bolesność brzucha zwiększone, język suchy, puls niknący, kończyny chłodne. W nocy z dnia 1go na 2gi czerwca przepuklina wystąpiła na zewnątrz przez kanał pachwinowy lewy i przedstawiała się w postaci guza wielkości dwóch pięści, w którym chory gwałtownych bólów doznawał, od poprzedniego wieczora wymiotów wprawdzie nie było lecz czkawka i krztuszenie się ciągle. Gdy z wszelką ostrożnością probowane odłożenie przepukliny nie dało się uskutecznić, pomimo znacznej obszerności kanału pachwinowego, wnosić można było że ma tu miejsce zaciśnięcie w szyi worka przepuklinowego, jakie przy przepuklinach tak dawno trwających często się zdarza. Zaciśnięcie więc to było bezwątpienia przyczyną całej choroby. Odprowadzenie guza tak wskazane przy każdej przepuklinie zwłaszcza zaciśnionej, tym razem nie wypadło na dobre, bo go stawilo w warunkach niemożności zniesienia zasznurowania, a operacya w tym celu dopiero teraz za powtórnem wystąpieniem przepukliny wykonana już była za późną, jakoż szyja worka kiłowego bardzo długo sięgała nad obrączkę wewnętrzną kanału pachwinowego, ściśle zrośniętą była ze ścianą kiszki, kiszka sama zgangrenowana i przedziurawiona. W takim stanie rzeczy, ani oddzielenie przyrośniętej kiszki ani ściąganie jęj do otworu brzuszego uskutecznić się nie dało, a wszelkie usiłowania w tym względzie narażały na przedarcie kiszki i wylanie się nieczystości kiszkowych do brzucha. Trzeba było zatem pozostawić rzeczy w takim stanie jak były, i ograniczyć się tylko na oczyszczaniu rany i dalszem pielęgnowaniu chorego, operacya przyniosła choremu ulgę, wymioty już się nie powtarzały.

czkawka i odbijanie trwały jeszcze dni parę, lecz dnia 4 czerwca ustały, brzuch był mniej wzdęty, tylko w dolnej części po nad raną bolesny, puls 84 dosyć rozwinięty, kończyny ciepłe, oddech swobodniejszy, stolce dobrze przetrawione odchodziły swobodnie przez ranę, która przedstawiała wygląd gangrenowy, osłabienie znaczne. 5 Czerwca prócz osłabienia i bólu w okolicy rany chory na nic się więcej nie skarżył, 7go okazywał nawet dosyć apetytu, przyjmował chętnie podawane mu pokarmy, siły jednak nie poprawiały się. Następnym dni obok jednakowego stanu miejscowego, chory okazywał coraz większe osłabienie, z rany wraz z kałem odchodziły kawałki zgangrenowanego worka przepuklinowego i kiszki. 12 Czerwca chory tak już był osłabiony iż podnieść się ani poruszyć na łóżku nie mógł; 17 skutkiem krwotoku z rany osłabienie jeszcze się powiększyło; 19 czerwca wychudnienie ogromne, głos cichy stłumiony, gorączki niema, lecz puls drobny, mały, ledwo namacalny; 20 chory leżał na wznak na łóżku bez możliwości poruszenia, ciągłe stękanie szczególnież za dotknięciem w okolicy rany, dowodziło nieustannego bólu w tém miejscu, brak snu i apetytu, puls przerywany, temperatura ciała zniżona, kończyny chłodne; chory przytomny, poruszał ustami ale głosu wydać nie mógł, słowem przedstawiał już obraz powolnego konania w skutek wycieńczenia, które zakończyło się śmiercią dopiero dnia 21 czerwca. Przy sekcji dopełnionej nazajutrz znaleziono w jamie brzusznej w miejscu odpowiedniem kanałowi pachwinowemu pakiet kiszki zrosniętych z sobą i do ściany brzusznej przyrosłych, brunatno sino zabarwionych. Po oddzieleniu tego pakietu od ściany brzusznej i odpreparowaniu zwojów kiszkiowych od siebie, okazało się, że część najniższa która była w przepuklinie uwięzioną nie przenosiła trzech cali długości, była zgangrenowaną i przedstawiała w ścianie otwór wielkości dwuzłotówki. W około niej gdzieś znać było szczątki zgangrenowanego worka przepuklinowego; w innych zwojach kiszkiowych tworzących wspomniany pakiet, kilka małych otworów, przez które kał nie występował z powodu przyrośnięć do ściany brzusznej. Zaciśnięcie kiszki miało miejsce

w odległości 30 cali powyżej zastawki Bau china; powyżej zaciśnięcia кишки rozszerzone, poniżej zaś zwężone, żołądek rozszerzony, cała dolna część kanału kiszki poniżej przepukliny była napełniona kałem szaropopielatym, mocno cuchnącym, powyżej zaś znajdowało się dosyć dużo żółtego współpłynnego kału.

Zakończemy obserwacje nasze opisem historii choroby *kamienia pęcherzowego*, może jedynęj w swoim rodzaju i operacji do wydobycia go przedsięwziętej.

Mężczyzna 29letni zdrow i w całej sile wieku w kilka dni po zawarciu ślubów małżeńskich, napadnięty został przez trzech równie silnych młodych ludzi, którzy powaliwszy go i rozebrawszy, gwałtem w cewkę moczową wepchnęli mu kawał zwyczajnego ołówka. Powodem do tego gwałtownego czynu miała być złość albo raczej zemsta za to, że pogwałcony pozyskał rękę i wzajemność tej o którą się tamci starali. Chory nasz pozostawiony sobie nie wiedział co mu zrobiono, lecz doznawszy gwałtownych boleści w cewce moczowej, trudności oddawania moczu, gorączki, dreszczów i obfitego odpływu śluzu z kanału, udał się o pomoc do lekarzy kaliskich. Czy złe opowiadanie chorego, bo rzeczywiście nie wiedział co z nim zrobiono, czyli też nie dość staranne jego zbadanie, sprawiło, że lekarze wzięli cierpienie jego za prostą rzerzączkę i uznali potrzebę zaprowadzenia zgłębnika elastycznego do pęcherza dla dania urynie łatwiejszego odpływu. Zaraz po przeprowadzeniu kateteru czuł się chory lepiej; uryna zaczęła odchodzić strumieniem, lecz niedługo potem dostał boleści w pęcherzu, stopniowo wzmagających się, trudność urynowania wróciła, uryna odchodziła w małych ilościach i często, strumień jej bywał nagle przerywany, a każdemu oddawaniu uryny towarzyszyło wzmoczenie bólów. Dalej wystąpiło przykre uczucie swędzenia w żołądzi, chodzenie a nawet każdy ruch większy był bardzo utrudzającym niekiedy połączony z odpływem krwi z cewki; naciśnięcie w dolnej okolicy brzucha sprawiało ból w pęcherzu. W obec tak charakterystycznych objawów nie zachodziła wątpliwość co do obecności cia-

ła obcego w pęcherzu, a wprowadzony do niego kateter rzeczywiście wykrył je trącając o kamień.

Za przybyciem chorego do kliniki nie były wiadome szczegóły powyżej podane; to co nam opowiadał chory nie było dla nas dość jasnym. Nie mieliśmy żadnej wątpliwości o obecności kamienia w pęcherzu, zwłaszcza po kilkakrotném zrewidowaniu chorego. Pomiędzy objawami choroby najczęściej uderzał nas ciągły ból w szyi pęcherza, połączony z nadzwyczajnem parciem, które nigdy w takim stopniu przy zwyczajnych kamieniach pęcherzowych objawiać się nie zwykło. Przypisywaliśmy to ostrym końcom kamienia lub nierównościami na jego powierzchni. Nietracąc czasu przystąpiliśmy do skruszenia tego kamienia. Operacja pierwsza dobrze się powiodła, kamień z łatwością ujęty został i dobrze kruszył się pomiędzy odnogami narzędzia, lecz pomimo użycia znacznej siły śruby niepodobna nam było zamknąć narzędzia, czyli raczej skruszyć części kamienia nim ujętęj. Stawiało nas to w nader przykrém położeniu, bo bez zamknięcia narzędzia wydobyć go drogą naturalną stałoby się niepodobnem, ależ po kilku poruszeniach gałęzią męzką narzędzia udało nam się zepchnąć ciało opór stawiające, poczem zamknięte narzędzie wyjąć się dało bez bólu. Teraz dopiero przyszło nam na myśl to co nam chory opowiadał że mu jakiś kawałek drzewa do cewki moczowej włożono. Ten kawałek drzewa wepchnięty do pęcherza stał się związkiem kamienia, a ujęty odnogami narzędzia gniótł się, lecz skruszyć się nie dał. W takim położeniu rzeczy, o powtarzaniu kruszenia już myśleć nie było można, i cięcie pęcherzowe jedyną otwierało drogę do oswobodzenia chorego od srogich cierpień które go dręczyły. Operacja wykonaną została w dniu 10 kwietnia sposobem tak zwanym *taille latéralisée*, litotomen Brata Kosmy. Cięcie skóry, międzykrocza i szyi pęcherza odbyły się prędko i gładko, kamień z łatwością ująć się dał kleszczami prostemi, lecz wydobyć jego nie mało przedstawiło trudności a to z powodu jego kruchliwości, a jeszcze więcej z powodu ostrych jego końców, opierających się o ściany pęcherza. Gdy jednak udało się po-

dłużną oś kamienia skierować do rany, wydobyty został w całości. Teraz dopiero poznaliśmy zbliska, że rzeczywiście kamień osadził się na ołówku z obu końców ostro zatemperowanym mającym długości 6 centymetrów. Rzadki ten kamień zachowany został pomiędzy kamieniami operowanymi przez profesora kliniki.

Po operacji przy której chory wiele krwi nie stracił, przestrzyknięto pęcherz wodą i zaprowadziwszy do niego rurkę elastyczną grubą przez ranę dla utrzymania odcieku uryny, opatrzono ranę i złożono chorego na spoczynek. Zaraz skarżył się chory na silne bóle w brzuchu; w nocy nie spał lecz był dosyć spokojny. Nazajutrz ból w brzuchu zmniejszył się, moszna obrzmiała, rozwinęła się znaczna gorączka i pragnienie. Za napój dano odwar siemienia lnianego z saletrą. 16 kwietnia nudności i wymioty, osłabienie większe, bóle w brzuchu i mosznie wzmożone zwłaszcza przy wymiotach. 17 wymioty ustały, ból w pęcherzu wzmaga się, usunięto z niego kateter elastyczny. Codzienne przestrzykiwanie pęcherza wodą letnią; woda *Vichy* za napój. 20 kwietnia stan już był bezgorączkowy, chory czuł się lepiej, żąda posiłku, bóle w pęcherzu znacznie zmniejszone, wygląd rany dobry, moszna otęchła, od dołu na przestrzeni rubla skóra zgangrenowana oddzieliła się a pozostało na tém miejscu owrzodzenie powierzchowne, które opatrywano korą chinową. Przez następne dni kilka polepszenie to utrzymywało się, lecz dnia 26 kwietnia a zatem w dwa tygodnie blisko po operacji, niespodzianie nastąpił obfity krwotok z rany znowu pogorszył podnoszące się już siły chorego: uryna dotąd tylko przez ranę odchodziła, i zawierała w sobie znaczną ilość ropy. Na początku maja stan ogólny chorego nieco się poprawił, ciągle tylko zaparty stolec wymagał częstego dawania lewatyw lub oleju rycynowego; odpływ ropy przez ranę ciągle bardzo obfity lecz powierzchnia rany czysta, granulacyami pokryta. Dnia 5 maja to jest w 3 tygodnie przeszło po operacji uryna po raz pierwszy zaczęła odchodzić przez cewkę moczową, lecz tylko w małych ilościach, główny zaś jój strumień odpływał jeszcze przez ranę, co stawało na przeszkodzie jój gojeniu się.

W miarę jak następnie odpływ uryny drogą naturalną zaczął się powiększać i rana ściągała się, a dnia 30 maja była już bardzo zwężona, lubo uryna i ropa jeszcze się tędy wydobywały. Dla zupełnego odwrócenia strumienia uryny od rany i ułatwienia odpływu ropy drogą naturalną zamierzono wprowadzić do pęcherza przez cewkę moczową kateter metalowy i pozostawić go tutaj przez czas dłuższy. Lecz operacja ta połączoną była z silnym dla chorego bólem, kanał bowiem moczowy zapewne skutkiem cystotomii uledez musiał pewnemu zboczeniu w części krokowej, co było powodem że kateter doszedłszy do téj części napotykał przeszkodę, którą dopiero po długich i bolesnych manewrach można było ominąć. Przez dni kilka powtarzano to zaprowadzenie kateteru i przestrzykiwanie pęcherza roztworem węglanu sody co spowodowało silną reakcją gorączkową. Wstrzymano się więc z katetyryzacją i powtórzono ją dopiero 15 czerwca po zupełném ustaniu gorączki i bólu; lecz i tym razem działanie to pobudziło ruchy gorączkowe, musiano zatem całkiem zaniechać oczyszczania pęcherza tą drogą. Od téj pory stan chorego stanowczo poprawiać się zaczął, jakoż na początku lipca wrócił do sił, nabrał ciała, jadł i spał dobrze, co skłoniło go do opuszczenia szpitala i powrotu do domu, lecz przetoka pęcherzowa jeszcze zupełnie zagojoną nie była i od czasu do czasu zwłaszcza w położeniu leżącym odchodziła przez nią uryna. Wątpić nie można że całkowite zamknięcie téj przetoki nastąpić już musiało i że nieszczęśliwy ten chory już przyszedł do zupełnego zdrowia.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

POSIEDZENIA OGÓLNE.

Posiedzenie 3, dnia 22 stycznia 1867 r.

Prezes kol. Hoyer.

Treść: I. Kandydatura; fotografia ś. p. Jacka Dziarkowskiego II. Odczytanie protokółów z posiedzeń: oddziału położnictwa, oddziału anatomii i fizjologii i oddziału chirurgii. III. Odezwa głównego redaktora Pamiętnika do Towarzystwa lekarskiego, o wzbronienie innym czasopismom dosłownego przedrukowywania protokółów posiedzeń. Dyskusya nad tym przedmiotem.

I. W nieobecności sekretarza rocznego kolegi Brauna prezes zaprosił do spisania protokołu kolegę J. F. Nowakowskiego i doniósł o nadesłanych pracach Towarzystwu lekarskiemu przez kilku kandydatów na członków naszego Towarzystwa, a mianowicie:

1° Z Charkowa professor fizjologii w szkole weterynaryjnej p. Jerzy Poluta nadesłał trzy swoje prace:

a) Ob otrawieniach pjanaju travoj. (O zatruciu przez Gwiazdnicę (*Stellaria graminea*). Charkow, 1866.

b) Teorya i mechanizm rwoty (wymiot). Charków, 1856, 8°.

c) La durée de la vie des poissons hors de l'eau. Par M. G. Poluta — w Annales des sciences naturelles. Cinquieme série T. IV, 1865, pag. 62. Autora tych prac przedstawiają na członka koledzy J. F. Nowakowski i Belke. Sprawozdawca kol. Nowakowski.

2° Dr. Chojnowski Bronisław, docent w Szkole Głównej Warszawskiej, składa rozprawę: „o oddechu krta-

niowym“ a przedstawiają go na członka koledzy Malcz i J. F. Nowakowski. Sprawozdawca kol. Baranowski.

3^o Prof. Mosler z Grejfswaldu nadesłał rozprawę pod tytułem: Ueber die Gegenwart in Grejfswald herrschende Trichinenkrankheit; przedstawiają go koledzy: Hoyer i J. F. Nowakowski. Sprawozdawca kol. Hoyer.

4^o Nadto do biblioteki Towarzystwa lekar. właściciel zakładu fotograficznego p. Jan Mieczkowski nadesłał fotografią ś. p. Jacka Dziarkowskiego, jednego z założycieli pierwszej szkoły lekarskiej w Warszawie.

II. Następnie kol. Bartoszewicz odczytał protokoły posiedzeń (37, 38, 39 i 40) oddziału położnictwa, kolega Portner protokół z posiedzenia 32 oddziału anatomii i fizjologii, a kol. Wszebor z posiedzenia 25 oddziału chirurgii.

III. Kol. J. F. Nowakowski, redaktor Pamiętnika Towarzystwa lek. warsz. odczytał odezwę następującej treści:

„Do Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego:“ W obecnym czasie okazał się niezwykły ruch, chociaż pocieszający w literaturze lekarskiej krajowej. Powstały dwa nowe czasopisma i przez to wszystkie pobudzone zostały do współubiegania się. Pamiętnik jako najdawniejszy, nie może także pozostać obojętnym widzem. Powinien dbać tak o podniesienie moralne, jak i o swój wzrost materyalny. Ostatni zależy od zwiększonej liczby prenumeratorów. Dotąd do zmniejszenia prenumeratorów, między innemi przyczyniała się i ta okoliczność, że ozdoba Pamiętnika, jego protokoły posiedzeń, dające niewątpliwie prawdziwy obraz działań i życia Towarzystwa lekarskiego, były dosłownie przedrukowywane, *bez wymienia źródła*, w drugim czasopiśmie prywatnym, mającym na celu także naukowy ale i swój własny interes. Z tego wpływało, że kto prenumerował *Tygodnik lekarski*, wybornie mógł się obchodzić bez Pamiętnika Towarzystwa, bo w Tygodniku znajdując dosłownie powtórzone protokoły posiedzeń, wiedział dobrze co się dzieje w Towarzystwie lekarskim.

Redakcja więc Pamiętnika, upatrując w tém szkodę wyrządzaną pismu w ciągu lat wielu, zwraca uwagę Towarzystwa lekarskiego, że protokoły posiedzeń są jego wyłączną wła-

snością, do ciągnięcia z których korzyści nikomu innemu prawo nie służy, i dlatego uprasza Towarzystwo o odniesienie się piśmienne do redakcyi Tygodnika lekarskiego z prośbą, iżby też nadal od dosłownego przedrukowywania protokółów posiedzeń Towarzystwa lek. wstrzymać się zechciała.“

Po odczytaniu powyższego zabrał głos b. redaktor Tygodnika lekarskiego kolega Natanson, przywodząc, że przedrukowywanie w Tygodniku lekarskim protokółów posiedzeń tutejszego Towarzystwa lekarskiego istotnie ma miejsce od lat wielu, lecz przez to szkoda Pamiętnikowi wyrządzana nie była, ale przeciwnie, czyniona była Towarzystwu przysługa, przez nadawanie protokółom za pośrednictwem Tygodnika większego rozgłosu. Że podobne powtarzanie protokółów z posiedzeń naukowych i akademii ma miejsce we Francyi i w Niemczech,—że wreszcie zachodzi jeszcze wątpliwość co do własności protokółów Towarzystwa lekarskiego w tym względzie, iżby drugim dziennikom nie wolno było ich powtarzać, i dlatego spodziewa się, że Towarzystwo do wniosku redakcyi Pamiętnika nie przychyli się.

Kol. Girsztowt zabierając głos odparł wszystkie twierdzenia kolegi Natansona a popierał wniosek redaktora Pamiętnika, przywodząc, iż za granicą nieodbywa się dosłowne przedrukowywanie protokółów z posiedzeń towarzystw naukowych, bo każdy dziennik chociaż mówi o obradach jakiego ciała naukowego, to je podaje w streszczeniu, a inaczej wszystkie sprawozdania byłyby jednakowemi, o czém łatwo przekonać się można, że tak nie jest. Dalej, że i u nas innym dziennikom służyć może prawo tylko streszczania protokółów, ale nie dosłownego ich przedrukowywania, bez wymienienia źródła, jak to czyni Tygodnik lekarski.

Kol. J. F. Nowakowski w odpowiedzi na głos kolegi Natansona oświadcza, iż nie przeczy, że Tygodnik lekarski przed 20 laty oddawał przysługę naszemu Towarzystwu, lecz dziś okoliczności się zmieniły; jak Tygodnikowi tak i Pamiętnikowi idzie i iść powinno o dobry byt; przedrukowywanie w Tygodniku dosłowne protokółów posiedzeń, bez wymienienia źródła, uważa za przynoszące szkodę Pamiętnikowi,

i chociaż podobne postępowanie we Francji lub Niemczech byłoby możebnem, to wedle obowiązujących u nas praw miejsca mieć nie może. Co się zaś tyczy podawania w wątpliwość własności Towarzystwa do jego protokółów, oświadczają, iż w tym przedmiocie, tylko zdanie specjalistów t. j. prawników uwzględnione być może. Dla tego obstając przy swoim wniosku, prosi o jego przyjęcie dla dobra samego Towarzystwa, tem więcéj, że Tygodnik lekarski jeszcze uprzedza niekiedy Pamiętnik i w pierw drukuje artykuły, miejsce właściwe w Pamiętniku znaleźć mające, o czém przekonywa składający się Nr. 51 Tygodnika lekarskiego z r. z. gdzie już jest wydrukowany obraz epidemiologiczny królestwa za miesiąc listopad, jaki w Pamiętniku jeszcze nie został ogłoszony.

Kol. Natanson objaśnia, że ogłoszenie to uczynił z upoważnienia oddziału epidemiologii, gdyż wychodzenie Pamiętnika co drugi miesiąc, nie dawało możności właściwego zużytkowania rzeczonych i bardzo interessujących obrazów epidemiologicznych.

Kol. Korzeniowski popiera zdanie kol. Natansona.

Prezes (kol. Hoyer) oświadczają, że ostateczne rozstrzygnięcie téj kwestyi nateraz jest niemożebne z 2 przyczyn: raz, że potrzebne jest zdanie prawników, którzyby oznaczyli granicę własności Towarzystwa do jego protokółów, a 2re że dziś za mała jest liczba obecnych członków (15), iżby tę kwestyę można było poddać pod głosowanie. Daléj prezes nadmieniał, iż on będąc obecnie redaktorem Tygodnika lekarskiego sam czuje niedogodność dla pisma przez powtarzanie protokółów posiedzeń Towarzystwa lekarskiego, często obszernych i wiele miejsca zabierających, że pragnie dokończyć ogłoszenia tychże protokółów za rok ubiegły, a daléj ograniczy się na ich streszczaniu.

Kol. J. F. Nowakowski dodaje, iż poczytuje się za szczęśliwego, że prezes swoją bezstronnością upraszcza kwestyę i zbliża ją do prędkiego załatwienia. Daléj

Kol. J. F. Nowakowski odczytuje rozporządzenie JW. Dyrektora prassy Tajnego Rady Pawliszczewa do redakcyi Pamiętnika, zalecające pod osobistą odpowiedzialnością, eda-

która, używać nazwy gubernii i miast wedle zmian zaprowadzonych Ukazem Najwyższym o zarządzie gubernialnym i powiatowym w Królestwie Polskiem; wreszcie odczytuje Nr: 14 czasopisma *Klinika*, w którym czynione są zarzuty Pamięnikowi, proponując stosowną na to odpowiedź.

Prezes (kol. Hoyer) uprasza redaktora o przygotowanie odpowiedzi i odczytanie jej na następném posiedzeniu Towarzystwa.

Na tém protokół ukończono.

w z. J. F. Nowakowski.

Posiedzenie 4, z d. 5 lutego 1867 r.

Prezes kol. Hoyer.

1. Protokoły ostatniego i przedostatniego posiedzenia zostały odczytane i przyjęte.

2. Kol. J. F. Nowakowski składa w darze fotografię ś. p. kol. Bęcwicza.

3. Kol. Szokalski zwraca uwagę Towarzystwa na korespondencyę sekcji epidemiologicznej, które w ostatnich czasach zaczynają być bardzo liczne i od których porto znaczną wyniesie kwotę, jaka w budżecie nie jest zatwierdzoną. Należałoby więc aby Towarzystwo obmyślało i ustanowiło odpowiedni fundusz.

4. Kol. J. F. Nowakowski odczytuje opinię prawników (*) w kwestyi przedrukowywania protokółów Towarzystwa przez *Tygodnik lekarski*. Zdanie to brzmi, „że *Tygodnik prawa prze-*

(*) Opinia Radców prawnych Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Spełniając ustne zawezwanie W^o Redaktora Głównego Pamięnika Towarzystwa Lekarskiego, w przedmiocie udzielenia wyjaśnienia pod względem prawnym kwestyi:

Czyli Redakcja Pamięnika ma prawo wyłączne zamieszczania protokółów posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego, i czy jest mocna upomnieć się, aby tychże protokół-

druku protokółów w całości nie posiada, i takowe tylko za zgodą Towarzystwa w streszczeniu po wydrukowaniu ich w Pamiętniku ogłaszać może z przywiedzeniem źródła.“ Zda-

kółów inne pisma ani wcześniej niezamieszczały, ani nieprzedrukowały w całości ze wskazaniem, lub bez wskazania źródła?

Mamy zaszczyt złożyć następujące uwagi: Obowiązujące u nas prawo cywilne nieobejmuje żadnych specjalnych przepisów dotyczących własności literackiej i artystycznej; we Francyi, Belgii i innych państwach istnieją oddzielne postanowienia mające na celu zabezpieczenie tego rodzaju własności. U nas dopiero kodex kar w roku 1847 ogłoszony poraz pierwszy wprowadził prawodawczą zasadę uszanowania własności literackiej i artystycznej stanowiąc w art. 1193, 1194, 1195 kary za przyswojenie sobie autorstwa, lub nieupoważniony przedruk.

Te artykuły kodexu brzmią jak następuje:

Art. 1193. Kto przywłaszczywszy sobie cudze płody literackie lub naukowe, albo utwory kunsztów i sztuk pięknych, pod swoim imieniem je wyda, ten oprócz obowiązku wynagrodzenia wszystkich zrzędzonych szkód i strat, ulegnie zesłaniu na mieszkanie do jednej z odległych gubernii oprócz syberyjskich, z zamknięciem od sześciu miesięcy do roku jednego, a jeżeli nie jest od kar cielesnych prawem wyłączony zamknięciu w domu roboczym od roku jednego do dwóch lat.

Art. 1194. Kto nieudając siebie za autora cudzego dzieła, przekładu lub innego płodu naukowego, kunsztów, lub sztuk pięknych, wiedząc wszakże, że one własność literacką lub artystyczną drugiego stanowią, rozrządzi bez należytego upoważnienia, znajdującemi się u niego, z jakiegokolwiek powodu, płodami tego rodzaju, jak swoją własnością, drukując lub pozwalając drukować książkę, artykuł lub nóty muzyczne, albo przedstawić dramatyczny lub wykonać muzyczny utwór w publiczném zgromadzeniu, albo wreszcie powtarzając i rozmnażając obrazy i inne płody kunsztów lub sztuk pię-

nie to nie trafia do przekonania wszystkich, dlatego kwestya zostaje postawiona i oddana pod głosowanie w ten sposób: „czy przedrukowywanie protokółów w całości z przyto-

knych, ten oprócz wynagrodzenia zrządzonych tym sposobem strat skazanym zostanie:

na zamknięcie w domu poprawy od trzech miesięcy do roku jednego,

stosownie do okoliczności winę jego zwiększających lub zmniejszających.

Tejże samój karze ulegnie nie tylko ten, kto bez pozwolenia autora wydrukuje lub pozwoli wydrukować nowe wydanie książki, artykułu, muzycznego utworu, lub ryciny, ale i ten kto rękopism, lub prawo na wydanie książki, artykułu, muzycznego utworu, lub ryciny, sprzeda oddzielnie lub kilku osobom, bez ich zezwolenia, jeżeli przytém nie zaszedł z jego strony jaki fałsz lub inny podstęp.

Art. 1195. Kto bez przedrukowania w całości książki, artykułu lub muzycznego utworu, albo nieodbijając na nowo całkowitych rycin, pomieści w swych książkach, *pismach czasowych*, rycinach i t. p. *wyjątki* w większej niż prawo dozwala obszerności, wzięte z płodów literackich lub artystycznych autorów lub artystów przy życiu będących, lub których prawa literackiej lub artystycznej własności służą jeszcze wyłącznie ich spadkobiercom lub innym osobom, ten na zaskarżenie poszkodowanych skazanym zostanie,

na karę pieniężną we dwójnasób większą od ceny wszystkich wydrukowanych lub odbitych przez niego egzemplarzy książki, nót lub rycin, takie *wyjątki* z cudzych utworów obejmujących.

Z porównania tych przepisów z § 15 i 17 Ustawy Towarzystwa Lekarskiego, wynika ten konieczny *wniosek*:

że Towarzystwo ma wyłączne prawo wydawania *Pamiętnika* i umieszczania w nim protokółów swoich posiedzeń, że zatem *zamieszczanie* tych *protokółów* w *innych dziełach* lub *pismach krajowych* wcześniej przed *ogłoszeniem* ich w *Pamiętniku*, lub *przedrukowanie*

czeniu źródła zkađ są wzięte, przynosi szkodę Pamiętnikowi.“ Większością głosów rozstrzygnięto że *tak*. Obecny Redaktor Tygodnika oświadcza w skutek tego, że na przyszłość protokoły Towarzystwa tylko w streszczeniu drukować będzie.

5. Kol. J. F. Nowakowski następnie odczytuje odpowiedź redakcyi Pamiętnika na artykuł traktujący o Tow. Lek. umieszczony w jednym z ostatnich numerów (14) Kliniki.

Towarzystwo wszelako uznaje na wniosek kolegi Szokalskiego, że Pamiętnik jako organ reprezentujący Towarzystwo, nie może wchodzić w polemikę z innemi pismami peryodycznymi i postanawia aby artykuł ten drukowanym nie był.

6. Kol. J. F. Nowakowski wreszcie komunikuje Reskrypt JW. Tajnego Radcy Pawliszczewa Dyrektora Prassy peryodycznej, do Redaktora głównego Pamiętnika, zapytujący na jakiej zasadzie Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego nie wychodzi stosownie do Rozporządzenia Kommissyi Rz. S. W. i D. z r. 1860 zeszytami miesięcznymi i zalecający zarazem ściśle zastosowanie się do rozporządzenia Władz pod osobistą odpowiedzialnością.

Ponieważ rzeczywiście Towarzystwo na wydawnictwo dwumiesięczne nie wyjednało decyzyi Kommissyi Rz. S. W. i D., gdy wielu z kolegów uznaje, że korzystniejszem byłoby gdyby Pamiętnik wychodził *miesięcznie*, Towarzystwo postanawia aby na przyszłość Pamiętnik wydawany był w zeszytach miesięcznych.

tychże protokołów w całości albo w większej niż prawo dozwala obszerności bez wskazania źródła lub nawet ze wskazaniem źródła, jest nieprawnem i nadaje Towarzystwu tytuł i prawo poszukiwania nietylko w drodze karniej, lecz w drodze cywilnej wynagrodzenia szkód.

Warszawa d. 16 Lutego 1867 r.

Karol Thieme, Mecenas.

Stanisław Zawadzki, Rejent K. Z. G. W.

7. W końcu posiedzenia kol. Brodowski przedstawia dwa okazy. pathologiczne znalezione przy sekcyach.

Pierwszy przedstawia ciężę zewnątrz maciczną. Jaje zapłodnione wszedłszy w przestrzeń pomiędzy pęcherzem a macicą, zaczęło się tam rozwijać, lecz płód mniej więcj w trzecim miesiącu zamarł, i w tym stanie pozostał bez wywołania dolegliwości.

Drugi okaz przedstawia *Uterus bipartitus*, bicollis macica na dwie oddzielne części podzielona, z których każda do połowy opatrzona oddzielnem' ujściem macicznym w poje-dyńczej kończą się pochwie.

Posiedzenie 5, z d. 19 lutego 1867 r.

Prezes kol. Hoyer.

1. Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.
2. Prezes komunikuje Towarzystwu Reskrypt Kommissji Rządowej S. W. zatwierdzający wybory urzędników Towarzystwa na r. b.

3. Nadesłano dla Towarzystwa:

10 Jahresbericht des Schwedischen Heil. Gymnastischen Instituts in Bremen v. Dr. Axel Siegfried Ulrich. Bremen, 1866 r: Sprawozdawca kol. Apte.

4. Kol. Natanson składa drukowane sprawozdania z chorób, które w r. z. w każdym miesiącu w obrębie królestwa panowały, i stanowiących obraz epidemiologiczny K. P. za r. 1866.

5. Prezes odczytuje sprawozdanie z dwóch prac Dra Moslera:

1° O grassującej obecnie w Greifswaldzie epidemii trichinowej. (Praca zamieszczona w Berliner klinische Wochenschrift R. 1866, N. 50.)

2° O tak zwaném zaciśnieniu nerek ruchomych. (Rozprawa zamieszczona w Berliner klinische Wochenschrift R. 1866, N. 41.)

W końcu sprawozdania kol. Prezes przedstawia autora na członka korespondenta Towarzystwa.

6. Kol. Apte odczytuje protokoły ostatnich posiedzeń sekcji epidemiologii i higieny publicznej.

7. Kol. J. F. Nowakowski odczytuje sprawozdanie z czynności Towarzystwa lek. Warszawskiego za r. 1865.

8. Kol. Le Brun podnosi kwestyą posiedzeń publicznych Towarzystwa; kolega uważa, że posiedzenia te przerwane z powodu okoliczności niezawisłych od Towarzystwa, teraz mogłyby być wznowione i byłyby na czasie, ponieważ publiczność nawet ich się domaga.

Zdanie kolegi Le Bruna popierają koledzy Girsztowt i Natanson, ten ostatni nawet przytacza, że już w roku zeszłym Towarzystwo wznowienie posiedzeń publicznych uchwaliło, i takowe tylko dla tego do skutku nie przyszły, że nikt z kolegów pracy na ten cel nie przedstawił; proponuje więc przesłanie kurendy do kolegów, aby ci którzy na publiczném posiedzeniu prace swoje czytać zechą, takowe Towarzystwu przedstawili.

Prezes robi uwagę, że posiedzenia publiczne zawieszone zostały za zgodą Towarzystwa; dla rozstrzygnięcia więc projektowanego wznowienia tychże posiedzeń zdaniem jego potrzebna jest większa liczba kolegów niżeli obecnie zebranych, dyskusyę więc nad tym projektem odkłada do przyszłego posiedzenia, na które wezwie kolegów aby się w większej liczbie zebrać chcieli.

Kol. Natanson składa nadesłane z rozmaitych stron kraju dokumenta odnoszące się do historii epidemii cholery w r. 1866, wyrażając życzenie, aby który z kolegów zechciał zużytkować bogaty ten materyał, z czego by nie jedna korzyść dla nauki wyniknąć mogła.

Dr. Braun.

Posiedzenie 26, dnia 7. stycznia 1867 r.

Przewodniczący kol. Girsztowt.

Treść. I. J. F. Nowakowski: Caries columnae vertebralis po wyluszczeniu tłuszczaka. II. Amputatio cruris, pyemia. III. Girsztowt: Leczenie radykalne przepukliny. IV. Guz podskórny z jamy czaszki wychodzący.

Obecni: kol. Chwat, Girsztowt, Helbich, Jodko, Le Brun, J. F. Nowakowski, Portner, Wł. Stankiewicz.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia.

Kol. J. F. Nowakowski przypomina, że na posiedzeniu 21m mówił o ranie postrzałowej wewnętrznej kąta oka prawego, gdzie przy zachowaniu całości oka i obrażeniu wyrostka nosowego kości szczękowej górnej można było spodziewać się nadwreżenia woreczka i kanalika łzowego, tymczasem rana zagoiła się pięknie i niema łzawienia.

Następnie kol. J. F. Nowakowski przedstawia preparat anatomiczny, obejmujący część kolumny kręgowej, gdzie wyrostek kolcowy 1go kręgu grzbietowego obnażony jest z okostnej i w stanie próchnienia (*caries*). Okaz ten pochodzi z mężczyzny lat 28 wieku liczącego, który przybył do kliniki chirurgicznej z guzem tłuszczakiem (*lipoma*) od 18 lat rosnącym mu na grzbiecie między łopatkami. Dnia 11 listopada r. z. guz ten wyluszczonej został przez prof. Le Bruna przy użyciu znieczulenia miejscowego, w obec Rektora Szkoły Głównej dr. J. Mianowskiego, prof. psychiatrii z Petersburga dr. Balińskiego i prof. Girsztowta. Po operacji była lekka gorączka, która po kilku dniach ustąpiła i chory przez dni 21 miał się zupełnie dobrze. Dnia 2 grudnia r. z. po przeładowaniu żołądka wystąpił silny dreszcz, gorączka i symptomata gastryczne. Pomimo zastosowania odpowiednich środków gorączka coraz się wzmacniała i puls stał

się przyspieszonym, że 5 grudnia naliczono 150 uderzeń na minutę. Stan ten coraz się pogorszał i chory przy upadku sił, rozwijającym się obrzmieniu szyi i w stanie nie zupełnej przytomności zmarł 8 grudnia.

Przy sekcji tkanka łączna podskórna na szyi i w okolicy rany okazała się być obrzękłą i prawie czarną. Na dnie rany zagłębienie sięgające do stosu kręgowego. W płucach ropnie metastatyczne. Błona śluzowa w okolicy małej krzywizny żołądka mocno zaczerwieniona. Po wyjęciu części stosu kręgowego znaleziono wyrostek kolcowy 1go kręgu grzbietowego z okostnej obnażony i w stanie próchnienia (*caries*), okostna od kręgów sąsiednich łatwo się oddzielała. Pytanie jaka jest przyczyna śmierci? Sam chory przyznał się, że dnia 1 grudnia przejadł się i odtąd powstała gorączka z objawami gastrycznymi, które trwały aż do zgonu. W płucach zaś znaleziono wyraźne znaki pyemii.

Kol. Le Brun robi uwagę, że operacja nie mogła wywołać *caries* kości, że zatem istnieć musiało już poprzednio a nacisk na wyrostek kolcowy przy leżeniu sprawę tę mógł pogorszyć. Po operacji rana była czystą i płytką, niekomunikowała z wyrostkiem kolcowym, nic niepokazywało aby zapalenie z rany mogło się przenieść na kręgosłup; żadnych objawów ze strony rdzenia nie było.

Kol. Chwat przytacza, że pyemia jest dość częstym następstwem odejmowania guzów w przebiegu kręgosłupa lub na głowie. Być może, że organa te kostne nagle pozbawione ciepłego pokrycia znajdują się w warunkach niepomyślnych i ulegają skutkiem tego chorobie pociągającej za sobą pyemię. W przypadku podwiązania naczyniaka (*teleangiectasis*) w pobliżu kręgosłupa i po operacji cysty na głowie, widział kol. Chwat wywięzującą się pyemię i zgon.

Kol. Girsztowt pamięta, że guz odjęty był tłuszczakiem włóknistym (*cholesteatoma*), że przegrody w nim były twarde i tęgie i zapuszczały odnogi między mięśnie, co nawet utrudniało wyłuszczenie. Sądzi zatem, że jedno z przedłużeń sięgało aż do kręgosłupa, skutkiem czego przy pociąganiach na guz wywieranych mogła być okostna naruszona, a process

wywołany w okostnej, zwiększony leżeniem chorego na grzbiecie, przeszedł w zupełną *periostitis*, która tu sprawiła pyemię. Trudno było za życia stwierdzić ten process, ale posoka wytworzona mogła dostać się do tkanek i być zresorbowaną.

Kol. Helbich wielokrotnie operował tłuszczaki, między innymi jeden ważący 17 fut., nigdy jednak nie obserwował w nich przegród sięgających aż do kręgosłupa.

Kol. J. F. Nowakowski w odpowiedzi kol. Chwatowi nadmienia, że jednocześnie operowany w klinice drugi tłuszczak na grzbiecie najpomyślniej się zakończył. Co zaś do przegród to te oddzielone były od okostnej powięzią mięśnia kapturowego.

Kol. Kwaśnicki mniema, że w osądzeniu niebezpiecznych następstw operacji nie można nic ogólnie powiedzieć, należy przedewszystkiem uwzględnić wszelkie okoliczności i warunki anatomiczne danego wypadku.

Kol. Girsztowt odpowiada kol. Nowakowskiemu, że powięzie nie są przeszkodą dla przegród włóknistych lub szypulek. Wszak na karku występują guzy podskórne, których szypułki z okostnej kręgosłupa biorą początek pomimo 3 listków powięzi. W tym zaś przypadku tem bardziej nie było żadnej powięzi, któraby guz od okostnej oddzielała.

Kol. Helbich przypomina sobie, że w *Dictionnaire des sciences médicales* powiedziano, iż tłuszczaki tylko na dłoni i podszwach nie występują. Tymczasem z kol. Le Brunem obserwował dwa przypadki tłuszczaka na dłoni.

Kol. Stankiewicz odejmując guz oznaczony jako żabka (*ranula*) przekonał się, że to był tłuszczak; podobna omyłka wydarzyła się także sławnemu Dupuytrenowi.

Kol. Girsztowt opowiada, że był u chorego od 3ch dni cierpiącego na objawy przepukliny zaciśnionej, od 2ch dni kolledzy inni sądząc, że ją odprowadzili nałożyli byli opaskę, objawy jednak zaciśnięcia nie ustawały. Kolega Girsztowt wykonał herniotomię przy użyciu znieczulenia miejscowego. Kiszka jakkolwiek fioletowego koloru nie była zgangrenowaną, obok niej w otworze pachwinowym zewnętrznym tkwiło jądro. Po zrobieniu 3ch nacięć w szyi worka kiszka dała się

wprowadzić do jamy brzusznej. W kilka godzin jeszcze pomimo nawet użycia odpowiednich środków, nie było stolca i objawy zaciśnienia trwały dalej. Zapytuje się kol. G. co pozostaje robić?— Obecni kolledzy zgadzają się, że w danym przypadku zaciśnienie drugie wewnętrzne jeszcze w innym zapewne znajduje się miejscu, dla tego należało by je usunąć.

Kol. J. F. Nowakowski opowiada o 18-letnim Aleksandrze Sikorskim od kilku lat cierpiącym na próchnienie kości w stawie golenio-stępowym lewej nogi, dla usunięcia to którego cierpienia prof. Le Brun dopełnił odjęcia goleni w $\frac{1}{3}$ górnej jej części. Po amputacji wystąpiły objawy dowodzące zapalenia szpiku kostnego (*osteomyelitis*); chory po kilku tygodniach umarł na ropnicę. Obok ropni metastatycznych w płucach, znaleziono liczne złoży gruzlicze, w wątrobie zaś ropień wielkości głowy dziecka; w śledziona rozsiane małe ropnie.

Kol. Girsztowt opowiada o radykalnym leczeniu przepukliny, zastosowanym przez niego sposobem pana Gerdya w d. 2 stycznia b. r. w obecności koll. Chwata i Kwasińskiego. Sposób ten jak wiadomo polega na przeprowadzeniu grubiej nitki przez przewód pachwinowy dla wywołania zapalenia zlepnego i zarośnięcia tego przewodu. Zapalenie otrzewnej jest tylko miejscowe, sznurek nasienny obrzmiewa, ale puls jest mało przyspieszony i stan ogólny chorego jest dobry.

Kol. Girsztowt stosował już ten sposób na żołnierzu, u którego po 7u miesiącach hernia lekko tylko wypukła się powrótnie zaczęła. Należałoby częściej próbować leczenia w ten sposób przepuklin, zapobiegając smutnym następstwem zaciśnienia (*incarceratio*). Mała operacja ta nie jest tak niebezpieczną, a wykonana w razie zaciśnienia herniotomia nieleczy radykalnie przepukliny.

Kol. Girsztowt obserwował rzadki przypadek wystąpienia na głowie 12-letniej dziewczynki w okolicy małego ciemiączka, guza mającego cechy encephalocelu. Guz spostrzegł pierwszy kol. Kulesza na wielkanoc r. z. wtedy był wielkości małego orzecha, pod kataplazmem nie ulegał zmia-

nom od tego jednak czasu wzrósł do wielkości dużej pięści. Kość czołowa prawie zupełnie zniszczona, guz bowiem rozciąga się od wierzchołka głowy do międzybrwia (*glabella*), na około niego blaszka zewnętrzna kości daje się wyczuć cienka jak pergamin. Badany pod światło guz nie prześwieca. Nie daje w dotknięciu żadnego uczucia przelewania (*fluctuatio*) ale naciśnięty wywołuje zblednienie chorój, ruchy źrenicy, ból w uchu prawem. Nie było szmeru naczyniowego ani pulsacyi, któreby przemawiały za guzem naczyniowym z błon mózgowych początek swój biorącym, nie było nabrzmienia gruczołów ani rozszerzenia okolicznych żył przy raku występujących, dla tego kol. Girsztowt wyłącza *telangiectasiam* i *cancer* i sądzi, że ma do czynienia albo z *encephalocèle* albo z *fungus durae matris*. Przeciw *encephalocèle* głównie mówi późne pojawienie się guza, jakkolwiek Bruns opisuje kilka podobnych przypadków. Gdyby guz w mowie będący miał być *fungus durae matris* możnaby starać się chorobę usunąć na drodze operacyi.

Kolledzy Helbich, Le Brun i Jodko przyjmują udział w rozprawach nad tem przedmiotem i ostatecznie do jednako-
wego z kolegą Girsztowtem przychodzą wniosku.

Na tem posiedzenie ukończono.

Posiedzenie 27 (wyborcze) z d. 21 stycznia 1867 r.

Przewodniczący kol. Girsztowt.

Obecni: koll. Belke, Chwat, Girsztowt, Jodko, Kwaśnic-
ki, Le Brun, Müllhausen, J. F. Nowakowski, Portner, Stan-
kiewicz, Wszebor.

Przewodniczący przy rozpoczęciu posiedzenia, zaprasza obecnych kolegów by do wyborów na urzędników oddziału przystąpić zechcieli. W skutek tajnego głosowania obrani zostali, większością głosów na rok 1867 następujący kolledzy: Na przewodniczącego, kol. Girsztowt, na zastępcę przewo-
dniczącego kol. J o d k o; na sprawozdawcę oddziału kolega

Wszebor, na delegata oddziału do Redakcyi Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego, kol. T. B e l k e. Następnie na wniosek przewodniczącego, uchwalono, aby sprawozdawca rozesłał do wszystkich członków Towarzystwa listę, na której życzący należeć do oddziału wpisać się się zechcieli.

Na tem posiedzenie ukończono.

Sprawozdawca Dr. W s z e b o r.

ODDZIAŁ EPIDEMIOLOGII I HYGIENY PUBLICZNEJ.

Posiedzenie 42, z d. 3 listopada 1866 r.

Przewodniczący kol. N a t a n s o n.

I. Epidemia złośliwej płonicy. II. Inne choroby panujące.

Obecnych 7 i kol. I g n a t o w s k i z Ciechocinka.

Sprawozdawca (M. M a l c z) odczytał protokół zeszłego posiedzenia. Poczém, obecni na posiedzeniu kollegy: N a t a n s o n, H e l b i c h, K o r z e n i o w s k i, A p t e, Ś w i e t l i c k i, Ż ł o b i k o w s k i i M a l c z, opowiedzieli o chorobach panujących, spostrzeganych w mieście w przeciągu ubiegłych dwóch tygodni.

I. Najważniejszą chorobą panującą, była *płonica* (scarlatina), w przebiegu której dawały się wyróżniać dwa kierunki: *łagodny*, z mocno uwydatnioną wysypką, z opuchnięciem ciała, lekkim zajęciem gardła, i obrzmieniem gruczołów szyjnych, zakończony zwykle wyzdrowieniem; drugi *złośliwy*, z silnym zajęciem błonicowym gardła (*diphtheritis*) z następnym rozwinięciem się stanu durzycowego, mocnym obrzmieniem gruczołów szyjnych prowadzący za sobą uduszenie (*asphyxio*), chorobą *Brighta*, zajęciem skóry i stawów, zajęciem serca. W jednym przypadku, na 10 — 11 dzień, rozwinęła się silnie *diphtheritis* gardła, zajęcie stawów u ręki i nogi; w drugim dołączyły się objawy durzycowe z zajęciem stawów, a chory na 14 dzień choroby zmarł przy objawach posocznicy (*septicaemia*) H e l b i c h. W innym znów po zapaleniu gar-

dła, rozwinęły się dymienice (*bubones*), krwawe stolce, plamica Werlhofa, petechiae a w około czaszki zrobiła się sina plama; w czwartym przypadku silne ciśnienie obrzmiałych gruczołów, wymagało otworzenia niektórych, z pomocą noża lub potażu żrącego (kali causticum), poczem wypłynęło wiele posoki, a jednocześnie wstawiły się objawy posocznicy z nabrzmieniem stawów (szczególniej w stawie skokowym); to znów po diphtheritis gardła, traktowaném pomyślnie *bals. copaivae* (Natanson), powtórnie rozwinęło się takowe, na migdałach, języczku, czerwoność skóry powtórnie objawiała się po 16 dniach, przy silnej gorączce ropnicowej z zajęciem stawów połączonój. We wszystkich powyżej opisanych przypadkach przepowiednią można było postawić jak najgorszą, a większość, stawała się zgubną pastwą złośliwości rozwiniętych objawów.

II. Silnem również było *diphtherilis* na różnych błonach śluzowych rozwijające się, szczególniej przy ulicach Marszałkowskiej, Chmielnej, Złotej, lub Franciszkańskiej, Gęsięj i t.d. w których to razach po wyczerpaniu wszystkich zaleconych środków, kol. Korzeniowski zaleca próbować sok cytrynowy. Także spostrzeżono, iż charakter powyższych chorób zmienił się znacznie. Miejsce cholery, która ucichła w mieście naszym, zastąpiły liczne zajęcia narządów oddechowych (*bronchitis, pneumonia*) w jednym przypadku *pneumonia duplex* zakończona w 3 dni śmiercią (Helbich), silne reumatyzmy stawowe ostre po większej części bez zajęcia serca, (choć i przeciwnie przypadki miały miejsce); w jednym przypadku, podczas reumatyzmu, rozwinęła się *hemosis* oka, później zapalenie stawu skokowego.

Kol. Natanson zauważył, iż dawniej zalecana z pożytkiem w reumatyzmie stawów ostrym *mixtura Scudamori*, w dzisiejszych przypadkach niewystarczała; używał kollega *tincturam veratri viridis*, odwar z kawy z niepalonych ziarn, pod wpływem czego *diuresis* powiększała się i polepszenie następowało.

Spostrzegano również reumatyzmy głowy, zapalenia gardła zwyczajne i błonicowe, zapalenia połogowe jak *perimetritis* (Apte), *mumps* przechodzący w rozdzielenie,

nie, gorączka durzycowa, różne krwotoki, odra, *varicella* koklusz, w którym przewodniczący zalecał *Flor. sulphures*.

Kol. Ignatowski oznajmia, iż w Ciechocinku, epidemia cholery obecnie była nieznaczną i bardzo różniącą się w objawach, od epidemii 1831 r. Obecnie, prawie zawsze przechodziła w t. zwany *typhoid*. Małe jój rozwinięcie przypisywał, nasyceniu powietrza chlorem.

Kol. Żłobikowski w ambulatorium szpitala ś. Ducha przyjmował 580 chorych (w ostat. 3 tygodniach), z których: 200 z zajęciem kataralnym oskrzeli i płuc, a 80 z zajęciem gardła, *cum parotitide*.

Kol. Odczytuje list kol. Wągrowskiego z Sieradza o panującej tam cholery, która w dniu 8 września doszła do najwyższego szczytu. Ogółem chorowało tamże 412 osób na cholere, wyzdrowiało 188, umarło 224, co w porównaniu z sześćtysięczną ludnością Sieradza, jest wielkim procentem. Co do warunków higienicznych i topografii miasta dodaje, iż rzeczka a raczej bagno otacza w części miasto, w której to okolicy znajduje się i szlachtuz, a cholera nie oszczędziła tam ani jednego domu.

W końcu posiedzenia, zawiązała się raz już podnoszona dyskusya co do rozróżnienia dwóch stanów patologicznych *mumps* i *periparotitis*.

Prewodniczący uważa *mumps* za zapalenie samego gruczołu, dodając że tenże bywa epidemiczny czyli występuje samoistnie; przeciwnie, *periparotitis* ukazuje się jako następstwo chorób septycznych. Choroba ta (*mumps*) przerzuca się niekiedy na inne gruczoły: sutki i jądra, ustępuje bez żadnego leczenia.

Kol. Helbich dodaje, iż gdyby było zajęcie samego gruczołu, toby natężenie choroby stało się silniejsze, a ślinienie wstrzymałoby się lub przeciwnie znacznie byłoby zwiększone.

Kol. Korzeniowski przypomniawszy anatomią gruczołu, rozróżnia 3 rodzaje zapalenia takowego, *parotitis*, *periparotitis* i zapalenie tkanki łącznej otaczającej gruczoły limfatyczne i ten ostatni stan patologiczny, nazywa mianem

mumps; który przechodzi bez żadnego leczenia, gdy przeciwnie, przy zajęciu samego gruczołu, tenże zwykle przechodzi w zropienie.

Kol. Natanson utrzymuje, iż z pomiędzy tych 3 form *mumps*, jestto właśnie zajęcie *sui generis* gruczołu samego, (*parotitis*) mające podstawę swą w katarze przewodów ślinowych nie przechodzi wcale w ropienie, gdyż jest tylko rodzajem nabiegu krwi.

Na tém posiedzenie ukończono.

Posiedzenie 43, dnia 17 listopada 1866. r.

Przewod. kol. Natanson.

Protokóły zeszytych posiedzeń odczytano i przyjęto.

Kol. Dobieszewski odczytał bulletyn epidemii Królestwa za m. październik b. r. oraz wiadomość o cholery panującej teraz w m. Płocku, skreśloną przez kol. Krasowskiego z uwagami tegoż o leczeniu cholery sosem ogórkowym, oraz oliwą z octem. Oddział epidemiologii na wniosek Prezesa, postanawia upraszać sprawozdawcę, o dokładniejsze pod tym względem wiadomości, oraz szczegółowe sprawozdanie leczonych chorób, a sekretarza do przeprowadzenia w tym względzie korespondencji z kol. Krasowskim upoważnia. Sekretarz zawiadamia o odniesieniu się kol. Jędrzejewicza z m. Płońska do Oddziału z prośbą o przysłanie stosownego szematu, celem wynotowania faktów, dotyczących etiologii, rozprzestrzeniania się, rezultatów leczenia i innych ważnych okoliczności podczas ostatniej epidemii cholery w powyższej miejscowości, a to w chęci zawiadomienia o tém oddziału.

Przewodniczący jak i zgromadzeni członkowie oddziału uznając słusność tego wniosku, postanowili ułożyć wspólny szemat tyjący się wiadomości o cholery ubiegłej z zamiarem zawiadomienia i uproszenia kolegów, którzy mieli sposobność pilnie śledzić epidemią o nadesłanie Oddziałowi szczegóło-

wych o niej wiadomości. Oddział upoważnił Tygodnik lekarski do wydrukowania szematu.

Choroby panujące opowiedziane przez koll. Helbicha, Natansona, Aptego, Malcza, Dobieszewskiego i Żłobikowskiego, były następujące: płonica silna z powikłaniami, nie odstępującemi od poprzednio wyszczególnionych, odra powikłana z zapaleniem płuc; zapalenie gardła, zwyczajne i błonicowe, silny koklusz, zapalenie płuc niekiedy obydwóch razem (*pneumonia duplex*), w niektórych przypadkach szybko śmiercią ukończone, jak np. w przypadku opowiedzianym przez kol. *przewodniczącego* w którym *pneumonia* trwała 2 doby; zapalenie opłucnej (w przypadku spostrzeżanym przez kol. Aptego, wysięk tak był znaczny, że zauważano przesunięcie (*dislocatio*) serca; tyfus wysypkowy (*petechiae*) reumatyczny stawów i mięśni, zapalenie błon mózgowych (*meningitis*) u dzieci i dorosłych, katary żołądka i kiszki, *mumps*, częste ropnie na dziąsłach (*abscessus gingivae*) połączone w jednym przypadku z zapaleniem okostnej szczęki (*periostitis*), krwotoki płucne, *apoplexio* 1 przyp. *periarthritis* przy zapaleniu gardła, u mężczyzny 30 letniego, u którego w okolicy stawów u rąk i nóg. zjawilo się silne zaczerwienienie i obrzmienie, co po kilku dniach jednak ustąpiło. Pogorszenie stanu gruźlkowych.

W końcu posiedzenia *sprawozdawca* (Malcz) wspomina o braku stosownych urządzeń i przepisów higienicznych przy innych chorobach zaraźliwych, jakoto: ospie, tyfusie, płonicy, która od kilku już miesięcy tak straszne ofiary, większe bezwątpienia liczebnie od cholery za sobą pociąga, sądząc, iż tak jak dla téj ostatniej, tak i podczas panowania powyższych chorób septycznych, zupełnie jednakowe środki ostrożności i przepisy, przez władze policyjno-lekarskie wprowadzone i utrzymane być winny.

Posiedzenie 44, z d. 1 grudnia 1866 r.

Przewodniczący kol. Natanson.

Protokół zeszłego posiedzenia odczytany i przyjęty został.

Choroby panujące opowiedziane przez koll. Helbicha, Natansona, Bernharda, Aptego, Malcza i J. F. Nowakowskiego, były następujące: gorączka reumatyczna, reumatyzm stawowy ostry i mięśniowy, *pleuritis*, *pneumonia*, grypa (*influenza*), w której kol. Aptę między 4 i 6 kręgiem grzbietowym, zauważył czułość rdzenia kręgowego, bóle silne w kończynach, dreszcze i poty. Dalej zapalenie gardła zwyczajne, odra licznie objawiająca się, ospa złagodzona, płonica, u dorosłych i dzieci z zajęciem błonicowem gardła połączona, mniej róża na twarzy, szyi, głowie; katarы żołądka i kiszek, gorączka durzycowa łagodna, *metroperitonitis* i *perimetritis*; częste krwawienia, szczególnie krwotoki płucne u gruźliczych, dwa przypadki zalewu mózgowego i koklusz u dzieci.

Przewodniczący zwraca uwagę, na szczególnie częste objawianie się w obecnej porze reumatyzmów ostrych stawowych, które spostrzegał u otyłych, dobrze zbudowanych osób; często w karku i w przebiegu kolumy kręgowej, dawały się wysledzić miejsca bolesne. Cierpienia te leczą się w ogóle uporczywie, serce nie bywa zajęte.

Kol. J. F. Nowakowski nadmienia, że dopiero przed trzema tygodniami opuścił łóżko, będąc sam dotknięty po raz pierwszy w życiu reumatyzmem stawów ostrym, który nieznacznie przeszedł w chroniczny. Do wyleczenia zupełnego potrzeba było ośm tygodni czasu. Cierpienie rozpoczęło się najprzód dotkliwym bólem w kolanie, potem w barku i w kręgach grzbietowych, przy gorączce i czerwonym moczu ze znacznymi osadami. Bóle ustępując z tych stawów zajmowały inne, a najdłużej pozostawały w stawach palców u rąk. W nocy bóle stawały się dotkliwszemi; kończyny zajęte spra-

wiały uczucie ciężenia, a między palcami u rąk zdawało się, że znajduje się ciało obce, gęstawe, lepiące się. Środki wymiotne, siarczan chininy, kąpiele wannowe ze solą, skutku nieprzynosiły, dopiero użycie trzynastu kąpielei w wannie pustej, szczelnie zakrytej kołdrami i ogrzewanej dwoma lampkami spirytusowemi, przy zmianie diety mięsnej na roślinną, spowodowały uleczenie. Po każdej takiej kąpieeli, kwadrans trwającej, w ciągu której ciało strumieniami potu się oblewa, zajęte stawy stawały się wolniejszymi i dla tego kol. Nowakowski użycie tych kąpielei bardzo zaleca. Zwraca tylko uwagę, że po takiej kąpieeli zaraz należy się udać do łóżka i dobrze nakryć, gdzie pocenie obfite na nowo się rozpoczyna, które można dowolnie, wedle sił i potrzeby przedłużać. Kąpiele opisane biorą się co drugi dzień. Siedzącemu w takiej kąpieeli, druga osoba winna głowę zlewać zimną wodą.

Sprawozdawca (M. Malcz) niewidząc nigdy skutków od zewnętrznych wcierań, zaraz z początku w okresie zapalnym, szczególnie gdy chorzy są niespokojni i miewają mocne bóle w stawach zaleca z pożytkiem wewnątrznie chininę z morfiną (sulph. chinini gr. V. *acetal. morphi* gr. $\frac{1}{8}$, co 3 godziny proszek), oraz miejscowo na obrzmiałe stawy *collodium* i zimne okłady co pół godziny przemieniane, co wielką jest dla chorych ulgą.

Kol. Aptę, wewnątrznie zalecał *tincturam veratri viridis*, od skrupuła do pół drachmy na sześć uncyi nalewki przy podwyższonej działalności serca, w okresie zaś zapalnym, pigułki *ex merc. corrosivo cum opio*, po $\frac{1}{8}$ gr. p. d. W ogólności jednak leczenie choroby, przeciąga się zawsze do 6 tygodni.

Dr. M. Malcz.

Posiedzenie 46, (*) z dnia 29. grudnia 1866. r

Przewodniczący kol. Natanson.

Treść: I. Choroby panujące. II. Kwiat siarczany przeciwko diphtheritis.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedzającego posiedzenia.

(*) Protokołu z posiedzenia 45 redakcyi nie dostarczono.

Obecni członkowie: Helbich i J. F. Nowakowski objawili, iż do panujących chorób w ubiegłych dwóch tygodniach zaliczyć należy: zapalenie gardła, zapalenie oskrzeli, płuc, opłucnej, odrę, szkarlatynę, koklusz, a kolega Helbich nadto zalicza zimnice.

Kolega A p t e uważa, że liczba chorych się zwiększyła, że charakter obecnie panujących chorób jest reumatyczny i kataralny. Kolega Apte spostrzegał dość częste reumatyzmy szczególnie lumbago, nadto zapalenia płuc u dzieci i dorosłych, kilkakroć żółtaczki kataralne, katar żołądka i kiszek, oraz choroby wysypkowe, jak odrę, a ospę u osoby której ospy nieszczepiono. Miał także kolega sposobność sprawdzić spostrzeżenie, iż przed wybuchem odry na dwa dni okazują się wydatne czerwone plamy na zaczerwienionem już podniebieniu. Nie uszły uwagi zimnice, które kolega Apte spotykał u ludzi biedniejszych w wilgotnych mieszkaniach przebywających. Choroby zaś po połogowe zdają się ustępować.

Kolega N a t a n s o n nadmienia o jednym wypadku szkarlatyny u 12 letniej dziewczynki, gdzie szóstego dnia choroby wystąpiła diphtheritis w gardle, zajmując tylne otwory jamy nosowej (*choanae*), przyczem głos się zmienił, gorączka była znaczna połączona z majaczeniem. Dla zniesienia diphtheritis, zasypywał kolega Natanson gardło kwiatem siarczanym w pierwszych dniach przez usta, a potem przez nozdrza wdmuchując za pomocą rurki szklanej. Wnet łuki podniebieniowe się oczyściły, lecz tylna ściana gardzieli i tylnych otworów jamy nosowej pozostały pokryte błonami wrzekomemi. Wkrótce i te części wróciły do stanu prawidłowego, tak że 9 dnia od ukazania się diphtheritis gorączka ustała i gardło było czyste. Do wewnątrz kol. N. zalecał w tym wypadku sok z cytryn, co 2 godziny łyżkę stołową. Godnym uwagi, że matka tego dziecka dostała diphtheritis, które to cierpienie ustąpiło przy użyciu balsamu copaiwy.

Na tem posiedzenie ukończono.

w z. J. F. Nowakowski.

WIADOMOŚCI ZAKRAJOWE.

przez Dra Apt'e'go.

Racjonalne wskazania do ekstrakcji przy położeniach miednicowych.

przez Dra Breisky'ego, docenta akuszeryi w Pradze.

Ażeby ekstrakcja była pomyslną tak dla rodzącej jak dla dziecka, koniecznym jest warunkiem łatwe i szybkie wydobywanie dziecka. Z tego wynika, że powinien zachodzić korzystny stosunek między miednicą matki i ciałem dziecka, to jest miednica nie powinna być ścieśnioną, a płód nie powinien być nadmiernej wielkości. Dalej, części rodne miękkie powinny być przygotowane należycie i podatne; nakoniec konieczną jest obecność wspierających operacją bólów porodowych. Jednym słowem czynniki porodowe *mechaniczne* jak i *dynamiczne* powinny być jak najkorzystniejszemi, dla pomyslnego ukończenia operacji, w przeciwnym razie rokowanie jest wątpliwe zwłaszcza dla dziecka.

Extrakcja nie wpływa na zmianę niekorzystnych czynników mechanicznych porodowych, lecz tylko czynnik porodowy dynamiczny, to jest bóle porodowe niedostateczne, zastępuje przez pociąganie. Pomyślne skutki jakie natura osiąga przy różnych zboczeniach wymiarowych przez powolne długo trwałe działanie sił porodowych, zwłaszcza przy porodach główkowych, nie dają się osiągnąć przy pomocy ekstrakcji, która zawsze powinna być szybko wykonaną.

Jeżeli racjonalne wskazanie do operacji powinno obiecywać pomyslné jéj ukończenie, to wskazanie do ekstrakcji ze strony dziecka może mieć miejsce tylko pod warunkiem przypuszczalnych korzystnych stosunków mechanicznych.

Przy stwierdzonych zboczeniach w wymiarze miednicy, chociaż nie w tym stopniu, że tylko płód zmniejszony w swéj objętości przezeń przeprowadzić się daje, ekstrakcja dla oca-

lenia dziecka jest operacją nader wątpliwą, wykonanie jej w tym razie usprawiedliwia tylko to, że nasze środki do dokładnego ocenienia wymiarów, a zwłaszcza dla ocenienia wielkości główki dziecka służące, nie są dostateczne aby nas uchronić od pomyłek, i że niekiedy w najważniejszej chwili ekstrakcyi silne bóle porodowe nadspodzianie wspierają nasze usiłowanie.

Wykonywając więc ekstrakcją przy ściśnionej miednicy, ustępujemy tylko wymaganiom ludzkości, przez wybranie ostatniego choć niepewnego środka dla uratowania dziecka od nieochybniej śmierci.

Autor podaje następujące wskazania do ekstrakcyi ze strony dziecka:

1) Wypadnięcie sznurka pępkowego, gdyż w położeniach miednicowych odprowadzenie sznurka zwykle nie udaje się, a nacisk macicy po odejściu wód, w krótkim czasie może stać się groźnym dla życia dziecka.

2) Opóźnienie w urodzeniu dziecka po wyjściu jego aż po nad pępek, co może zależeć albo od ustania bólów porodowych lub ich zadługich przestanków. To wskazanie najczęściej się przytrafia.

3) Bóle porodowe słabe, po odejściu wód płodowych powstałe; chociażby w tym razie pośladki jeszcze wysoko w miednicy były pomieszczone, to nawet słabe bóle wywołują kurczenie się macicy, wskutek czego przerywa się krążenie krwi w łożysku, a ostatecznie następuje śmierć dziecka.

4) Nagła śmierć matki podczas pracy porodowej, gdyż tu i bóle porodowe i krwi obieg w łożysku nagle ustają.

Wskazanie to wymaga aby poród tak dalece był posunięty, że dziecię prędkiej na świat wydobytem być może przez ekstrakcję niż przez cięcie cesarskie.

Co do wskazań ze strony matki, to te nie wynikają z jakichkolwiek względów, dla których szłoby o ocalenie matki lub dziecka, lecz przeciwnie są one koniecznymi i jedynie obiecującymi pomyślnie ukończenie porodu dla dziecka i matki lub przynajmniej dla jednego z nich. Bez natychmiastowej ekstrakcyi tak matka jak i dziecię uległyby śmierci.

Z tych uwag wynika, że ekstrakcja może być wskazaną i przy wąskiej miednicy, jak również przy nie zupełnie rozszerzonym lecz otwartem i podatnem ujściu macicznym.

Warunkami wykonania operacji w tych wypadkach ze strony matki są, iżby zwężenie miednicy nie było tego stopnia gdzie wskazane jest cięcie cesarskie, i ażeby ekstrakcja obiecywała najłżejsze i najmniej szkodliwe rozwiązanie. Zdarzyć się to może i przy położeniach główkowych, a w tym razie ekstrakcyę poprzedza obrót na nóżki.

Extrakcja więc ma wskazanie ze strony matki:

- 1) przy gwałtownych krwotokach podczas pracy porodowej.
- 2) przy napadach eklamptycznych.
- 3) przy pęknięciu macicy, jeżeli rodząca nie jest kojącą.
- 4) przy wszystkich niebezpiecznych zboczeniach porodowych ze strony matki, które przez szybkie rozwiązanie usunięte być mogą.

(Prager-Vierteljahrschrift. 1866 r.)

Wskazanie do obrotu przy położeniu główkowym z powodu ścieśnionej miednicy.

W powyższej rozprawie o wskazaniach do ekstrakcyi przy położeniach miednicowych Dr. Breisky robi następane uwagi, o obrocie na nóżki przy położeniach główkowych i ścieśnionej miednicy. Prof. Simpson wyjawiał zdanie, że główka następująca, łatwiej przez kanał miednicy przechodzi niż główka przodkująca. Zdanie to opiera na tém, że w pierwszym wypadku główka węższą połową wchodzi w górny otwór miednicy, przez co zasunięcie się kości jedna na drugą w szwach łatwiej następuje niżeli gdyby wstawianie się górnej szerokiej połowy czaszki do otworu miednicy miało miejsce. Wymiar poprzeczny między dwoma wyrostkami *sutkowemi* jest o $\frac{1}{2}$ do $\frac{3}{4}$ cala krótszy, a niżeli wymiar poprzeczny między guzami kości ciemieniowych. Wstąpienie główki wązkim rozmiarem w otwór miednicy ma ułatwić przejście przez kanał, gdy przeciwnie stawienie się główki szerokim

wymiarem, w górnym wymiarze miednicy jest o tyle niekorzystniejszym, że przez napieranie na zwężoną miednicę w wymiarze prostym (*conjugata*), następuje przypłaszczenie główki a zatem i powiększenie jej wymiaru poprzecznego. Takie zapatrywanie się i na nióm uzasadniony obrót przy zwężonej miednicy znalazło poparcie i u niemieckich akuszerów, jakkolwiek już w roku 1851 Michaelis w wyborniej swój pracy o zwężonej miednicy szczególnie zwrócił uwagę, że położenia miednicowe i nóżkowe przy ściśnionej miednicy są zgubne dla dziecka; mianowicie z powodu utrudnionego zwrotu grzbietu ku przodowi, ucisku na sznurek pępkowy, niepomyślnego ułożenia odnóg górnych, a najbardziej z powodu zatrzymania się główki w kanale miednicy przyczém dziecię w ciągu 10 minut umiera.

Jednakże w większej części nowych podręcznych dzieł (C. Braun. Hohl. Scanzoni. Nägele. Spigelberg) znajdujemy wskazanie do obrotu na nóżki przy zwężonej miednicy.

Wszyscy autorowie opierają się na zdaniu Simpsona, które jednak doświadczenie Michaelisa i najnowsze statystyczne zestawienie Hennig'a (Monatschrift für Geburtskunde XXV, Supl. Heft) dostatecznie zbijają. Prócz tego nie dosyć zwrócono uwagi na długość czasu potrzebnego dla przejścia główki przez miednicę. Główka przodkująca dłużej bez szkody dla matki i dziecka w kanale miednicy pozostać może niż główka następująca, która koniecznie prędko przejść powinna kanał miednicy, aby życie dziecięcia nie było zagrożonem.

Wszelkie zatem wskazania do obrotu na nóżki przy zwężonej miednicy, w celu przygotowawczym, (w myśl Simpsona) upadają i zostaje tylko jedno wskazanie, które Braun jako czwarte podaje: że jeżeli przy zwężeniu miednicy przystępują zjawiska groźne dla matki jak krwotoki, drgawki i t. p. lecz w tym razie obrót jest tylko jedynym możliwym najwięcej oszczędzającym matkę i dziecię sposobem rozwiązania, a zatem nie jest operacją przygotowawczą lecz z konieczności nakazaną, przy której nie zważamy na niekorzystne stosunki mechaniczne ukończenie porodu utrudnić mogące. W tejsze myśli Drowie Seyfert i Credè oświadczyli się przeciw obro-

towi na nóżki przy ścieśnionej miednicy, a Martin wskazanie do téj operacyi ograniczył do wypadku niesymetrycznie-zwężonej miednicy, gdzie przy pomocy obrotu ma się na celu: sprowadzenie dziecka do obszerniejszój połowy miednicy.

(Prager Vierteljahrschrift, XIII, 2.)

Obrót wykonany za pomocą jednoczesnej wewnętrznej i zewnętrznej manipulaeyi,

podług Braxton Hicks'a profesora Położnictwa i chorób kobiet w Guy-Hospital.

Metoda Braxton Hicks'a zasada się na dokładném spostrzeżeniu, że dziecię w jamie macicy łatwo może być przesunięte z miejsca na miejsce, przy pomocy nacisku od zewnątrz przez ściany brzuszne wywartego. Jeżeli błony płodowe są nienaruszone, w takim razie posunięcie najdokładniej wykonać można; mniej dokładnie, jeżeli część wody płodowój wypłynęła. Jeżeli zaś wcale wody płodowój niema, to również posunięcie płodu może być osiągnięciem gdy macica nie jest ściśle na niem obciążnieta.

Drugą zasadą jest, że w położeniu poprzeczném dziecka kolanko znajduje się w jego okolicy pępkowój w odległości jédnego palca nad ustami macicznymi, a stopka leży na pośladku jeżeli ten ostatni przodkuje. Jeżeli więc w jakikolwiek sposób uda się dziecięciu poprzeczne nadać położenie, to najważniejsza trudność w obrocie pokonaną została.

Trzecią zasadą jest, że położenie poprzeczne skłonne jest do przejścia w takie w którym by oś podłużna płodu i macicy nie krzyżowały się czyli że w poprzecznem położeniu nieznacznym naciskiem można będzie oznaczyć kierunek w jakim główka da się posunąć, czy ku ustom macicznym lub ku dnu macicy.

Obrót na nóżki wykonywa się w sposób następujący: przypuśćmy że główka przodkuje; w takim razie rodząca leży na wznak; rękę lewą stosownie ułożoną wprowadza się do pochwy tak wysoko iżby na długość palca przez usta maciczne poprowadzoną być mogła: ręką prawą naciskając pośladki od zewnątrz staramy się posunąć je do prawej strony macicy lewą zaś ręką jednocześnie główkę odsuwamy w przeciwnym

kierunku to jest ku stronie macicy lewój. Ostatnia ta manipulacja może bardzo być utrudnioną jeżeli główka jest głębokoko wpartą do miednicy, zwłaszcza przy silnych skurczeniach macicy. Wykonywając tak zespolone manipulacje nasuwamy nad usta maciczne bark, a w dalszym ciągu nacisku od zewnątrz na pośladki a od wewnątrz na bark wykonywanego, nareszcie wstawia się nad otworem macicy kolanko, które palcem lewój wewnątrz działającej ręki zahaczyć należy. Zdarza się nawet dosyć często przy błonach płodowych nie-naruszonych, że tuż po nasunięciu się barku, nóżka i pośladki opuszczają się w usta maciczne. Jeżeliby pochwycenie kolanka przedstawiało trudność w wykonaniu, to ręką od zewnątrz działającą staramy się jeszcze niżej zepchnąć pośladki.

Jeżeli usta maciczne nie są rozszerzone i nóżka przeprowadzoną być nie może, to należy ją utrzymać w położeniu przyciskając palcem do wewnętrznej powierzchni ust macicznych i spojenia łonowego, przez co zyskamy podwójną korzyść: raz, że ekstrakcja jeżeliby była wskazaną prędko da się wykonać po rozszerzeniu się ust macicznych, powtórę, że przez poprawienie wzajemnego stosunku między płodem i macicą, w następstwie wykonane operacje łatwiej i pomyślniej dają się ukończyć.

Jeżeli grzbiet obrócony jest na prawo, to i manipulacje w odwrotny sposób wykonywają się. Przy położeniach czaszkowych wątpliwych, jeżeli główka oddaloną jest od środka ust macicznych, to należy napierać ją w tę stronę w którą więcej jest przechyloną i jednocześnie pośladki w przeciwną stronę przy pomocy nacisku od zewnątrz przesunąć. Jeżeli główka poprzedza i niema pewności w jakim położeniu, to należy przypuścić pierwsze położenie, i stosownie do ułożenia płodu w takim razie postąpić.

Przy operacji ważną przeszkodą mogą być kurczenia porodowe i wyrabianie bólów, jednak dostateczną jest jedna pauza dla wykonania operacji, tem bardziej że wskazana jest ona we wczesnym perjodzie porodowym, kiedy bóle jeszcze nie są tak silne i tak częste.

Przy położeniu poprzecznem, całe postępowanie jest daleko prostszem i łatwiejszem; lecz przy zaniedbanych po-

łożeniach barkowych i przy ścisłym obciążeniu macicy na płodzie operacja nie da się wykonać.

Chcąc zrobić obrót na główkę, w takim razie jeżeli w poprzecznym ułożeniu dziecka, główka leży z prawej strony, staramy się palcami lewej ręki wewnątrz jamy macicznej odsunąć bark na lewo i ku górze, a jednocześnie ręką prawą od zewnątrz przez ściany brzuszne staramy się główkę zepchnąć ku dołowi.

Jeżeli pęcherz jeszcze cały, to dla utwierdzenia główki zesuniętej otwieramy go. Jeżeliby ramię wypadło, to poprzednio należy je odprowadzić.

Metoda opisana zastosowaną być może w wypadkach nienormalnego położenia, ścieśnienia miednicy, przy wielkim osłabieniu, przy drgawkach a szczególnie przy łożysku poprzedzającym. Całe postępowanie przy leczeniu ostatniego tego stanu, dąży do wstrzymania krwotoku, przy czem dla ukończenia porodu czynna, nieraz gwałtowniejsza pomoc sztuki jest konieczną. Postępowanie powyżej opisane nie tylko stawia nas w możności uchwycenia prędzij i łatwiej nóżki, lecz przedstawia jeszcze i tę szacowną korzyść, że przy lekkim pociąganiu i przeprowadzeniu biodra, pośladków i tułowia, części te swoim kształtem koniecznym tamponują niejako od wewnątrz otwór macicy, a przejściem swoim wywołują bóle które przyczyniają się do rozszerzenia ust macicznych, a zatem i łatwiejszego przejścia dziecięcia. Prócz tego sprowadzając w tym razie poród do warunków położenia nóżkowego lub pośladkowego nie tylko unikamy niebezpieczeństwa wskutek nagłego lub pośpiesznego rozwiązania, osłabionej krwotokiem grozić mogącego, lecz przeciwnie zyskujemy na czasie do pokrzepienia utraconych sił dla rodzącej potrzebnych.

Co do chloroformu, to w największej liczbie wypadków nie jest on potrzebnym, lecz może być użytym w razie drażliwości ścian brzusznych lub ich napięcia, albo przy zbyt silnych i długotrwałych kurczeniach macicy.

(Praktischer Arzt. 1866. 142.)

Dr. A p t e.

OBRAZ EPIDEMIOLOGICZNY

MIASTA WARSZAWY.

za miesiąc styczeń 1867 roku.

Stan powietrzni czytaj w Obrazie Epidemiologicznym Królestwa.

Zapalenie płuc u dzieci i dorosłych, bardzo częste, z charakterem niezawsze łagodnym.

Zapalenia oskrzeli, bardzo częste.

Zapalenia gardła, bardzo częste, rzadko z wysiękiem błonicowym.

Reumatyzm stawowy ostry dosyć częsty, z charakterem zapalnym, czasem z cierpieniem błon sercowych.

Katar żołądka sam lub razem z katarzem kiszek bardzo częsty, łagodny, niekiedy czynnego leczenia wymagający.

Zapalenie otrzewnej nieczęste, niezłośliwe, lecz czynnego leczenia wymagające; ostatecznie pędzlowanie brzucha roz-tworem saletranu srebra skutkowało.

Zapalenia opon mózgu, u dzieci dosyć częste, niekiedy z charakterem złośliwym. Czasem z przestrchu pochodziły.

Zapalenia ucha wewnętrzznego, dosyć częste, gwałtowne, niekiedy po ostrych wysypkach powstawały.

Gorączka tyfoidalna, dosyć częsta, łagodna, nie zawsze z wysypką, lecz najczęściej z zajęciem mózgu w początku.

Szkarlatyna nie częsta, łagodna, więcej w południowej części miasta.

Odra dosyć częsta, łagodna, z częstem zapaleniem płuc połączona, kilkakroć po odrze cierpienie przewodu słuchowego wewnętrznego. (U osób jednej familii w różnych częściach miasta zamieszkałych odra była spostrzegana).

Zalewy mózgowie i nagłe porażenia dosyć częste.

Róża twarzy nie częsta, łagodna. *Ospa złagodzona* dosyć częsta. *Zimnica* bardzo częsta, nieuporczywa, bywa zamaskowaną często w formie bólu twarzowego. *Ropnie* na dziąsłach bardzo częste. *Krwotoki* z płuc i macicy dosyć częste.

Dr. A p t e.

OBRAZ EPIDEMIOLOGICZNY

KRÓLESTWA POLSKIEGO

za miesiąc luty 1867 roku.

Oddziałowi higieny publicznej i epidemiologii Warsz. Tow. Lek. nadesłali swe spostrzeżenia w miesiącu lutym r. b-

Z gubernii Warszawskiej: z Warszawy oddział epidemiologiczny; z miasta Jadowa, dr. Bokiewicz; z m. Mińska, dr. Komaniewski; z m. Radymina, dr. Babczyński; z księż. Łowickiego, dr. Filipowski.

Z gubernii Kaliskiej: z m. Konina, dr. Grekiewicz, Grodnicki i Kosztulski; z m. Koła, dr. Koellner; z m. Łęczycy, dr. Sztam; z m. Sieradza i Złoczewa, dr. Stanisławski; z m. Szadka, dr. Kaczkowski; z m. Wielunia, dr. Kontkiewicz i Grabowski.

Z gubernii Petrokowskiej: z m. Tomaszowa Rawskiego, dr. Markiewicz; z m. Łodzi, drr. Sterzel i Lohrer; z m. Częstochowa, dr. Muliewicz; z m. Żarek, dr. Szklarski.

Z gubernii Radomskiej: z m. Radomia, dr. Rewoliński, B. Kwaśniewski, Brudzyński, Klecki, Ignatiew, Chocianowski; z m. Sandomira, dr. Szpot; z m. Opoczna, dr. Wawnikiewicz; z m. Szydłowca, dr. Ronthal.

Z gubernii Kieleckiej: z m. Kielc, dr. Andrzejowski, dr. Łuszczkiewicz; z m. Miechowa, dr. Buchner.

Z gubernii Lubelskiej: z m. Lublina, drr. Schmidt, Okorski, Śniadkowski; z m. Nowo-Alexandryi, dr. Pasiutewicz; z m. Kazimierza, dr. Rodcewicz; z m. Białgoraja, dr. Piramowicz; z m. Szczebrzeszyna, dr. Baroc; z m. Hrubieszowa, dr. Krajewski; z m. Kraśnika, dr. Łukaszewicz.

Z gubernii Siedleckiej: z m. Siedlec, dr. Korabiewicz; z m. Węgrowa, dr. Wyszomirski; z m. Janowa, dr. Maleszewski; z m. Sterdyni, dr. Rosicki; z m. Sokołowa, dr. Maleszewski; z m. Włodawy, dr. Smorczewski; z m. Międzyrzeca, dr. Stano, dr. Kozłowski; z m. Łukowa, lekarz powiatu Łukowskiego; z m. Garwolina, dr. Jahołkowski.

Z gubernii Płockiej: z Lipna, dr. Mikuliński; z Sierpca dr. Strzelbicki; z Mławy, dr. Buckiewicz.

Z gubernii Łomżyńskiej: z m. Łomży, dr. Popławski; z m. Pułtuska, dr. Wasiewicz; z m. Makowa, dr. Darski; z m. Ostrołęki, dr. Łazowski; z m. Szczuczyna, dr. Huzarski.

Z gubernii Suwalskiej: z m. Kalwaryi, dr. Zaleski; z m. Wiłkowyszek, dr. Gutowski.

Miesiąc luty r. b. był pogodny, wilgotny i niezwykle ciepły. Średnia temperatura wyższa od normalnej o $3,3^{\circ}$ R. wynosi — $2,0^{\circ}$ R.; najwyższa $+ 7,8^{\circ}$ R. (d. 16.) najniższa $-6,8^{\circ}$ R. (d. 28.); najcieplejsze dni były od pierwszej kwadry do pełni (13 do 17). Największa zmiana dzienna 7° R. wynosząca przypadła z dnia 17 na 18 podczas pełni. Barometr utrzymywał się wysoko szczególnie podczas wspomnianej wyżej lunacy, max. 27 c. 9,27 l. p.; min. 26 c. 10,83 l. p. średnia miesięczna 27 c. 9,29 l. p. wyższa od normalnej o 0,67 l. p. Największa zmiana dzienna 8,40 l. p. przypadała w tymże czasie co i największa zmiana temperatury. Wilgotność 93,8 większa o 1,04 od normalnej. Deszcze i śniegi częste ale nie obfite. Wiatr zmienny najczęściej zachodni.

Z otrzymanych 60 doniesień wnioskować można, że liczba chorych w ogólności się znacznie zmniejszyła i natężenie chorób złagodniało.

Przeważają ciągle *choroby kataralne* przedewszystkiem przewodów oddechowych; zaczynając od katarów nosowych bardzo częstych aż do katarów oskrzeli dochodzących nieraz do najdrobniejszych gałązek. Zauważano *katary nosa* bardzo uporczywe przenoszące się często na trąbkę Eustachiusza i następnie na jamy wewnętrzne ucha (Markiewicz). Cierpienia te nieraz do wysokiego stopnia posunięte, powodowały zapalenie ucha środkowego (otitis interna) niekiedy niebezpieczne (Warszawa). Wspomnimy tu o środku łatwo usuwającym tak świeże jakoteż i zastarzałe, często różnym lekkiem opierające się katary nosowe, a mianowicie o zażywaniu bizmutu w proszku w kształcie tabaki, trzy do czterech razy dziennie powtarzanem.

Zapalenia gardła u dzieci zajmowały najczęściej migdałki, u dorosłych gardziel (pharynx) mianowicie tylną ścianę (M ulie w ic z). Tu również wdmuchiwanie bizmutu bardzo jest skuteczne, mianowicie przy tak przykrem zasychaniu tylnej ściany gardzieli i przy brodowkowatym zapaleniu

tegoż organu w skutek długotrwałego kataru powstającym. Niekiedy zauważano owrzodzenia migdałów (S z t a m). Przy ostrem zapaleniu gardła zalecamy wewnętrzne użycie octanu cynku (skrupuł na cztery uncyę płynu, co 3 godziny łyżkę stołową) i płukanie odwarem herbaty. Stawianie pijawek zarzuciliśmy zupełnie jako bezużyteczne. Przyżeganie saletrą srebrową uważamy również jako niepotrzebne.

Katar oskrzeli był najczęstszym i najważniejszym umiejscowieniem kataralnego cierpienia. Niekiedy przechodził w zapalenia płuc (A n d r z e j o w s k i) lub w tak zwaną *bronchitis capillaris* (S t a n i s ł a w s k i) albo łączył się z ukrytą zimnicą (6 przypadków obserwowanych przez kolegę Ł u s z c z k i e w i c z a w Kielcach).

Koklusz powiększając się częściej coraz rzadszy w niektórych miejscach znowu się wzmagają. Powodował napływy krwi do mózgu, krwotoki z nosa i z płuc, a wikłając się z zapaleniem oskrzeli bywał śmiertelnym (S t a n i s ł a w s k i). Niekiedy powodem nieszczęśliwego zakończenia bywało zapalenie płuc, którego powód upatruje kol. Koellner w *nieostrożnem wynoszeniu dzieci na świeże powietrze bez względu na pogodę i temperaturę z powodu upowszechnionego przesądu jakoby to na koklusz było pomocnem*. Zapewne nieostrożność taka może być szkodliwą, nie sądzimy jednak, ażeby to był przesąd albowiem bardzo wielu lekarzy zauważyło i my zdanie to podzielamy, że świeże powietrze i zmiana miejsca pobytu są najdzielniejszymi środkami w tej chorobie opierającą się zresztą wszelkim innym lekarstwom.

Katary przewodu pokarmowego w ogóle były rzadsze aniżeli w styczniu. W Sieradzu jednak głównie u dzieci je postrzegano, u których biegunka nieraz przechodziła w dysenterję. W początku lutego w Kielcach widziano katary żołądka i kiszek bardzo do choleryny zbliżone, które w końcu miesiąca coraz rzadszemi się stawały. W Częstochwie również bardzo uparte panowały katary żołądka i kiszek nietylko u dzieci ale i u dorosłych, nieraz śmiercią się końące, tamże objawiała się częsta i uporczywa *dysenterja*, a u małych dzieci *cholera nostras* (M u l i e w i c z).

Cholera azjatycka panowała w Lublinie i w Hrubieszowie ale w obu tych miejscach około połowy miesiąca ustała w zupełności. W Lublinie od 22 stycznia do 15 lutego (dnia ustania) według urzędowego raportu lekarza powiatu.

	zachorowało		wyzdrowiało		umarło	
	chrze.	żydów	chrze.	żydów	chrze.	żydów
mężczyzn	6	15	3	8	2	6
kobiet	7	22	5	12	1	10
dzieci	3	18	2	8	1	9
	<hr/>		<hr/>		<hr/>	
	16	55	10	28	4	25
	<hr/>		<hr/>		<hr/>	
	71		38		29	

W szpitalu starozakonnym było chorych 6 umarło 4
chrześcijan było chorych 5 — 4

Śmierć następowała zwykle w okresie asfyksji (Schmidt). W Hrubieszowie cholera do końca swego trwania była złośliwą. Od dnia 11 lutego nie było już żadnego przypadku. Wszystkich chorych od początku epidemii było 93, umarło 46.

Reumatyzmy stawowe coraz rzadsze, natomiast z bardzo wielu miejsc donoszą o niezmiernie licznych reumatyzmach mięśni i pni nerwowych mianowicie powłok czaszki, ucha, twarzy. W Łęczycy jednak zauważano częste uporczywe przypadki reumatyzmu stawowego między którymi kilka zakończonych śmiercią i to u dzieci od 10 do 12 lat mających.

Zapalenia płuc już to same, już to w połączeniu z zapaleniem opłucnej bardzo często i w bardzo wielu miejscach były postrzegane. Często choroba zajmowała oba płuca (Nowo-Alexandrya, Hrubieszów), bardzo często bywała złośliwą (Kaczkowski, Ronthal u hutników), niekiedy łączyła się z gorączką tyfoidalną i wtedy przebieg bywał bardzo przewlekły (Kontkiewicz, Grabowski). W Radomiu zapalenie płuc przedstawiało charakter adynamiczny, niecierpiący zbyt energicznej antyflozy a mianowicie wenesekcji.

Z innych zapalnych chorób donoszą tylko o *zapaleniu opon mózgowych* z Częstochowy (w okolicy między włościanami bardzo złośliwe) i z Międzyrzeca; o zapaleniu gardła parenchymatycznym (Hrubieszów).

Częstszą niż w styczniu jest *zimnica* mianowicie w stronie zachodniej i południowej Królestwa. Wszędzie bywa uporczywa a najczęściej ukryta.

Najobszerniej i najliczniej panującą chorobą jest *gorączka tyfoidalna*. W jednych miejscach łagodna z małą śmiertelnością, w innych niebezpieczna lub przewlekająca się. Najczęstszymi powikłaniami są: zajęcie oskrzeli, krwotoki kiszkowe i obrzmienie ślinianek przyusznych.

W innych miejscach, jak w Częstochowie, Żarkach, Kielcach, w Radomiu, Hrubieszowie, Janowie podlaskim, Sterdyni, Garwolinie, Pułtusk, Makowie, Lipnie przeważa tyfus wysypkowy, tu i owdzie petociowy; w Janowie łagodny, w Garwolinie śmiertelność wynosi 10 na 100. W okolicach Kielce wsi Niewachłów, Miedzianogóra kilkadziesiąt osób zmarło na tyfus; cała familia jednego kolonisty wymarła na tę chorobę.

Z chorób wysypkowych najliczniejszą na teraz jest *ospa*. Pojawiała się w Mińsku, Radyminie (4 przypadki), Częstochowie, Kielcach, Nowo-Alexandryi, Węgrowie, Sterdyni, Sokołowie, Łukowie, w Osiecku pod Garwolinem i w Łomży. Wszystkie te miejsca, oprócz Częstochowy i Kielce leżą po prawej stronie Wisły. Mieszczanie w Osiecku niechęć pozwalają na szczepienie krowianki. W Węgrowie i w okolicy było kilka przypadków ospy złośliwej z petociami. W ogóle jednak charakter ospy złagodniał. W niektórych miejscach widziano warioloidy a ospę wietrzną w Łęczycy i w Łodzi.

Szkarlatyna po największej części znika, i tylko silnie trzyma się południowej części kraju; donoszą też o niej głównie z Częstochowa, Szydłowca, Miechowa, Kielce i Hrubieszowa. W Miechowie i Szydłowcu bardzo liczna, mniej często pociąga za sobą puchlinę a częściej wikła się z błonicą gardła i objawami mózgowymi, a ztąd i śmiertelność większa (B u c h n e r).

Odra rzadsza i łagodniejsza, w Warszawie równie jak szkarlatyna prawie zupełnie wygasła; w Kraśniku, Lublinie i Mławie silnie jeszcze grasuje.

Dławiec natomiast coraz częstszy a zawsze niebezpieczny, widziano go w Żarkach, Szydłowcu, Kielcach, Radomiu,

Nowej Alexandryi, Siedlcu, w Liwie, gdzie kilka dzieci umiera w jednym domu, a razem umarło 21 dzieci (W y s z o m i r s k i), Międzyrzeczu (z 14 przypadków umarło 8) Garwolinie i Pułtusku.

Błonica (diphtheritis) panuje w Łowiczu, Częstochowie, Szydłowcu, Kielcach i Pułtusku.

Z Kielc kol. Ł u s z c z k i e w i c z pisze pod nazwą *raphania* co następuje: „Do szpitala ś. Alexandra przywieziono chorego z gangreną suchą nogi lewej, aż do połowy kości udowej. Chory zeznał, że kilkoro osób jest podobnie w tej wsi (około Włoszczowy) cierpiących. Nogę odjęto i chory ma się dobrze. Złożono raport o tem urzędowi lekarskiemu, który lekarza powiatu na miejsce wydelegował.“ Rzecz zaiste godna szczegółowego opisanja.

Z niektórych miejsc donoszą o częstszych *gorączkach połogowych* (Koło, Łódź, Żarki, Kielce, Międzyrzec *peritonitis puerperalis*, Pułtusk).

Kolega S z t a m z Łęczycy pisze, że w lutym widział tam *sześć* przypadków obłąkania umysłu (4 mężczyzn, 2 kobiety), kiedy podczas 9-letniego tamże pobytu miał tylko 10 podobnego rodzaju chorych.

Z epizoocyi widziano *księgosusz* w Jadowie (sztuk 8 wybito w samym mieście) w gminie Iwańskie Sióło pod Nowo Aleksandryą (w końcu miesiąca ustał) w powiecie Węgrowskim i Sokołowskim, w kilku wsiach około miasta Kossowa i w samym Kossowie we wsi Żochach, Trzcieńcu i Długie Wszebory, tak, że w tych miejscach wszystko było wybito, dalej we wsi Dębe nowe w gminie Sterdyń (wybito ogółem sztuk 152). We wsi Lipowce pod Włodawą choroba ta powtórnie się pojawiła.

Karbunkul pokazał się sporadycznie we wsi Stoku, w powiecie Opoczyńskim, gdzie po zjedzeniu mięsa z jednej sztuki zachorowało 3 ludzi na czarną krostę (pustula maligna), lecz uleczeni zostali (W a w n i k i e w i c z).

W Janowie podlaskim i w Ostrołęce widziano *wściekłą* u psów, które ludzi pokąsały.

W okolicy Radomia *drób* nadzwyczajnie upadał na *karbunkul*.

Warszawa dnia 15 marca 1867 r.

Dr. Natanson.

ROZMAITOŚCI.

Towarzystwo lekarskie krakowskie. Na posiedzeniu w d. 16 stycznia b. r. odbytem wybrani zostali na członków korespondentów doktorowie: Hordyński Joachim w Brzeżach, Trzeciński Józef w Lubaczowie i dr. Żebracki lek. obwod. w Żółkwi. (Przeg. lek. nr. 9).

Praga czeska. Sędziwy i sławny fizyolog prof. J. Purkyně nie usuwa się od obowiązków, a w jego miejsce przeznaczony będzie profesor fizjologii z Padwie, dr. Ritter v. Vinsthgau, który po 10-letniej tam czynności przez rząd Włoski został oddalony. (Allg. Wiener M. Z. nr. 9).

Cięcie cesarskie. Dnia 26 grudnia r. z. pp. Bourée et Lambert w Montigny-sur-Aube (Côte-d'Or) wykonali operacją cięcia cesarskiego z dobrym skutkiem dla dziecka i matki, która w 13 dni była bliską wyzdrowienia.

Cholera w okręgu lwowskim od 15 do 31 grudnia r. z. pojawiła się w siedmiu miejscach, a ustała w 19. Do pozostałych 172, przybyło 223. Wyzdrowiało 200, umarło 88, pozostało chorych 107. W ogóle cholera nawiedziła 81 powiatów, z 918 osadami i ludnością 1,431,301; ustała w 898 osadach. Od 3 lipca do końca 1866 r. chorowało 60,685 osób, z których wyzdrowiało 31,423, umarło 29,155.

Nekrologia.

Higgins Karol dr. med. członek kolegium królewskiego chirurg. w Londynie, kawaler legii honorowej, urodzony w 1804 w Irlandyi, osiadły we Francyi, zmarł w Paryżu. Wiele prac ogłosił w dziennikach francuzkich i angielskich. Jedno ze znaczniejszych jego dzieł nosi tytuł: „Observations sur le climat, la nourriture et le traitement médical en France et en Angleterre.“

Dr. Gogojewicz wychowawiec szkoły Jagiellońskiej, lekarz zdrojowy w Żegestowie, zmarł w styczniu b. r. w Suchej, na gruźlicę płucną.

O ODDECHU KRTANIOWYM,

(*Respiratio laryngealis*).

przez **Dra Bronisława CHOJNOWSKIEGO.**

Docenta patologii i terapii specjalnej w Szkole Głównej Warszawskiej.

I.

Auskultując krtań, słyszymy pewien szmer jak przy inspiracji, tak i przy expiracji. Szmer ten zależy jawnie od ruchu powietrza i ztąd pochodzącego tarcia między powietrzem a ściankami dróg oddechowych. Przytém ucho nasze łatwo rozróżnia, iż powietrze przenika w rurkowatą dość obszerną przestrzeń i szmer tём spowodowany, najwięcej ma podobieństwa do szmeru właściwego spółgłoskom *ch*.

Auskultując tchawicę, następnie klatkę piersiową, w pewnych wyjątkowych fizyologicznych i wcale nie rzadkich patologicznych zdarzeniach, słyszymy zupełnie jednakowy szmer, z nieznaczącą chyba różnicą w sile. Szmer ten zwykle oddechem oskrzelowym zowią (*Respiration bronchique, soufflé bronchique, soufflé, respiration soufflante; soufflé tubaire; Bronchiales Athmen, Röhrenathmen, Consonirendes Athmen*). My przenosimy nad inną nazwę *oddech krtaniowy*, a to z powodu przyczyn, które we właściwém miejscu będą wyłożone.

Krtaniowym oddechem zatem, nazywamy nietylko szmer, tworzący się przy oddychaniu w krtani, lecz i szmer mający jednakowy z nim akustyczny charakter, a który auskultacja wykrywa w każdym inném miejscu dróg oddechowych lub piersi.

W stanie normalnym gdy są płuca, wydają szmer, mający wcale inny charakter, szmer bardziej miękkiej—tak nazwany szmer pęcherzykowy lub oddech pęcherzykowy, zależny od wstąpienia powietrza w najdrobniejsze oskrzela i pęcherzyki

płucne. W wielu chorobach jednakże ten normalny lub pęcherzykowy oddech niknie, i ustępuje miejsce krtaniowemu, który z tych powodów staje się ważnym symptomem dla rozpoznania stanu płuc. Łatwo ztąd odgadnąć wielkie znaczenie oddechu krtaniowego w dyagnostyce,— znaczenie, które już rozumiał doskonale nieśmiertelny twórca auskultacji Laënnec (1), wyliczając choroby, w których ukazuje się ten symptom. Późniejsi badacze bardzo mało dodali do téj jedynie ważnej w praktycznym (dyagnostycznym) względzie części, a zajęli się prawie wyłącznie zbadaniem fizycznych warunków powstania tego szmeru. Kierunek ten nadał głównie Szkoła (2), rozwinęli Wintrich (3) Seitz (4) i Zamminer i inni.

Powiedzieliśmy, że oddech krtaniowy jest szmer. „Szmerem zaś lub szumem nazywamy każde wrażenie słuchowe, niemające wcale pewnej określonej wysokości tonu.“— Oto określenie (5) szmeru, podane przez Zamminera, który ze stanowiska fizyka specjalisty zajmował się zastosowaniem praw akustyki do wytlómaczenia danych perkussyi i auskultacyi; jeśli my przyjmujemy to pojęcie o szmerze, pojęcie zkadinał bardzo słuszne, to według praw logiki powinniśmy zrobić wniosek, iż oddech krtaniowy nie może mieć wysokości tonu. Rzecz nie pojęta, jakim sposobem ci sami autorowie (Zamminer i Seitz), którzy dają takie określenie szmerów i którzy zgadzają się na to, iż oddech krtaniowy jest szmerem, mogą mówić o wysokości krtaniowego oddechu. Ztąd więc nauka o tym oddechowym szmerze, zawierająca się w wzmiankowanej z innych względów uwagi godnej pracy tych autorów, przepełniona jest sprzecznościami.

(1) *Traité de l'auscultation médiante et des maladies des poumons et du coeur.* par. Laënnec. Paris, 1818.

(2) *Abhandlung über Percussion und Auscultation* o. Skoda, 1839, Wien.

(3) *Handbuch der spec. Pathologie und Therapie*, redig. v. Virchow, 5 Band. 1 Abtheilung 1 Hälfte, 1854, Erlangen.

(4) *Die Auscultation und Percussion* v. Seitz und Zamminer Erlangen, 1860.

(5) Seitz und Zamminer, l. c. pag. 6.

Jeżeli krtaniowy oddech nie posiada wysokości tonu, to niemniej może przedstawiać pewne nieznaczne *modyfikacje*, u różnych indywiduów i w różnych miejscach. Różnice te zależą: 1) od anatomicznej budowy kanałów powietrze przeprowadzających. Mowa tu o tych małych i nieznacznych modyfikacjach w budowie i we własnościach fizycznych odrębnych części, wchodzących w skład tych kanałów, modyfikacjach, które nie wychodzą prawie z obrębów fizyologicznych, np. o większej lub mniejszej elastyczności ścianek, o mniejszej lub większej szerokości i długości; (a zatem od wzrostu osoby w ogólności), od stanu chrząstek i śluzowej błony i tak dalej. Od tych przyczyn zależy niejaka różnica w 'oddechu krtaniowym osób starych i dzieci. Modyfikacje te, naturalnie, nie mogą być znaczne i rzeczywiście oddech krtaniowy, przy najrozmaitszych anatomicznych warunkach tych, zachowuje zawsze jeden i ten sam charakter akustyczny, po którym łatwo go poznać i odróżnić; 2) od większego lub mniejszego natężenia aktu oddychania (przyczyna fizyologiczna): u ludzi silnie zbudowanych z mocną piersią, silnie wciągających powietrze, oddech krtaniowy, *ceteris paribus*, mocniejszy, jak u ludzi osłabionych, powierzchownie tylko oddychających; 3) od stosunku szmeru obserwowanego w czasie inspiracji do szmeru, mającego miejsce przy expiracji: w samej krtani szmer przy inspiracji bywa tejże prawie siły co i przy expiracji. W miarę oddalenia się od krtani, szmer expiracyjny bierze przewagę do tego stopnia, iż w małych oskrzelach daje się czasem słyszeć szmer ten w razach patologicznych, przy auskultacji piersi, wyłącznie tylko przy expiracji (1).

(1) Nadzwyczajnie rzadko bywa odwrotny stosunek, t. j. większa moc szmeru przy inspiracji, aniżeli przy expiracji. Zdarza się niekiedy, iż oddech krtaniowy przedstawia znaczne wahania w mocy swojej w czasie jednej jakiegokolwiek połowy aktu oddychania, t. j. w czasie inspiracji, albo w czasie expiracji. Czasem słaby w początku inspiracji szmer, staje się raptownie pod koniec inspiracji mocnym krtaniowym oddechem. Następująca zaś expiracja rozpoczyna się głośnym szmerem, który przy końcu tego aktu (expiracji) raptownie ucieka. Ta zmiana

Modyfikacje te oddechu krtaniowego nigdy nie są tak znaczne, aby były w stanie zatrzeć właściwy jego charakter. Przeciwnie ten ostatni tak jest stały, jawny i wybitny, iż w ogólności najłatwiej bywa odróżnić ten oddech od oddechu pęcherzykowego lub innych szmerów w płucach tworzących się i w ogólności w rozpoznaniu jego nie napotykamy nigdy prawie na jakiegokolwiek trudności. Dość parę razy słyszeć go w krtani i przy auskultacji piersi, aby się późniój nie mylić przy fizyczném badaniu chorego. Sztucznym sposobem szmer ten można naśladować ustami: w tym celu na-

zależy od tego, iż w początku inspiracji kōmmunikacja oskrzela lub kawerny (z których krtaniowy oddech pochodził) z drugimi oskrzelami była przerwana zupełnie lub częściowo małemi koreczkami ze śluzu lub krwi i t. d; w czasie zaś samego aktu oddychania, przy większém nateżeniu sił, kōmmunikacja ta pod koniec inspiracji odnowiła się przez oddalenie koreczka prądem powietrza; odnowienie takie jednak trwało tylko pod koniec inspiracji i na początku expiracji t. j. wówczas kiedy klatka piersiowa najmocniój rozciągnięta, pod koniec zaś expiracji znowu upadło skutkiem powrotu na swoje dawniejsze miejsce zatyczki i przerwania znowu kōmmunikacji. Modyfikacja taka otrzymała od L a ë n n e c'a nazwę: *souffle voilé*. Laënnec opisuje ją tak: „Zdaje się, jakby wszelkie drżenie głosu, kaszlu lub oddechu poruszało ruchomą zasłonę, znajdującą się między jamą płucną a uchem badacza.“ Tłómaczenie zaś tego rzadkiego zjawiska, tłómaczenie podane wyżej, a jak się zdaje, najbardziej do prawdy zbliżone, dał Szkoda.

Druga także nie wiele znacząca modyfikacja krtaniowego oddechu nazwana była przez Laënnec'a: *respiration souflante*. Zależy ona według tego autora na szczególniejszém wrażeniu, jakie sprawia niekiedy oddech krtaniowy w uchu auskultującego, któremu się zdaje, iż wyciągają powietrze z ucha w czasie inspiracji, a wpędzają w czasie expiracji. Zjawisko to było obserwowane przez Laënnec'a tylko przy bardzo powierzchownie położonych kawernach lub oskrzelach.

Souffle voilé i *respiration souflante* mają dziś tylko historyczne znaczenie. Polegają one albowiem na takich nic nieznaczących modyfikacjach krtaniowego oddechu, które nie pozwalają robić żadnych szczególnych dyagnostycznych wniosków. Z tego powodu w ostatnich dziełach perkussyi i auskultacji prawie nie wspominają się. Francuzscy pisarze, jak B a r t h i R o g e r używają nawet często wyrazy: *souffle*, *respiration souflante* w miejsce *respiration bronchique* (nasz krtaniowy oddech) jako słowa jednoznaczne (Synonymy).

leży usta i język ułożyć tak, jak bywają one ułożone przy wymawianiu spółgłosek *ch*, i potem można wciągać lub wydychać (exspirować) powietrze? Szmer w ten sposób powstający bywa nadzwyczajnie podobny do krtaniowego oddechu.

II.

W stanie normalnym organizmu naszego, oddech krtaniowy daje się słyszeć w krtani, tchawicy i u niektórych osób (częściej u dzieci) w miejscu rozdziału tchawicy na 2 oskrzela, t. j. z tyłu w okolicy 4go kręgu grzbietowego, między łopatkami. Niekiedy jednak w przypadkach wyjątkowych, szerzy się on jeszcze na sąsiednie części, nieprzystając jednakże być fizyologicznym i wówczas może utrudniać dyagnostykę. Tak, może on zajmować całą okolicę między łopatkową, dalej regiones suprascapularae z obydwóch stron, regiones supraclaviculares, a nawet, jak świadczy Seitz, regiones infrascapularae et infraclaviculares do samych brodawek sutkowych! Takie znaczne rozszerzenie się oddechu krtaniowego może prowadzić do błędnych wniosków o obecności produktów chorobliwych jakiegokolwiek natury w płucnym mięszu, jeżeli nie była zwrócona uwaga dostateczna na drugie towarzyszące zjawiska. Między niemi, brak odgłosu stłumionego przy perkussji stanowi ważną wskazówkę, i rzec można, iż jeden tylko normalny, nietympaniczny odgłos przy perkussji klatki piersiowej, w miejscach gdzie słyhać krtaniowy oddech, bywa dostatecznym dla usunięcia przypuszczenia o patologicznym pochodzeniu krtaniowego oddechu. Inne własności fizyologicznego oddechu krtaniowego nie mogą służyć do odróżnienia go od patologicznego z powodu, iż są one wspólne dla jednego i drugiego: jak w jednym tak i drugim przeważać może szmer expiracyjny; jak jeden tak i drugi mogą być z jednej strony mocniejsze, aniżeli z drugiej (prawej lub lewej), i nawet może to się zdarzyć, iż z jednej strony jest oddech normalny, a z drugiej strony oddech krtaniowy fizyologiczny lub patologiczny. Wielka moc oddechu krtaniowego właści-

wą jest według Seitz'a, wyjątkowie patologicznym przypadkom i mogłaby być z tego powodu poczytaną za oznakę, odróżniającą szmer ten od fizyologicznego krtaniowego oddechu; lecz i na to liczyć nie można z pewnością, gdyż w odrębnych przypadkach może się zdarzyć bardzo cichy krtaniowy oddech patologicznego pochodzenia z jednej strony i bardzo głośny fizyologiczny krtaniowy oddech z drugiej strony.

Fizyologiczny oddech krtaniowy w razach, gdy daje się słyszeć przy auskultacji piersi, ma tę własność, iż moc jego stopniowo i bez przerwy powiększa się w kierunku ku środkowej linii ciała i ku szyi t. j. w kierunku punktu wyjścia krtani. A więc przypadki, w których oddech krtaniowy staje się słabszym lub niknie w miarę zbliżenia się do linii środkowej ciała, przemawiają bardziej za patologicznem powstaniem tego szmeru. Nie należy jednak sądzić, że nieprzerwalność i większa moc szmeru w kierunku krtani dowodzi koniecznie normalnego stanu miąższu płuc: patologiczny oddech krtaniowy może mieć te same własności, i dlatego powtarzamy, drugie zjawiska towarzyszące szmerowi oddechu krtaniowego, a w szczególności te, które otrzymujemy drogą perkusyi, powinny być wzięte pod ścisłą rozagę przy ocenieniu wątpliwych przypadków.

III.

Od czego zależy szmer, który się daje słyszeć w krtani i któryśmy nazwali krtaniowym oddechem? szmer ten bywa tylko w czasie ruchu powietrza w krtani, t. j. w czasie inspiracji i expiracji. Kiedy człowiek nie oddycha i klatka piersiowa pozostaje w zupełnym spoczynku (jak to bywa na przykład podczas pauzy między aktami oddychania), krtaniowego oddechu nie słyhać. Oczywiście więc szmer ten powstaje od ruchu powietrza ku płucom i odwrotnie, i zależnego od tego ruchu tarcia ścianek powietrznych kanałów, t. j. nosa, gardzieli (*pharynx*), krtani, tchawicy i oskrzeli. Jakaż z tych próżni największy udział przyjmuje przy formowaniu się krtaniowego oddechu? Gdzie kanał dla przejścia

powietrza najbardziej zwęża się, tam strumień powietrza najwięcej przeszkód musi pokonać, a więc tam i tarcie musi być najmocniejsze. To miejsce żadne inne być nie może, tylko szpara głosowa (*rima glottidis*). Rzeczywiście rozpatrując budowę kanałów, przez które przechodzi w płuca powietrze, przekonywamy się iż największe zwężenie kanału stanowi szpara głosowa. Prawda oskrzela są wązkiemi kanałami i z każdym podzieleniem się na gałązki, światło (*lumen*) tych ostatnich zmniejsza się, lecz natomiast ilość ich powiększa się a to do takiego stopnia, iż strumień powietrzny nie tylko nie zwęża się, ale nawet przeciwnie rozszerza się. Z tych więc powodów udział oskrzeli w formowaniu się szmeru nie może być znacznym. Drugie oddziały kanału, przez które dostaje się powietrze do płuc, jak np. gardziel, tchawica są za nadto szerokie w porównaniu do szpary głosowej, tak iż bez najmniejszej wątpliwości powiedzieć możemy, iż w krtani tylko tok powietrza napotyka raptowną i znaczną przeszkodę, skutkiem czego cząsteczki jego z większą siłą trą się o ścianki kanału i z większą szybkością przesuwiają się przez zwężone miejsce,— co musi w rezultacie sprawiać szmer. Z tego należy wnosić, iż w razach chorobliwego zwężenia krtani (*laryngostenosis*), kiedy szpara głosowa jeszcze więcej przeszkód przedstawia dla toku powietrza, oddech krtaniowy musi być mocniejszy. Spotrzegane fakta zwężenia krtani przekonywają o słuszności téj teorii: wiadomo, iż w chorobie wzmiankowanej (*laryngostenosis*) szmer w krtani do takiego stopnia staje się silnym, iż daje się słyszeć bezpośrednio bez stetoskopu w odległości niekiedy kilku kroków od chorego. Rozszerza się on nawet na piersi i utrudnia w najwyższym stopniu badania stanu płuc za pomocą auskultacyi, gdyż badacz i tu nic innego nie słyszy, jak tylko krtaniowy oddech.

Z drugiej strony, anatomiczna budowa powietrznych kanałów może pozostawać niezmienną, a oddech krtaniowy stawać się głośniejszym, jeżeli tylko tok powietrza jest prędszy jak to bywa przy natężoném (głębokiém i częstém razem) oddychaniu. Z tego powodu w zapalnych i gorączkowych w ogólności chorobach oddech krtaniowy staje się mocniejszym

cokolwiek, często, ale nie zawsze, ponieważ zdarza się iż częste oddychanie jest zarazem powierzchowném, a w takim razie tok powietrza per rimam glottidis ani trochę nie zwiększa się. Czy szmer w krtani mocniejszy od natężonego (fizyologicznie) oddychania, czy w skutek gorączkowego przyspieszenia aktu respiracyi—w każdym razie oddech krtaniowy nie bywa tak mocnym, jak przy zwężeniach krtani; przyczynę tego łatwo zrozumieć: w pierwszym przypadku tok powietrza szybszy, ale przeszkody zostają te same; w ostatnim zaś razie (*laryngostenosis*) przeszkody powiększają się, a powiększenie się przeszkod może dalej sięgać, aniżeli zwiększenie natężenia sprawy oddechowej, zwiększenie, nie mogące przechodzić pewne granice, zakreślone objętością płuc i zwężeniem mięśni inspiracyjnych.

Stan przeciwny t. j. osłabienie krtaniowego oddechu powinno następować zawsze ilekroć razy w skutek patologicznych processów (owrzodzeń, utraty substancji wiązadeł głosowych (*ligamenta vocalia*), etc.), szpara głosowa nie przedstawia normalnego zwężenia. Tak, ja obserwowałem i tę obserwacją łatwo każdemu powtórzyć, iż u dzieci, którym z powodu krupu zrobiona była laryngo-tracheotomia, i które oddychały przez rurkę, oddech krtaniowy na szyi, przy auskultacyi zaraz poniżej otworu sztucznego, był słabszy, aniżeli u dzieci zdrowych jednego wieku i z jednakową mocą oddychających. Przyczynę łatwo zrozumieć: rurka metaliczna, mniej więcej równa, nie przedstawia tak znacznego zwężenia dla powietrznego strumienia, jak szpara głosowa. Godną uwagi okolicznością jednakże jest to, że i w tych zdarzeniach sztucznego oddychania oddech krtaniowy ma miejsce, i ten fakt nas przekonywa, że szpara głosowa i wszystkie wyżej leżące części powietrznego kanału nie stanowią *conditio sine qua non* dla utworzenia oddechu krtaniowego. W tych zdarzeniach, oddech krtaniowy formuje się prawdopodobnie w tchawicy i rurce metalicznej przedstawiających najwęższą część powietrze przeprowadzającego kanału; a ponieważ tchawica i rurka metaliczna mają światło (*lumen*) większe jak szpara głosowa, od tej więc okoliczności zależy i mniej głośny oddech krtaniowy.

Z tych uwag wypływa wniosek, iż *oddech krtaniowy formuje się głównie w tym miejscu oddechowych dróg, gdzie istnieje największe zwężenie strumienia powietrznego.*

Inspiracja jest energiczny akt skurczenia się mięśni oddechowych, rezultatem którego w ogólności jest rozszerzenie klatki piersiowej. Przy expiracji zaś główną rolę gra, przeciwnie, elastyczność (płuc, żeber z ich chrząstkami i t. d.), która nie może tak szybko działać, a wyciska powietrze powolnie. Z tego powodu expiracja trwa dłużej jak inspiracja. Według Vierordt'a, expiracja 2 razy jest dłuższą od inspiracji (1). Ponieważ inspiracja jest aktem bardziej energicznym i bystrym, to możnaby było spodziewać się szmeru w krtani bardziej mocnego przy inspiracji, aniżeli przy expiracji. Auskultując jednak krtani, przekonywamy się, iż moc szmeru bywa zwykle zupełnie prawie jednakową w obydwóch połowach oddechowego aktu. To zależy od tego, iż przy expiracji, jak łatwo o tym przekonać się można laryngoskopijnem badaniem, szpara głosowa (rima glottidis), cokolwiek zwęża się, a my poznaliśmy już, że ta okoliczność wpływa na wzmocnienie szmeru. A więc z jednej strony oddech krtaniowy traci na mocy w czasie expiracji z powodu nie tak szybkiego toku powietrza, z drugiej zaś strony wygrywa z powodu przeciwstawienia strumieniowi powietrznemu większych przeszkód przez zwężenie szpary głosowej. Okoliczności, wywierające wpływy sprzeczne, mniej więcej równoważą się i w rezultacie, szmer expiracyjny staje się tak silnym jak szmer inspiracyjny, a nawet może być mocniejszym od tego ostatniego, tam, gdzie expiracja z jakichkolwiek przyczyn, na przykład naumyślnie dla próby, następuje prężej i energiczniej jak zwykle.

Takim sposobem, poznaliśmy przyczyny i własności tego szmeru, który odkrywamy przy auskultacji krtani. Widzieliśmy jednak, iż w niektórych wyjątkowych razach szmer ten daje się słyszeć i w piersiach, przy auskultacji niektórych okolic klatki piersiowej u osób zupełnie zdrowych i zdrowe płuca mających. Powstaje więc naturalnie kwestya, jakie są

(1) Seitz i Zaminer: l. c, str. 61.

przyczyny utworzenia się tego, jak nazwaliśmy fizyologicznego krtaniowego oddechu w piersiach? Wytlómaczenie tego zjawiska nie będzie trudnem teraz, gdy znamy przyczyny, jakie wywołują szmer w krtani. Rzeczywiście, szmer ten nie może tu w miejscu, że tak powiemy, swego urodzenia zniknąć. Musi się mniej więcej silnie rozszerzać na strony i to rozszerzenie się ma miejsce per continuitatem et per contiguitatem. Pod tem ostatniem rozumiemy ten krtaniowy oddech, który daje się słyszeć w bocznych częściach szyi, z obydwóch stron krtani. Najwięcej atoli warunków sprzyja rozszerzeniu się oddechu krtaniowego w dół, w tchawicę i większe oskrzela. Ścianki tych kanałów dość twarde i gładkie przepuszczają tylko małą część fal głosowych, większą zaś daleko część odbijają w dół ku rozgałęziającym się oskrzelom. Dlatego, jeżeli większe oskrzela leżą gdzie powierzchownie, nie pokryte znaczną warstwą miększu płuc, ani innych tkanek, to krtaniowy oddech może się dać słyszeć z nich. Takie warunki zdarzają się częściej jak gdzie indziej, w tych miejscach, gdzie oskrzela wstępują w płuca (*radix pulmonum*) szczególnie u ludzi chudych i dlatego w tych miejscach, jak widzieliśmy, stosunkowo najczęściej bywa fizyologiczny krtaniowy oddech. U niektórych zdrowych indywiduów szmer ten daje się słyszeć jak widzieliśmy i przy auskultacyi innych miejsc klatki piersiowej — co zależy także od nienormalnie powierzchownego położenia większych oskrzeli, a ponieważ przy anomaliach nie zawsze symetria bywa zachowana, to tém tłómaczy się przytoczony fakt, iż fizyologiczny krtaniowy oddech nie zawsze bywa symetrycznie z obydwóch stron, ale może się niekiedy zdarzyć większej mocy z jednej strony, jak z drugiej, albo z téj ostatniéj może wcale go nie być.

Wiedząc, że oddech krtaniowy fizyologiczny powstaje przez rozszerzenie się szmeru z krtani na powierzchownie leżące oskrzela, łatwo nam będzie wytłómaczyć sobie i drugą własność tego oddechu, mianowicie, iż staje się on słabszym w miarę oddalenia od krtani. Przechowanie szmeru w tchawicy i wielkich oskrzelach jeszcze jest dość dokładne, jak widzieliśmy. Ale już w oskrzelach drugorzędnych warun-

ki stają się coraz mniej pomyślne, raz dla tego, że z rozgałęzieniem się oskrzeli, zwiększa się strumień powietrzny, a więc większą masę cząstek powietrza trzeba wprowadzić w drgania, drugi raz dlatego, iż ścianki tych kanałów utracając chrząstki, coraz większemi się stają, coraz mniej regularnie i mniej dokładnie odbijają fale głosowe w kierunku ku peryferji płuc. Skutkiem tego szmer musi słabnąć w miarę oddalenia od krtani. Oto przyczyna dla której jeżeli jest u kogo fizyologiczny krtaniowy oddech, to najsilniejszy bywa między łopatkami; w innych zaś miejscach wyżej wymienionych klatki piersiowej, jeśli się u kogo zdarzy—co bywa nadzwyczaj rzadko, gdyż nadzwyczaj rzadko zdarza się odpowiednia anomalia oskrzela—to już musi być daleko słabszy i w ogólności tem słabszy, czém większa odległość od tchawicy, albo—co na jedno wyjdzie—czém mniejsze oskrzela powierzchownie leżące, z których się on wydobywa. W bardzo małych oskrzelach, okoliczności niekorzystne dla przechowania krtaniowego oddechu powiększają się; delikatne i cienkie ich błonki nie przedstawiają przeszkód dla przejścia już znacznie w drodze osłabionego szmeru, który przeto jakby rozprasza się na wsze strony i ginie (1). Ale jeżeli w ten sposób niknie szmer z góry przeprowadzony, to natomiast powstaje nowe: powietrze w czasie inspiracyi przenika z najdrobniejszych oskrzeli do lejkowatych rozszerzeń (*infundibula*) płucnych pęcherzyków, t. j. z bardzo wązkich kanałów przechodzi w obszerniejsze przestrzenie. A widzieliśmy, że miejsca wązkie, w których cząsteczki powietrza powinny ruszać się z większą szybkością, sprzyjają tworzeniu się szmerów. I rzeczywiście tu powstaje szmer nowy, bardziej delikatny i miękki aniżeli oddech krtaniowy—co tłumaczy się miękkością, delikatnością i mikroskopijnemi prawie rozmiarami części, w których się on tworzy. Szmer ten wcale niepodobny przeto do oddechu krtaniowego i nazywa się szmerem pęcherzykowym. Ponie-

(1) Na ostateczne zniknięcie szmeru tego ma jeszcze wpływ i ta okoliczność, iż normalny miąższ płuc jest złym przewodnikiem dźwięków, jako niżej będzie dowiedzioném.

waż pęcherzyki płucne, w których szmer ten tworzy się, znajdują się bezpośrednio pod opłucną i klatką piersiową. I ponieważ oddech oskrzelowy do miejsc tych, jakieśmy to widzieli nie dochodzi, to przy auskultacyi płuc w normalnym stanie wyłącznie słyhać szmer pęcherzykowy inaczej płucnym lub normalnym oddechem nazywany, na całej przestrzeni płuc, wyjąwszy te przypadki fizyologicznego oddechu krtaniowego, o ukazaniu się i przyczynach powstania którego w pewnych miejscach była mowa. Wcale inaczej się rzecz ma w chorobach płuc. Tu krtaniowy oddech może być odkryty przy auskultacyi na każdym miejscu, gdzie w normalnym stanie bywa oddech pęcherzykowy. Od czego zależy? i jak objaśnić ten patologiczny krtaniowy oddech? Aby odpowiedzieć na te pytania, powinniśmy najprzód rozpatrzyć, w jakich chorobach objaw ten daje się obserwować.

IV.

Choroby, w których oddech krtaniowy daje się słyszeć przy auskultacyi piersi, są następujące: 1) choroby mięszu płucnego, polegające na formowaniu się pewnych zapalnych, gruzliczych i t. d. produktów; tu należą: pneumonia, nasiąk gruzliczy, nasiąk krwawy (*infarctus haemorrhagicus*), oedema pulmonum, cancer, melanosis pulmonum; 2) choroby płuc, przy których formują się jamy: gruzlicze (*cavernae tuberculosae*), gangrenowe (*gangraena pulmonum*) i od rozdęcia oskrzeli (*bronchiectasis*) pochodzące; 3) choroby sąsiednich organów, przy których produkta chorobowe uciskają miąższ płuc: zapalenie opłucnej (*pleuritis*), hydro, i pueumothorax, aneurysma aortae, hydropericardium, znaczne rozszerzenia lub przerosty serca, wielkie guzy opłucnej, niekiedy skrzywienia kolumny kręgowój i powiększenia objętości jamy brzusznej, przy których przepona podjęta do góry uciska płuca, i nakoniec 4) znaczne zwężenia kanału powietrznego w którejkolwiek części, a najbardziej w krtani (*laryngostenosis*).

Do léj grupy należą te przypadki, w których miąższ płuc, w skutek wysięków lub krwotoków, staje się jedno-

rodnym, ścisłym, nie zawierającym w sobie powietrza. Wzorem tej grupy może służyć zwątrobiecie (*hepatialisio*) w zapaleniu płuc. Miąższ płucny, pozbawiony powietrza w tym processie, przedstawia oku badacza zbitą, stałą masę z rozwartemi gdzie niegdzie na powierzchni rozzerznięcia otworami oskrzeli. Aby oddech oskrzelowy istniał, potrzeba aby oskrzele, wchodzące w część płuc, uległy zapalnemu processowi, nie było zbyt małe, i żeby powietrze w nim znajdujące się, zostawało w swobodnej komunikacji z powietrzem krtani. Jeżeli tych dwóch warunków brakuje, oskrzelowego oddechu niema: niema go więc przy żrątkowym zapaleniu płuc (*pneumonia lobularis*), gdzie części zajęte chorobą są zbyt małe i zawierają ostatnie, a więc małe rozgałęzienia oskrzeli. Z drugiej strony oddech krtaniowy, exystujący bez żadnej wątpliwości, może raptownie zniknąć, jeżeli jakie obce ciało (krew lub śluz) przerwie nagle komunikację między powietrzem oskrzela wchodzącego do zajętej części płuc, a powietrzem zostającym w kanale powietrznym, a w szczególności krtani. Czém grubsze, w ogólności oskrzele, wchodzące do zwątrobiałego płuca, tém mocniejszy krtaniowy oddech daje się z niego słyszeć. A że oskrzela tém większe światło mają, czém bliżej tchawicy położone są, a zatem wnioskować można i potrzeba, iż najsilniejszy ten oskrzelowy oddech bywa, który słyszemy między łopatkami, gdzie oskrzela główne, prawe i lewe oddzielają się od pnia wspólnego, tchawicy. Doświadczenie przekonywa, iż w takich razach pneumonia może nawet nie bardzo wielką część płuc zajmować, np. niekoniecznie zraz cały, byle tylko zajmowała część płuc około głównego oskrzela (prawej lub lewej strony) i między niem a klatką piersiową z tyłu (okolicą między łopatkową), do której przylega stetoskop lub ucho auskultującego, a oddech krtaniowy da się słyszeć w całej swojej mocy. Następnie szmer ten dość mocny bywa w razie zwątrobienia in reg. supraspinata et infraclavicular. mniej silny w tylnych i dolnych częściach płuc koło kolumny kręgowej, i nakoniec jeszcze słabszy w pozostałych częściach płuc. Jeżeli zwątrobiecie nie rozchodzi się, a pozostaje stwardnienie, to i oddech oskrzelowy nie znika.

W pierwszym peryodzie zapalenia płuc engouement, kiedy jeszcze niema zwątrobienia i powietrze przenika do pęcherzyków płucnych, krtaniowego oddechu nie bywa.

Zapalenie płuc stanowi process chorobowy, który daje nam dosyć często powód do słyszenia oddechu krtaniowego. Prawie jednakowo często zdarza się on i w gruźlicy płucnej (*tuberculosis pulmonum*), dla tego jednak trzeba, żeby gruźelki były w wielkiej ilości i jakby zlane jedne z drugimi formowały tak zwane nasiąki czyli infiltraty gruźlicze. Gdy miąższ płuc nawskróś przesiąknie nimi i wycisnie powietrze z jakiegokolwiek części większej płuc, dopiero są warunki dla uformowania się oddechu krtaniowego. Gruźelki ziarnkowe (*tubercula miliaria*), rozsiane w mniej więcj zdrowym miąższu nie sprowadzają oddechu krtaniowego, chociażby nawet były w wielkiej ilości. Z tych powodów oddechu krtaniowego nie bywa w gruźlicy ostrój i w początkach gruźlicy chronicznój. Ulubionem miejscem nasiąków gruźliczych są górne zrazy płuc i tamto najczęściej daje się obserwować oddech krtaniowy w gruźlicy. Ten sam zaś symptom w pneumonii niema takiego umiejscowienia, i częściej się zdarza w dolnych tylnych częściach płuc, jak w górnych. To jednak nie wyklucza możebności umiejscowienia zapalenia płuc i w szczytach tego organu. U osób mających gruźlicę, częstoć przy auskultacyi znajdujemy w szczytach płuc szmer pęcherzykowy expiracyjny mocny, który przemienia się w zupełny krtaniowy, jak tylko chory mocniej oddycha. Oprócz umiejscowienia, oddech krtaniowy różni się od tegoż symptomu zapalenia płuc swoją stałością i powolném bardzo, stopniowém formowaniem się i rozszerzeniem, wówczas, gdy w zapaleniu płuc powstaje on raptownie zaraz po rżeniu trzeszczącém (*crépitation*), i bardzo szybko może się rozszerzać na sąsiednie części płuc lub też znikać, ustępując miejsce rozmaitym rżeniom.

Nasiąk krwawy (*infarctus haemorrhagicus*), process stonkowo rzadki, rzadziej też daje powód do wysłuchiwania oddechu krtaniowego, między innemi jeszcze i dla téj przyczyny, że w wielu razach ogranicza się malutką cząstką płuc,

przyczém, jak widzieliśmy przy zwałtrobieniu, oddech krtaniowy nie bywa. Jeżeli nasiąk zajmuje znaczną część płuc, to oddech krtaniowy może dać się słyszeć. Ukazuje się on wówczas raptownie u osób, mających organiczne wady serca, i towarzyszy mu krwioplucie (*haemoptoë*).

Puchlina płuc (*oedema pulmonum*), tylko w wyjątkowych razach dochodzi tak wysokiego stopnia, że wyciska zupełnie powietrze z pewnej części płuc, warunek konieczny dla utworzenia krtaniowego oddechu. Rzadko także niezmiernie szmer ten był obserwowany w skutek raka płuc (*carcinoma pulmonum*), gdyż pomijając rzadkość choroby, na uwagę i to jeszcze wzięść należy, iż rak bywa w płucach po większej części tylko wtórnie w postaci małych rozsianych guzów wielkości mniej więcej greckiego orzecha. Przypuszczać, iż krtaniowy oddech u chorego zależy od obecności nasiąku rakowego, wówczas tylko możemy, gdy się on ukazuje u osoby, mającej jawnie rakowe nowotwory w innych organach, gdy go niepoprzedzały zjawiska zapalenia płuc i nakoniec, gdy on długo pozostawał lub pozostaje bez rozszerzenia się i zmiany żadnej.

Druga grupa obejmuje w sobie jamy, znajdujące się w płucnym mięszu. Nie wszystkie jednak jamy wydają krtaniowy oddech. I tu potrzebne są pewne warunki. Tylko te jamy, które mają ścianki dość twarde, sztywne, które znajdują się albo bardzo powierzchownie, prawie bezpośrednio pod opłucną, lub jeśli głębiej, to między nimi i klatką piersiową znajduje się stężały pozbawiony powietrza miąższ płucny i których nakoniec powietrze komunikuje się z powietrzem reszty dróg oddechowych, tylko te jamy są miejscem krtaniowego oddechu przy auskultacyi. Jamy otoczone normalnym miąższem płuc, lub miąższem mało co od stanu normalnego odróżniającym się, a także jamy zewsząd zakryte, odosobnione, nie zdradzają swojej obecności oddechem krtaniowym. Moc oddechu oskrzelowego w jamach zależy od ich pozycyi, wielkości i komunikacyi z powietrznymi kanałami płuc. Co się tyczy, najprzód pozycyi, to bardzo naturalnie, iż czém bliżej od ucha auskultującego znajduje się jama, czém mniej różnorodnych tkanek szmer ma przechodzić, tém jest on mocniejszy.

Wielkość jamy wpływa bezwątpienia także na moc szmeru, tak iż bardzo małe jamy nie wydają nawet krtaniowego oddechu: ważną atoli przy tém rolę odegrywają komunikacje ich z oskrzelami. Nie mówiąc o tém, iż gdy komunikacji brakuje, to i szmeru niema, ale nawet w razie komunikacji bardzo wąskiej, ciasnej, nie proporcjonalnej do wielkości jamy oddech oskrzelowy także nie ma miejsca, a natomiast słyszymy tylko świst. W wielkich bardzo jamach, mających dostateczną komunikację, odgłosowi oskrzelowemu towarzyszy dudnienie i dźwięk metaliczny. Z tego widać, że zjawiska auskultacyjne w jamach nadzwyczajnie rozmaite bywają. Nie mniej przeto Laënnec opisywał odrębny oddech właściwy jamom, a który on nazwał oddechem jamnym (*respiration caverneuse*). Oddech ten, według niego „*ma charakter krtaniowego oddechu, ale czujemy wyraźnie, że powietrze przenika do próżni obszerniejszój, aniżeli gałązki oskrzelowe*“ (1). Ponieważ z opisanego widzimy, że oddech jamny Laënneca ma zupełnie ten sam charakter, jak i oddech krtaniowy, więc za przykładem Szkoły, sądzimy, iż logicznie nie należy oddzielać jednego od drugiego, i dla tego łączymy obadwa pod wspólnym nazwiskiem krtaniowego oddechu. Nowsi pisarze niemieccy idą w tym względzie za powagą Szkoły; Francuzcy zaś Laënneca. Tak Barth i Roger w swoim dziele (*Traité pratique d'Auscultation*, 5 édition 1860). mówią o jamnym oddechu, przypisując mu charakter wydrążenia lub próżni (*creux*), którego niema oddech oskrzelowy, i częstszą obecność wilgotnego rżenia. Okoliczność ostatnia słuszna, ale nie zmienia nic charakteru samego oddechu oskrzelowego i dla tego musimy ją uznać za niedostateczną dla utworzenia odrębnego symptomu auskultacyjnego jamnego oddechu. Co się zaś tyczy charakteru próżni, to bywa on wyrażony tylko w tych jamach, które z powodu swojej wielkości i innych warunków mogą wydawać oddźwięk metaliczny z dudnieniem; czyli drugimi słowami, te ostatnie auskultacyjne objawy, których rozbiór, jako objawów zupełnie odrębnych, był by tu wcale nie w miej-

(1) Laënnec, op. c. p. 74.

scu, nadają jamom ten charakter próżni i pozwalają czynić wnioski o obecności jam; jeżeli zaś ich niema, to szmer jam nie różni się niczem w charakterze swoim akustycznym od krtaniowego oddechu i z tego powodu powinien jedno z nim nosić miano.

Najczęściej się zdarza obserwować jamy gruźlicze czyli kawerny. Charakteryzują się one jak swoim umiejscowieniem w szczytach płuc, tak i drugimi symptomami właściwymi gruźlicy płucnej i chronicznym przebiegiem. Jamy gangrenowe charakteryzują się między innymi, smrodliwą, specyficzną wonią wydechanego powietrza i plwocin. Bywają one na jakimkolwiek miejscu w płucach, również jak i jątrzniki (*vomicae*). Ostry przebieg choroby, poprzedzające symptomy zapalenia płuc, obfite ropne plwociny, są właściwe tym ostatnim. Wypada jednak zauważyć, że jątrzniki same przez się rzadko zdarzające się, jeszcze rzadziej dają powód do utworzenia się oddechu krtaniowego, a to z powodu, iż wciąż przepełnione są ropą, a więc rzadko przedstawiają jamę we właściwem znaczeniu tego słowa. Nakoniec rozszerzenie lub rozcięcie oskrzeli, czyli będzie równe, czy workowate (*bronchiectasis saciformis*) może dać powód do utworzenia się oddechu krtaniowego, jeżeli otaczający rozdętą oskrzela miąższ płucny, znajdujący się między niemi a klatką piersiową jest w stanie stężenia, przedstawia masę jednorodną, pozbawioną mniej więcej powietrza. Krtaniowy oddech od rozęcia oskrzeli zależy, daje się słyszeć długi czas na pewnym miejscu bez żadnej zmiany i bez współczesnego silnego cierpienia organizmu, jakie bywa, przeciwnie, w uprzednich chorobach z jamami w płucach przebiegających np. w gruźlicy płucnej lub gangrenie płuc. Nakoniec, niema tego ostrego przebiegu, który jest właściwy jątrznikom płucnym.

Jamy w płucach mogą jeszcze tworzyć się po oddaleniu torbieli (*cystae*), znajdujących się w miąższu tego organu, lub też po oddaleniu rozmiękczonych apoplektycznych ognisk (Barth i Roger); są to jednak tak wyjątkowe przypadki, iż można powątpiewać, czyli sami ci autorowie obserwowali coś podobnego.

Trzecia grupa processów chorobnych, w skutek których oddech krtaniowy daje się słyszeć w płucach, składa się z wielu różnorodnych cierpień sąsiednich z płucami organów, mających to wspólnego, iż wszystkie one mogą uciskać płuca i pozabawiając je przez to powietrza, zamieniać w substancję na pierwszy rzut oka bardziej podobną do mięśnia, jak do płuc, zkąd i nazwa *carnificatio pulmonum*. Jeżeli ucisk zewnętrzny rozciąga się na mały kawałeczek płuc, to krtaniowego oddechu niema, tak samo, jak niema go w przypadkach zrazikowego zwątrobień (*hepalisatio lobularis*). jak to widzieliśmy. Dla tego aby krtaniowy oddech dał się słyszeć, trzeba, żeby ściśnięta część płuc była większą, zawierała oskrzele większego kalibru, oskrzele, mające gdzie niegdzie pierścienie chrząstkowate i stawiające przeto lepszy opór zewnętrznemu naciskowi. Takie oskrzele może zawierać w sobie powietrze wówczas, gdy najdrobniejsze oskrzele i pęcherzyki płucne już są go pozabawione skutkiem mocnego i stopniowego zewnętrznego ucisku. Potrzeba także, ażeby oskrzele to swobodnie komunikowało się z resztą dróg oddechowych, przez kolumnę powietrza nieprzerwaną. Z tego widać, że warunki dla oddechu krtaniowego w tej grupie chorób są dosyć podobne do warunków pierwszej grupy zwątrobień. Z chorób tej grupy, najczęściej powód do sformowania się oddechu krtaniowego podają wysięki w opłucnej (*pleuritis exsudativa*). Wysięk zbiera się w początkach zawsze, wedle praw ciężkości w dolnej części worka pleuretycznego, jeżeli tylko niema zrosnięć płuca z klatką piersiową, mogącego zmienić pozycję wysięku; z tego powodu dolne zrazy płuc najpierw ulegają ciśnieniu; płyn zgromadzony w opłucnej, najpierw je odciska w tył, ku miejscu naturalnego ich przymocowania, które stanowi *radix pulmonum*. Z powiększeniem ilości wysięku wypełnia się nie tylko najbardziej dolna część worka pleuretycznego, znajdująca się z tyłu, ale i cokolwiek wyższa przednia, a zduszony zraz płuc przylega do kolumny kręgowej, z jakiego powodu i oddech krtaniowy daje się słyszeć najlepiej z tyłu. Przy wielkiej massie wysięku i drugie zrazy płuc mogą być zduszone i całe płuco jednej strony przyciśnięte do kolumny krę-

gowej, w którychto razach i krtaniowy oddech bywa bardzo mocny z tyłu u wewnętrznego brzegu łopatki.

W razie niecałkowitych, a częściowych pleuretycznych zrośnień, wysięk zbiera się w miejscach, które zostały swobodnymi od zrośnień. Jeżeli te ostatnie bywają na znacznej przestrzeni i są dosyć mocne, niełatwo ustępujące przed naciskiem, to i zduszenie płuca w tém miejscu może być tylko powierzchowném i prowadzi za sobą tylko osłabienie normalnego oddechu.

Z tego krótkiego opisanie widać, że warunków dla sformowania się oddechu krtaniowego częściej brakuje przy pleuretycznych wysiękach, aniżeli przy zapaleniu płuc i dla tego w zapaleniu opłucnej dosyć często się zdarza, gdy wysięk jest nieznaczny, słyszeć przy auskultacji tylko osłabiony szmer pęcherzykowy, a właściwego krtaniowego oddechu niema. W ogólności, brak oddechu krtaniowego może zależeć od wysięków dwojakim sposobem: albo wysięk bardzo mały i niedostatecznie uciska płuca, albo przeciwnie bardzo obfity, tak że odległość między zduszoném i ku tyłowi odcisniętém płucem a uchem auskultującego jest tak znaczna, iż żadne dźwięki nie dochodzą. W tym ostatnim przypadku, krtaniowego oddechu nie słycać przy auskultacji piersi z przodu, chociaż może on być bardzo głośnym z tyłu.

Zebranie się gazu w jamie opłucnej (*pneumothorax*) samo z siebie rzadko staje się przyczyną tak mocnego uciśnienia płuc, aby oddech krtaniowy mógł się ukazać. Po większej części w takich przypadkach bywa tylko osłabiony oddech pęcherzykowy z towarzyszącém mu dudnieniem i oddźwiękiem metalicznym. Jeżeli krtaniowy oddech daje się słyszeć w takich razach, to zależy on od uciśnienia płuc nietyle gazem, wiele płynami, których w podobnych przypadkach nigdy prawie nie brakuje (*hydro* albo *pyopneumothorax*).

W przypadkach krtaniowego oddechu, zależącego od płynnego albo gazowego ciała w jamie opłucnej znajdującego się, szmer nie różni się niczem od szmeru w zapaleniu płuc, tak że robić wnioski dyagnostyczne o naturze choroby z jednego tylko krtaniowego oddechu zupełnie nie podobna. Dru-

gie symptomy, w szczególności zaś te, które otrzymujemy przy użyciu innych sposobów badania fizycznego, powinny być podane pod ścisłą uwagę. Tak w zapaleniu płuc drżenie klatki (*fremitus pectoralis*) w czasie mówienia wzmocnione, gdy przy zapaleniu opłucnej, przeciwnie, osłabione; odgłos stłumiony perkussji nie zawsze zajmuje dolne i tylne części z początku zapalenia płuc i nie odgranicza się tak raptownie linią mniej więcej horyzontalną, jak w zapaleniu opłucnej. W tej ostatniej chorobie z powodu przyczyn, które łatwo zrozumieć i wyprowadzić na zasadach wyłożonych o warunkach krtaniowego oddechu, szmer ten zajmuje mniejszą przestrzeń, aniżeli przestrzeń stłumionego przy perkussji odgłosu. W zapaleniu płuc dane perkussji, przeciwnie, bardziej harmonizują z krtanowym oddechem. Nakoniec własność plwocin, charakterystycznych w zapaleniu płuc, i przebieg choroby, nie mówiąc o innych symptomach, przedstawiają ze swjej strony dane, które wespół z poprzedniemi prawie zawsze usuną z łatwością wątpliwość co do dyagnostycznego znaczenia obserwowanego krtaniowego oddechu.

Inne choroby tej grupy wyliczone na początku, sprowadzają rzadko bardzo, prawie w wyjątkowych razach oddech krtaniowy, ponieważ w nich uciśnienie płuc rzadko dochodzi do takiego stopnia, jaki koniecznie potrzebny, jak to widzieliśmy, dla sprowadzenia krtaniowego oddechu. Tak np. przy skrzywieniach kolumny kręgowj zdarzać się może ściśnienie płuc, ale zbyt niekompletne i małą cząstkę płuc obejmujące. To samo można powiedzieć o tętniakach aorty, przerostach serca i t. d., które zdarza się często obserwować w bardzo wysokim stopniu, a jednak bez współistnienia oddechu krtaniowego w płucach.

Czwarta grupa zawiera w sobie zwężenia krtani (*laryngostenosis*) i tchawicy w skutek obecności wysięków na wewnętrznej powierzchni tych kanałów (*croup*), blizn zwężających krtani, a pozostających po zagojeniu się owrzodzeń krtani, a szczególnie głosowych wiązadeł, następnie w skutek obecności polipów i drugich wewnętrznych tumorów, również jak i zewnętrznych, sprawiających ściśnienie i zwężenie

krtani albo tchawicy. We wszystkich tych przypadkach z powodu przyczyn, które były wyżej wskazane (III), oddech krtaniowy wzmaga się do takiego stopnia, iż daje się słyszeć przy auskultacyi piersi, które mogą być zupełnie zdrowe. Szmer ten ma zupełnie taki sam akustyczny charakter, jak w poprzednich przypadkach, a że zależy od patologicznego stanu krtani a nie płuc, o tem przekonywa nas najbardziej powierzchowne badanie chorego, przy którym zauważymy zwykle zaraz silny szmer w krtani przy oddychaniu, szmer który słyszymy zdaleka, bez przyłożenia stetoskopu. Rozszerzenie krtaniowego albo laryngealnego oddechu na większą lub mniejszą część piersi zależy (*ceteris paribus*) od większej lub mniejszej mocy szmeru w krtani, co znowu zależy, jakśmy widzieli od wielkości przeszkód w drogach oddechowych, to jest od stopnia zwężenia. W największych stopniach téj choroby, laryngealny oddech zajmuje całą prawie pierś, przycém jednak najmniej jest wyraźnym z przodu u spodu, zaczynając od brodawek sutkowych w dół. Przy mniejszych cierpieniach szmer ten daje się słyszeć tylko między łopatkami i u szczytów płuc jak z przodu, tak i z tyłu. Nakoniec w razach niewielkiego zwężenia, słyhać go tylko między łopatkami z tyłu i z góry do 4go kręgu grzbietowego. W każdym razie, symetryczność z obydwóch stron stanowi cechę charakterystyczną tego szmeru. Pod względem dyagnostycznym, ten laryngealny oddech nie tylko nie przynosi korzyści, ponieważ bez niego można sądzić o stopniu zwężenia dróg oddechowych z mocy szmeru i z innych symptomów na samem miejscu obserwowanych, ale nawet utrudnia rozpoznanie stanu płuc w niektórych razach, maskując drugie symptomy auskultacyjne w piersiach. Przypuśćmy naprzykład, że u chorego mającego zwężenie krtani, niezależnie od tego cierpienia chronicznego rozwinęło się zapalenie płuc w téj części tego organu, na którą rozchodzi się jeszcze laryngealny oddech, w takim razie przy powierzchowném badaniu, znajdując oddech krtaniowy w płucach łatwo jest wziąć go za pochodzący ze zwężenia krtani, przez rozszerzenie się na płuca, a nie za symptom pneumonii, i tém bardziej, iż z przeciwnéj strony

Będzie także szmer podobny. Zapewne, ten ostatni, znajdujący się w symetrycznym miejscu drugiej połowy ciała, będzie cokolwiek słabszy i ten brak kompletnej zgodności w sile szmeru już każe powątpiewać o normalnym stanie płuc, ale różnica nie jest tak wielka, może ująć uwagi i zapalenie płuc może być nie rozpoznane, jeżeli nie były ocenione należycie inne symptomy, jak stłumiony odgłos, charakterystyczne plwociny i t. d. Może być popełniona i odwrotna omyłka, naturalnie przy powierzchownym badaniu, to jest laryngealny oddech krtaniowego pochodzenia, może być przyjęty za krtaniowy (w skutek choroby płucnej) i na tej zasadzie dyagnostykowana gruźlica w szczytach płuc, a to tym pewniej, że duszność w piersiach, kaszel i inne symptomy krtaniowej choroby wspólne są i chorobom płuc; z tym wszystkiem brak stłumienia odgłosu perkusyjnego, jednakowa moc szmeru z obydwóch stron, co bywa rzadko sub tuberculosi pulmonum, a najważniejsza: łatwe wytlómaczenie szmeru w płucach ocze-wistém cierpieniem krtani (*laryngostenosis*) i rozszerzeniem się widoczném szmeru tam powstałego na piersi, łatwo wyprowadzą nas z błędu. W ogólności krtaniowy oddech chorób tej grupy, może być odróżnionym od krtaniowego oddechu, który odkrywa także auskultacja piersi, w chorobach pierwszych 3 grup: 1) szmerem silnym, dającym się słyszeć zdaleka bez przyłożenia stetoskopu do krtani; 2) w tych miejscach piersi, z których słyhać krtaniowy oddech, brakiem stłumionego odgłosu przy perkusyi i innych symptomów chorobliwego stanu płuc. Od fizyologicznego krtaniowego oddechu, różni się zaś: 1) bardzo jawném cierpieniem krtani, stanowiącém punkt wyjścia dla szmeru, jaki się daje słyszeć w piersiach; 2) zupełną symetryą w mocy szmeru z obydwóch stron piersi, symetryą, której może brakować w fizyologicznym krtaniowym oddechu.

V.

Nieśmiertelny twórca auskultacyi, Laënnec, który odkrył oddech krtaniowy również jak i wiele innych zjawisk auskultacyjnych, pierwszy też starał się objaśnić sposób po-

wstawania tego szmeru w piersiach; ale zwracając szczególną uwagę na semiotyczną stronę kwestyi, nie wzmocnił on swego objaśnienia dosyć silnemi dowodami, tak iż nie utrzymało się ono później i omal nie runęło zupełnie pod ciężarem zręcznych zarzutów. My wcale nie chcemy z tego czynić zarzutu Laënnecowi. Rozpocząć i dokonać wszystko jednemu człowiekowi, wyczerpać wszystko i nie pozostawić nic, żadnej pracy dla późniejszych pokoleń, niepodobna! Prócz tego, postęp nauki ma także swoje pewne prawa: z początku robi się odkrycie pewnego zjawiska, później następuje jego wytłómaczenie. Przeciwnie, podziwiamy geniusz Laënneca, który w krótkich słowach dał wytłómaczenie zjawiska lepsze, aniżeli wiele innych, które proponowali późniejsi pisarze. Laënnec mianowicie myśli, że kiedy ucisk zewnętrzny lub wysięk wewnętrzny w miąższ płuc, pozbawia go powietrza, które nie może przeniknąć aż do pęcherzyków płucnych i wywołać w tych ostatnich szmeru pęcherzykowego: wówczas nie pozostaje nic jak oddech oskrzelowy. Ten ostatni tém bardziej staje się głośniejszym i łatwiejszym do wysłuchania, iż płuca są wskutek wymienionych processów cięższymi, gęstszymi i przeto lepszymi przewodnikami dźwięków (1). Takie tłómaczenie nie zadawałoby Szkodę dla tego iż płuca stężałe, według niego nie są lepszymi przewodnikami dźwięków i dla téj jeszcze przyczyny, iż w zdarzeniach, w których powietrze nie przenika do pęcherzyków płucnych, w ogólności niema, według opinii Szkody, żadnego ruchu powietrza przy oddechaniu i w całym zwątrobiałym płucu, ponieważ takie płuco nie jest zdolne zmieniać swoją objętość przy oddychaniu, a zatem niema toku powietrza w oskrzelach, mogącego sprawić oddech

(1) Laënnec: Op. c. pag. 73: „Les raisons de la respiration bronchique me paraissent assez faciles à donner. En effet, lorsque la compression ou l'engorgement du tissu pulmonaire empêche la pénétration de l'air dans ses vesicules, la respiration bronchique est la seule, qui ait lieu. Elle est d'autant plus bruyante et facile à entendre, que le tissu du poumon, rendu plus dense, en devient meilleur conducteur du son.“

oskrzelowy (1). Czy słuszny ten zarzut Szko dy? zarzut, który go poprowadził do zaproponowania nowój teorii współdzwięczenia (*consonanzlehre*) dla objaśnienia powstawania krtaniowego oddechu. Drugimi słowami, czy prawda, iż w oskrzelach zwątrobiałych płuc niéma przy oddychaniu ruchu powietrza? (2). Od czasu jak Szko da wypowiedział myśl tę, stała się ona ogólną, przyznaną przez wszystkich i powtarzaną wciąż jak w wykładach ustnych najlepszych klinicznych profesorów (Oppolzer), tak i w dziełach specjalnych auskultacyi (Wintrich, Seitz i innych). Wszyscy wyobrażają sobie, iż powietrze w oskrzelach zwątrobiałych płuc i w jamach ze ściankami stężałemi, nieruchonemi, znajduje się w pewnego rodzaju zastoju, ponieważ te ostatnie pozbawione są możności oddychania, to jest nie mogą rozszerzać się przy inspiracyi i zmniejszać się, ściągając się przy expiracyi. Przytém zapominają, iż w przestrzeniach zupełnie odgraniczonych z nieruchomemi ściankami może powietrze być w ruchu, jak skoro powietrze to zostaje w związku niepewnym z powietrzem zewnętrzném, różniącym się od pierwszego *stopniem swojego zgeszczenia*. Bez wątpienia, oskrzela zwątrobiałych płuc i jamy z nieruchomemi, stężałemi ściankami nie są zdolne oddychać; one nie kurczą się, ani rozszerzają się przy oddychaniu; przestrzeń objęta ich ściankami ani zmniejsza się ani powiększa się w skutek oddychania. Ale, bez względu na to,

(1) Szko da. Op. c. pag. 101: „Die Ansicht Laënne c's über den Grund des Erscheinens der bronchiateu. Respiration am Thorax, halte ich nicht für richtig. Die bronchiale Respiration ist nicht selten in Fällen, wo das Lungenparenchym komprimirt oder vollständig hepatisirt ist, *wo also in das Lungenparenchym keine Luft eindringen kann*, ungemein laut,“ i dalej na str. 102: „In einer vollkommen hepatisirten Lunge findet während der Respiration keine Volumsveränderung Statt, *es kann demnach vom Einströmen und Austreten der Luft keine Rede sein*. Ich glaube das Erscheinen des bronchialen Athmens am Thorax *aus den Gesetzen der consonanz* erklären zu müssen.“

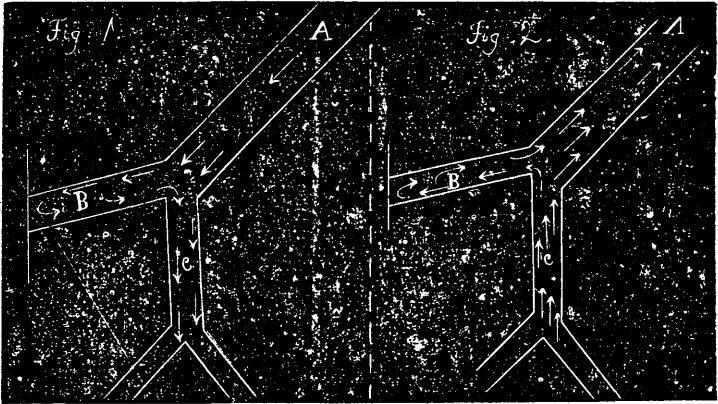
(2) Zamilczamy tu naumyślnie o drugim zarzucie Szko dy przeciw teorii Laënneca (o tém, iż stężałe płuco stanowi lepszy przewodnik dźwięków), mając później rozpatrzyć szczegółowie tę najważniejszą dla teorii oddechu krtaniowego kwestyę.

istnieje pewien *tok powietrza, zależny od ciągle ponawiającej się różnicy w zgęszczeniu powietrza tych patologicznych przestrzeni, a reszty powietrznych kanałów*. I w samej rzeczy, zgęszczenie powietrza w zdrowych częściach płuc nie jest i nie może być ciągle jednakowem, a ulega wciąż przy oddychaniu znacznym zmianom: przy inspiracyi jest ono rzadszém, przy expiracyi gęstszém od atmosferycznego powietrza i my nie możemy sobie przedstawić, iżby powietrze patologicznych przestrzeni (1), zostające w komunikacyi (a wtedy tylko wydają one krtaniowy oddech, jak widzieliśmy) z powietrzem tchawicy i innych oskrzeli, mogło wciąż zostawać na jednym stopniu zgęszczenia, dajmy naprzykład, na tym stopniu, jaki ma zewnętrzne atmosferyczne powietrze! Fizyka zaś uczy, iż cząsteczki gazów w dwóch komunikujących się przestrzeniach nie mogą zostawać pod różnym ciśnieniem: nieodwołalnie dążą one przejść do przestrzeni, gdzie powietrze rzadsze z przestrzeni, gdzie było ono gęstszém, i dążność ta, która wprawia w ruch powietrze, ustaje tylko wówczas, gdy nastąpiła równowaga w obydwóch przestrzeniach. A ponieważ w płucach znajdujemy ciągle wahania w stopniu zgęszczenia powietrza przy inspiracyi, to i *w patologicznych przestrzeniach powinien nastąpić odpowiedni ruch cząsteczek powietrza*. Że ten wniosek jest zupełnie słuszny, można łatwo przekonać się za pomocą bardzo prostego doświadczenia. Szklanna rurka, którą ja w tym celu używałem, miała 10mm w średnicy; jeden jej koniec odkryty zupełnie, drugi zaś rozgałęziony, to jest przechodzi bezpośrednio w dwie mniejsze rurki mające 8mm w średnicy i rozchodzące się pod kątem w 45. Taki system przedstawia główne oskrzele z jego dychotomiczném rozgałęzieniem. Koniec jednej mniejszej rurki opuszcza się na moment w wodę i zaraz się wyjmuje, przy czém zatrzymuje on kroplę wody, która przylega do ścianek i wypełnia całkowicie otwór téj rurki. Ta gałąź ze swemi

(1) Dla skrócenia, użyto tu i w następnych stronicach nazwy *patologiczne przestrzenie* zamiast: oskrzela zwątrobiałych płuc i jamy z nieruchomemi ścianami, co byłoby zanadto długo.

nieruchomemi ścianami i z kroplą wody na końcu, oddzielającą jój powietrze od zewnętrznego powietrza, przedstawia oskrzele zwątrobiałego płuca. Druga gałązka, mająca na końcu kulę elastyczną, przez ściskanie której wpędza się do rurki powietrze, a przez pozostawienie samej sobie, wciąga, wracając do zwykłej objętości, przedstawia oskrzele zawarte, a raczej rozgałęziające się w zdrowym płucu. Jeżeli naśladować za pomocą tej kulki ruchy oddechowe, to przytém powietrze, przenikające z zewnątrz, dostaje się do kuli naturalnie przez odkryty koniec głównej rurki, a przy ściśnięciu kuli, przez ten otwór wychodzi. Nie mniej, jednak, kropla wody, znajdująca się w drugiej gałęzi nie zostaje na swoim miejscu, lecz ruchami swemi naprzód i ku tyłowi przekonywa nas o istnieniu ruchu powietrza w gałązce, przedstawiającej oskrzele zwątrobiałych płuc. W ciągu doświadczenia, kropla wody wypełnia całkowicie światło (*lumen*) téj gałązki, a zatém wciąż nie dopuszcza powietrza z téj strony. Jeżeli koniec gałązki téj zakryjemy nie kroplą wody, ale ciałem twardém, naprzykład zakorkujemy go szczelnie, wpuściwszy przedtem kilka najdrobniejszych ziarek piasku, to z ruchu tych ostatnich w czasie ucisku kuli, przekonywamy się także o istnieniu ruchu powietrza w całkiem zakrytej gałązce. Badając ruch pyłku piaskowego lub wody, łatwo zauważyć związek i zależność od tego ruchu powietrza, jaki ma miejsce w głównej rurce i drugiej gałązce, i nie trudno, zastosować to do patologicznych stanów w płucach. Dla łatwiejszego zrozumienia, przedstawmy sobie, iż całe płuco jakiegokolwiek strony, dajmy na to lewój, zwątrobiałe tak, iż osoba oddycha tylko za pomocą prawego płuca. W ten moment, który bezpośrednio uprzedza inspirację, płuca są w stanie spoczynku i stopień zgęszczenia powietrza we wszystkich gałązkach jak zdrowego, tak i zwątrobiałego płuca jest jednakowy i jednakowy z zewnętrzném atmosferycznym powietrzem. Zaczyna się inspiracja. Jak skoro klatka piersiowa działaniem przepony (*diaphragma*) i innych mięśni rozszerza się, pęcherzyki płucne zdrowego to jest prawego płuca, zaraz rozszerzają się i płuco rozdyma się, w ślad za klatką postępuje. W miarę rozszerzenia się pęcherzyków

płucnych, powietrze w nich zawarte staje się rzadszém, naprężenie powietrza zatém w oskrzelach bierze górę i powietrze z oskrzeli dąży do pęcherzyków płucnych; w skutek tych samych przyczyn, powietrze z głównego prawego oskrzela rusza w kierunku mniejszych i małych oskrzeli, i przeto rozrzedza się. To zmniejszenie stopnia zgęszczenia powietrza w głównym pniu oskrzelowym prawej strony będzie mieć koniecznym swoim następstwem ruch postępowy powietrza z części tych dróg oddechowych, w których powietrze nie uległo dotąd rozrzedzeniu. W normalnym stanie tchawica, a następnie krtani są takimi częściami; lecz tu w naszym przypadku, to jest przy zwątrobieńiu lewego płuca, główne oskrzele lewej strony ze swojemi gałęziami przedstawia także rezerwoar powietrza tej samej gęstości, co i powietrze krtani. Skutkiem tego, będzie jednoczesny ruch powietrza z głównego oskrzela lewej strony i z krtani do prawego płuca. W miarę jednak, jak powietrze uchodzi z patologicznego rezerwoaru, to jest z lewego oskrzela, staje się ono naturalnie cokolwiek rzadszém, co skierowuje w tę stronę powietrze z krtani, gdzie strata ztąd wynikająca z łatwością zawsze może być wynagrodzona powietrzem z zewnątrz przez usta lub nos wchodzącém. Widzimy więc, iż powietrze oskrzela chorej strony bierze udział, chociaż zapewne w mniejszym daleko stopniu, w akcji inspiracyi, i łatwo z powyższego zrozumieć, że udział ten nieodwołalnie nastąpi i w takim razie, kiedy zwątrobieńiu uległo nie całe płuco jakiegokolwiek strony (jakeśmy to przypuścili dla łatwiejszego tłamaczenia), lecz tylko jeden zraz płuc. Powietrze w każdym razie ostatecznie postępuje z zewnątrz, lecz dla nas wielkie znaczenie ma ten fakt, iż część jego zachodzi w oskrzele zwątrobiałego zrazu płuc, dla wynagrodzenia straty, jaka powinna była tam nastąpić w skutek przeniesienia się części pewnej powietrza do najbliższych oskrzeli zdrowych płuc, w których powietrze rozrzedza się najpierw i najmocniej. Tok powietrza oznaczają strzałki na załączonej figurze (Fig 1), gdzie A oznacza główne oskrzele, z którego rozchodzą się: B. oskrzele zwątrobiające i C zdrowej części płuc:



To samo odbywa się tylko w przeciwnym kierunku przy *expiracji*. Siły wyciskające powietrze z płuca muszą naturalnie zgęszczać je i to zgęszczone powietrze przenika i do zwątrobiałych części. Następnie powietrze to, zgęszczone mocniej, aniżeli powietrze w krtani znajdujące się, dąży do równowagi z tém ostatniem, co wywołuje ruch cząsteczek powietrza w kierunku ku krtani. Fig. 2 pokazuje ten *expiracyjny* ruch powietrza w oskrzelu B zwątrobiałych płuca.

Wszystko, co powiedziano tu o oskrzelach zwątrobiałych płuca, może być odniesione bezpośrednio i do jam z twardei nieruchomemi ścianami i dość szerokiemi komunikacyami.

I tak widzimy, iż ruch powietrza w oskrzelach i jamach zależy od tychże samych warunków, które sprawiają ruch powietrza w reszcie dróg oddechowych i wciąż go podtrzymują. Jest to wentylacja swego rodzaju, bardzo dobroczynna dla chorego, ponieważ ona sprzyja oddaleniu gazów, które mogą tworzyć się w jamach na skutek rozkładu rozpoczynającego się organicznej materji tam zebranjej. Ruch ten *wzmocniony aktem kaszlu*, może jeszcze ważniejsze skutki sprawić: gdyż może pociągać za sobą twarde lub płynne materje i tym sposobem oczyszczać od nich patologiczne przestrzenie. W ten sposób mogą być oddalone rozmiękczone lub skredowaciałe gruźelki, elastyczne włókna (w gruźlicy) i nawet ka-

wałeczki mięszu płuc (przy gangrenie płuc), nakoniec ropa, śluz, krew. Oddalenie tych ciałek staje się zupełnie niezrozumiałém, jeżeli przedstawić sobie powietrze tych przestrzeni w zupełnej stagnacyi. Nabłonek migocący oskrzeli może zapewne posuwać kulkę krwi lub ropy, ale poruszać tak znaczne massy, jak to bywa w chorobach piersi, massy twarde, znacznej stosunkowo objętości, jak skredowaciały gruzełek lub kawałeczek zgangrenowanego mięszu płuc, migocący nabłonek nie jest w stanie! Dla tego potrzebny jest mocniejszy, czynnik, tok powietrza, który porywa z sobą i unosi rozmaite cząsteczki, wówczas gdy staje się jeszcze silniejszym w skutek kaszlu lub w skutek głębokich i bystrych oddechowych ruchów, jak to radzi P i o r r y w gangrenie płuc, sądząc nie bezzasadnie, iż głębokie powolnie inspiracye, za któremi następują energiczne, gwałtowne expiracyjne ruchy klatki piersiowej, mogą być skuteczniejsze od wielu lekarstw w tój strasznej chorobie (1). Rzeczywiście, takie ruchy sprzyjają jak najlepiej odnowieniu, odświeżeniu powietrza w płucach i usunięciu z jam znajdujących się w zgangrenowanych płucach cząsteczek, które przestały żyć i zaczynają już ulegać rozkładowi.

Ruch powietrza w patologicznych przestrzeniach tłómaczy nam także możność powstawania w nich rzeżenia. Niektórzy mocno przekonani o stagnacyi powietrza w tych przestrzeniach, nie dopuszczają myśli, iżby rzeżenie mogło się w nich formować, a sądzą iż szmery te gdzie indziej powstały, i ztamtąd tylko nań rozeszły się, lub też w nich wzmocniły się przez współdzwienzenie (2). My nie mamy potrzeby udawać się do takich hypotez, jak skoro przekonaliśmy się o istnieniu ruchu powietrza w tych przestrzeniach, który nam doskonale tłómaczy powstawanie rzeżenia na miejscu.

Ale, jeśli takim sposobem, ruch powietrza w patologicznych przestrzeniach zdaje się nam być niewątpliwym, to z tego nie należy jeszcze zbyt śpiesznie wnioskować, iż on to sprawia

(1) P i o r r y: La medecine du bon sens. 1864.

(2) Mowa tu o tak nazwaném rzeżeniu współbrzmiałcem (konsoniren-des Rasseln).

krztaniowy oddech. Zanadto słaby on jest dla tego, o czém łatwo przekonać się, wzięwszy na uwagę, iż gdy część płuc jest w stanie zwątrobienia lub zajęta jamami, oddychanie nie może mieć miejsca w całej pełni; powietrza nie postępuje tyle, ile w stanie normalnym w płuca, o czém zresztą spirometr łatwo nas przekonać może, a przy zmniejszonej ilości wciąganego powietrza, silny prąd w patologicznych przestrzeniach jest niemożliwy. Do tego samego wniosku dochodzimy drogą eksperymentalną, używając w tym celu wyżej opisaną rozgałęzioną rurki: ścisnąwszy elastyczną kulę silnie i szybko, można nadać ruch powietrzu w jednej gałęzi i rurce głównej prędszy, aniżeli w systemie oskrzelowym jednego płuca, i niezważając na to, szmeru żadnego nie będzie w gałęzi zakrytej, przedstawiającej oskrzele zwątrobiałych części płuc. Niektórzy autorowie, odrzucający możebność ruchu powietrza w podobnych przestrzeniach (Wintrich), mniemają jednakże, iż szmer (krztaniowy czyli oskrzelowy oddech) może być spowodowany mimo przechodzącym prądem, odbywającym ruch zwykły w oskrzelowym systemie zdrowej części płuc, w podobny sposób, jak powstaje świst, jeżeli dmuchać mocno koło dziurki od klucza. Porównanie takie nie okazuje się jednak słusznym. Ażeby sprawić świst taki, my powinniśmy dąć (lub wiatr powinien przechodzić) z wielką siłą, całą piersią. W ogólności ruch cząsteczek powietrza mimo małego porównawczo otworu klucza, powinien być bardzo szybki, i łatwo przekonać się doświadczeniem, iż jeśli nie będziemy dmuchać z wielką siłą, lub jeśli wiatr nie jest silny, to żaden szmer nie powstanie. W płucach w tém miejscu, gdzie odchodzi oskrzele w zwątrobiały miąższ, ruch powietrza nie może być tak mocny, jak kiedy oddychamy natężoną całą piersią mimo dziurki klucza. W pierwszym albowiem razie działa część powietrza zawarta w jednym lub 2 tylko zrazach płuc; w drugim zaś przypadku działa całe powietrze, jakie tylko może być oddalone z całych zdrowych płuc, przy natężonej expiracyi. Oprócz tego powietrze zawarte w oskrzelowym systemie zdrowej części płuc, przechodząc mimo otworu patologicznej przestrzeni (a po naszymu, weń

wchodząc), nie może działać swoją masą, jak wiatr, ponieważ masa ta bardzo niewielka w porównaniu z masą, którą porusza wiatr, i nadto porusza się ona w kanale, mającym mniej więcej jednakowe światło (*lumen*), z oskrzelem w zwątrobiałą część wchodzącą. A zatem oskrzele zwątrobiałych płuc, czy też otwór do jamy prowadzący (w razach krtaniowego oddechu) nie przedstawiają tu tego, względem strumienia powietrznego, małego otworu, jaki widzimy w dziurce klucza; przeciwnie otwory te są jednakowych mniej więcej rozmiarów z oskrzelem prowadzącym powietrze w zdrowe części. Ze wszystkiego tego okazuje się, iż warunki w drogach oddechowych są zupełnie różne, odrębne, i że dla tego zdaje się być zupełnie nieprawdopodobnym tworzenie się oddechu krtaniowego w patologicznych przestrzeniach na wzór i podobieństwo tego świstu, który sprawia prąd powietrza przechodzącego mimo otworów małych, dziur i szczelin (1).

Dowiódłszy ruchu powietrza w przestrzeniach, z których słycać krtaniowy oddech, tém samym usuwamy zarzut, który uczynił jak widzieliśmy S z k o d a L a ë n n e c'owi, zarzut, który między innymi, obalając teorię ostatniego w opinii S z k o d y, był jedną z pośrednich przyczyn ułożenia przez tego ostatniego nową teorię—teorię współdźwięczenia. Była jednak pewna okoliczność, która niemniej, jeżeli nie więcej wpłynęła na utworzenie się tej teorii. S z k o d a mianowicie, mniemał na podstawie swoich obserwacji, iż w niektórych razach dźwięki głosu dają się słyszeć silniej w płucach, aniżeli w miejscu ich formowania się, to jest w krtani. Takie wzmocnienie głosu S z k o d a nie mógł sobie inaczej objaśnić, jak w ten sposób, iż głos wzmacnia się w piersiach przez współdźwięczenie (Consonanz). To poprowadziło go do ułożenia

(1) Przez to nie chcemy jednak powiedzieć, aby w płucach nie występowały zupełnie warunki, podobne do tych, jakie zachodzą przy dmuchaniu w dziurkę od klucza. Chcemy tylko wyrazić, że podobne warunki nie bywają w oddechu krtaniowym, nie mogą go sprawić, ale mogą być one, i rzeczywiście bywają niekiedy w płucach i sprawiają wówczas świst czyli rżęzenie świszczące (rhonchus sibilans).

teorii współdźwięczenia (Consonanzlehre), teorii, która długi czas jedna panowała w uczonym niemieckim świecie i dziś ma jeszcze wiele adeptów, a przeto zasługuje na pilną uwagę i rozbiór szczegółowy z naszej strony.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Nowe dzieła.

Matecki dr. Rady i nauki starego lekarza dla nielekarzy napisał dr. Matecki. Poznań, nakładem J. K. Żupańskiego, 1867, str. VIII i 218, w 8ce.

Hirschfeld L. dr. Opis układu kostnego i stawowego, wraz z uwagami fizyologicznymi. Tom I, zeszyt IV i V, 1867. Pożyteczne to dzieło wkrótce ukończoném będzie.

Traube L. Die symptome der Krankheiten des Respirations und Circulations Apparats. Vorlesungen gehalten an der Friedrich Wilhelm Universität zu Berlin von Dr. L. Traube Geh. Med. Rath. und professor. Cena 1 tal. 10 sr. gr.

Goeden dr. Bericht über die cholera, epidemie in Stettin in Jahre 1866. Cena 12 sr. gr.

Hemey Lucien dr. De la péritonite tuberculeuse. Str. 90, cena 2 fr.

Faure dr. Considérations pratiques sur l'anesthésie obstétricale, str. 62, cena 1 fr. 50 c.

Dolbeau M. Leçons de clinique chirurgicale, professées á l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. Dolbeau, suppléant de M. Jobert de Lamballe, et recueillies par M. le dr. J. Besnier, interme des hopitaux. Cena 7 fr.

TINEA TONSURANS, v. HERPES TONSURANS.

przez Stanisława KOŚMINSKIEGO.

(Ciąg dalszy.) (*)

N O S O G R A F J A.

Stan chorobny ogólnych powłok ciała spowodowany rozwojem *trichofitu* bywa rozmaity, stosownie do miejscowości na jakich się pojawia pasożyt: czy na częściach bezwłosych, włosistych lub paznogiach.

Trichophyton równie jak *achorion* (pasożyt parchu) właściwie nigdy nie ukazuje się na częściach skóry zupełnie włosów pozbawionych. Fakt przytoczony przez Leberta (1), który znalazł strupek parchowy na żółędzi prącia, zupełnie nie zbija naszego mniemania, gdyż w podobnych razach Bazin (2) zawsze znajdował maleńki włoszek przechodzący przez strup; włoszek mógł rozwinąć się przypadkowo na błonie śluzowej. I dlatego pod nazwą części bezwłosych, rozumiemy miejsca pokryte nielicznymi, niezupełnie rozwiniętymi włoskami, meszkiem (*lanugo, poils follets*) i odróżniamy je od miejscowości włosistych (*regions poilues*) t. j. pokrytych gęstymi, zupełnie rozwiniętymi włosami (*crines, poils*). Naturalnie trudno oznaczyć granicę między włosem a włoskiem; podział taki oparty na stopniu rozwoju włosów jest bardzo warunkowy; nie mniej jednak w wysokim stopniu ważny. Rzeczywiście, jeżeli włosy stanowią grunt przyjazny dla rozwoju pasożytu, to naturalnie pasożyt tém dłużej trwać będzie *caeteris paribus*, im włosy w danej miejscowości będą obfitsze i więcéj rozwinięte. A ponieważ z istnieniem paso-

(*) Zobacz Pamiętnik Tow. lek. War. T. LVII, str. 11.

(1) L e b e r t: physiologie pathologique, Paris, 1845, t. II, p. 477.

(2) B a z i n: Leçons theoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires, p. 90.

żyty związany jest rozwój różnych zjawisk chorobnych tak na skórze jak i w samych włosach, to łatwo pojąć, że na głowie lub brodzie zjawiska te trwać będą dłużej jak na częściach bezwłosych, gdzie istnienie pasożytu jest krótkotrwałe i że przy dalszym rozwoju pasożytu na częściach włosistych choroba musi wyrazić się takimi zjawiskami, których nie bywa a nawet być nie może na częściach bezwłosych. Jednym słowem, brak lub obfitość włosów tłumaczy nam dla czego w jednym razie choroba ogranicza się pewnego rodzaju wysypką i trwa dni kilka, gdy tymczasem w innych razach za wysypką włosy ulegają zniszczeniu i choroba uporczywie wlecze się lata całe.

Bazin odróżnia w życiu pasożytu 3 okresy: 1szy okres kiełkowania (periode de germination), w czasie którego elementy pasożytu są ukryte między warstwami naskórka, wewnątrz torebki włosowej lub w korzonku włosa; 2gi okres rozwoju pasożytu i ukazania się jego na zewnątrz w kształcie białawej, delikatnej, łuskowatej masy na powierzchni naskórka i u podstawy włosów (periode d'état ou d'accroissement), nakoniec 3ci okres upadku (periode de déclin), w którym pasożyt już się nie rozwija a staje się pastwą głębokiego zapalenia torebek włosowych przez niego samego wzbudzonego. Odpowiednio tym trzem okresom życia pasożytu, Bazin przypuszcza trzy periody choroby:

1) Perjod powierzchownego zapalenia, perjod pierwszych wysypek (periode herpétique).

2) Perjod pasożytnego łuszczenia, *Pityriasis alba* (periode pityriasique).

3) Perjod głębokiego zapalenia czyli perjod wysypek wtórnych (*sycosis*, periode mentagreuse).

Czy ten podział życia pasożytu na okresy jest prawdziwy i pod względem fizyologicznym słuszny, rozbierać nie będziemy.

Co się tyczy podziału samej choroby, nie widzimy potrzeby zastosowywać go do wszystkich wypadków cierpień trichofitycznych; uważamy go za stosowny tylko przy rozwoju pasożytu na częściach włosistych, gdzie (jakeśmy poprzednio powiedzieli) pasożyt otoczony jest warunkami długiego bytu,

i może wywołać całą grupę zjawisk niemożliwych przy rozwoju jego na częściach bezwłosych. *Herpetem circinnatum*, który się rozwinął na częściach bezwłosych nie uważamy za przykładem Bazin'a za pierwszy perjod choroby, gdyż tu okresy następne są niemożliwe i pierścień herpetyczny jest jedynym objawem cierpienia trichofitycznego tych miejscowości. Pierścień taki na głowie stanowi 1szy okres *herpetis capillitii* a na twarzy dziecka przedstawia się jako osobna forma téj choroby na częściach bezwłosych.

Mając na uwadze znaczenie włosów pod względem symptomatów i przebiegu téj choroby skórnej, rozdzielamy jęj nosografią na dwa oddziały: w 1szym opiszemy herpetem części bezwłosych, w 2gim części włosistych.

A. Herpes na miejscowościach bezwłosych.

Rozwój *trichofitu* na częściach bezwłosych wywołuje różne wysypki, które stosownie do różnicy form elementarnych były opisywane pod różnemi nazwami i pomieszczone w różnych oddziałach klasyfikacyi Willan'a.

Swędzenie jest pierwszym objawem chorobnym rozwoju pasożytu tak na miejscowościach bezwłosych jak i włosistych. Stopień jego zależy od różnych warunków. Swędzenie zwykle jest większe u osób nerwowych, powiększa się w nocy, po użyciu pokarmów, podbudzających napojów. W ogóle swędzenie nie jest mocne w początku choroby, dopiero za ukazaniem się wysypek jest dolegliwe. Wkrótce za ukazaniem się swędzenia, skóra w kilku miejscach czerwieni się, pojawiają się plamki erytematyczne, zwykle okrągłe, nieco wzniesione nad poziom części sąsiednich; powoli plamki rozszerzają się, stają się *plamami* wielkości monety srebrnej 5, 10, 25 kopiejkowej. A ponieważ rozszerzenie to ma miejsce we wszystkich kierunkach i przy tém równomiernie, przeto i forma okrągła plam nie znika. W miarę jak średnica takiej plamy, *krążka* (plaque, disque plein) powiększa się, środkowa jego część blednieje, wraca do stanu prawie normalnego, czerwoność i inne zjawiska zapalne zbierają się na obwodzie i nadają postać

wzniesionego walika. Walik ten albo pozostaje erythematycznym albo téż stosownie do okoliczności, pokrywa się pęcherzykami, pryszczkami, strupkami etc. Wskutek tego środkowego zagajania się (*dégagement du centre*) krążek zamienia się na pierścień otaczający większą lub mniejszą powierzchnię skóry zdrowej lub prawie zdrowej. Pierścień rozszerza się także równomiernie od środka ku obwodowi, zachowując formę okrągłą; jest on nieco wzniesiony nad poziom części otaczających; brzeg jego zewnętrzny wyraźnie oznaczony, wewnętrzny nieznacznie przechodzi prawie w zdrową skórę. Centralna część rzadko jednak bywa zupełnie zdrowa; zwykle jest nierówna, chropowata, nieco żółtawa.

Wielkość pierścieni trichofitycznych bywa rozmaita, rzadko jednak przechodzi 5-6 centymetrów. Liczba ich także różna od 1go do kilkudziesięciu, nawet 200 (1). W ogóle pierścień przedstawia formę typową wysypek trichofitycznych na miejscowościach bezwłosych: anomalie jednak są liczne. I tak pierścień rzadko bywa zupełnie okrągły, częściej jest podłużny, owalny; to znów wysypka trichofityczna nie tworzy zupełnego pierścienia a układa się w kształcie podków, półkręgów, paraboli etc. Czasami plama dochodzi znacznej wielkości, nie zamieniając się na pierścień, zostaje krążkiem, którego środek nie blednieje a obwód jest albo erythematyczny, albo pokrywa się pęcherzykami, pryszczkami etc. Zresztą wypadki te rzadsze są na częściach bezwłosych jak na włosistych. Czasami około grupy pęcherzykowej podobnej do wyprysku (*eczema*) ukazuje się pierścień, zewnątrz którego tworzą się nowe grupy pęcherzyków, a te znów mogą być otoczone pierścieniem (2) Nakoniec kilka pierścieni trichofitycznych powiększając się mogą się spotkać i połączyć; w takim razie wycinki (segmenty) zawarte między punktami przecięcia pierścieni znikają i tworzą się różne figury nieprawidłowego kształtu.

Elementarne formy wysypek trichofitycznych tak są rozliczne, że od czasów Willan'a były opisywane pod różnemi

(1) Devergie: loc. cit. p. 506.

(2) Bazin: loc. cit. p. 155.

nazwami i uważane za osobne formy chorób skórnych. I rzeczywiście ze względu na różnorodność elementarnych form, wysypki trichofityczne mają swoich przedstawicieli we wszystkich klassach przyjętych przez zwolenników szkoły angielskiej.

a) W klassie vesiculae pod nazwą *herpes circinatus* opisywana jest najczęstsza i najcharakterystyczniejsza forma wysypki trichofitycznej. Anglikom od czasów Turnera *herpes circinatus* znany jest pod nazwą *ringworm*, *vesicular ringworm*. Nazwa *herpes vesiculosus* dana przez Baerensprunga (1) zdaje się najwłaściwszą. Forma ta stanowi pierścień trichofityczny, którego powierzchnia szczególniej bliżej brzegu zewnętrznego pokryta jest pęcherzykami tak małemi, że je zauważać można tylko patrząc naprzeciw światła i przy pomocy lupy. Pęcherzyki zawierają płyn czysty, surowiczny, tak przezroczysty, że przezeń prześwieca różowe, zapalone dno pęcherzyka. Płyn ten rzadko mętnieje, rzadziej wylewa się i ztąd powierzchnia herpetis circinati prawie nigdy nie jest wilgotna. Istnienie pęcherzyków krótkotrwałe; po 3, 4, 5, dniach zawartość ich jest wessaną a naskórek oddziela się w postaci drobnej, mącznistej łuski. Takie pęcherzykowe pierścienie rozszerzają się tym sposobem, że na otaczających częściach zdrowych stopniowo ukazują się nowe pęcherzyki a dawne przechodzą w łuszczenie. Czasami kilka takich pierścieni układa się współśrodkowo (koncentrycznie) i tym sposobem powstaje forma znana pod nazwą *herpes iris* (rainbow ringworm). (2)

b) Czasami powierzchnia pierścienia trichofitycznego pokryta jest nie pęcherzykami a grudkami (*herpes papulosus*) (3) t. j. małemi, twardemi, koniczunami wzniesieniami czerwonego koloru, które w miarę ukazywania się nowych łuszczą się pozostawiając chropowatość. Formę tę opisał pierwszy Bate man pod nazwą *lichen circumscriptus*.

(1) Baerensprung: loc. cit. 133.

(2) E. Wilson: ueber die Krankheiten der Haut 259.

(3) Baerensprung: loc. cit. 138.

W formie téj wysypka trichofityczna najrzadziej układa się w kształcie pierścienia, zwykle pozostaje krążkiem, którego środek nie zagaja się lub zagaja bardzo powoli. Pod nazwą *lichen gyrulus* Biett opisał formę powstałą z połączenia kilku pierścieni herpetis papulosi.

c) Wysypki trichofityczne mają także przedstawicieli i w klasie *pustulæ*. Tu należy *impetigo figurata*, gdzie pryszczki układają się pierścieniowato, otaczając mniej lub więcej zdrową skórę. Formę tę pierwszy opisał Bateman pod powyższą nazwą i zauważał, że pustulæ mogą być pomieszane z pęcherzykami i ztąd słusznie wywnioskował, że w niektórych razach *herpes circinatus* może przechodzić w pustular ringworm (*impetiginous ringworm*) (1). I rzeczywiście cała różnica zasadza się na stopniu zapalenia, które w ostatnim razie przechodzi w ropienie, w pierwszym daje tylko wypocinę surowiczą.

d) Na powierzchni pierścieni i krążków trichofitycznych może mieć miejsce *łuszczenie*, które albo jest zjawiskiem *wtórny* t. j. następuje po zniknięciu pęcherzyków i grudek albo *pierwotny* t. j. wprost ukazują się *squamæ* (*herpes furfuraceus*) (2). Podobieństwo formy łuskowatej pierścieni trichofitycznych cum *herpete circinato* tak wyraźne, że nawet Cazenave (3) najgorliwszy zwolennik idei Willan'a, odstąpił w tym razie od zasady nomenklatury klasycznej i dał téj formie nazwę *herpes squamosus*. Forma opisana przez Devergie (4) pod imieniem psoriasis herpetiforme, *herpès psoriasiforme* (*herpes squamosus orbicularis Alibert*) prawdopodobnie jest tylko pierścieniem trichofitycznym łuskowatej natury.

e) Nakoniec często zdarza się, że na obwodzie pierścienia trichofitycznego nie ma ani pęcherzyków, ani pry-

(1) Wilson: loc. cit. 300.

(2) Baerensprung: loc. cit. 149.

(3) Chaussit: *Traité élémentaire des maladies de la peau*, Paris, 1853, p. 60.

(4) Devergie: *Traité pratique des maladies de la peau*, 1857, p. 478.

szczyków, ani łusek a tylko czerwonosc erythematyczna. Formę tę, którąby można nazwać *herpes erythematosus* odróżnić należy od formy erythematis opisywanej w dermatologii pod nazwą erythema circinatum (*centrifugum*) a z którą ma pewne zewnętrzne podobieństwo. Ostatnia jest chorobą ogólną zależącą od przyczyn wewnętrznych, ma zwiastuny, jest wysypką gorączkową (*exanthema*); herpes erythematosus przeciwnie jest chorobą miejscową, zależącą od przyczyn miejscowych bez gorączki.

Widzimy więc, że wysypki trichofityczne ze względu na swe elementarne formy mogą się odnosić do wszystkich prawie oddziałów klasyfikacji Willan'a, a różnorodność ich tem mniej zasługuje na uwagę, gdyż jedne formy mogą przechodzić w drugie a nawet na jednym pierścieniu może być ich kilka. Przyczynę tej różnorodności łatwo pojąć: pasożyt przychodząc w zetknięcie z tkanką żywą działa jako ciało obce, wywołuje reakcję, która stosownie do stopnia drażnienia objawia się to pęcherzykami, to krostami, to zwyczajną czerwonoscią etc. Każda z tych form elementarnych jest wynikiem zapalenia torebek włosowych (1). Badając uważnie, łatwo spostrzedz, że przez każdy pęcherzyk, pryszcz, grudkę (*papula*) przechodzi włos; stąd z postępowaniem czasu i same włoski ulegają pewnym zmianom; stają się łamliwe i łamią się u podstawy. W łusce mącznistej pokrywającej powierzchnię krążków lub pierścieni trichofitycznych za pomocą lupy a nawet gołym okiem można widzieć znaczną ilość takich przełamanych włosków.

Jak wytłómaczyć skłonność wysypek trichofitycznych do cyrkularnego układania się? Nic stanowczego nie można powiedzieć w tym względzie. Można jednak przypuścić, że to ma miejsce w sposób następujący: pasożyt dostawszy się na grunt mu przyjazny, rozwija się, wywołuje stan zapalny, który jakeśmy widzieli, może wyrażać się rozmaicie, stosownie do okoliczności. W przyjaznych warunkach pasożyt zajmujący dotąd jeden punkt, może rozszerzać się po powierzchni; roz-

(1) Baerensprung: loc. cit. 169.

szerza się i plama zapalna spowodowana jego obecnością. Ale ponieważ pasożyt przynajmniej w większej liczbie wypadków, nie ma żadnej przyczyny rozszerzać się w jednym kierunku więcej jak w drugim, stąd też rozszerzenie postępuje równomiernie od środka ku obwodowi i krążki trichofityczne zatrzymują swą cyrkularną formę. W miejscowościach bezwłosych pasożyt może istnieć przez czas mniej lub więcej ograniczony, a później umiera; ze śmiercią pasożyta nikną zjawiska zapalne. Śmierć pasożytu i znikanie stanu zapalnego musi mieć najpierw miejsce w punktach naprzód dotkniętych t. j. w środku krążków, co nam tłumaczy dlaczego krążki wcześniej lub później zamieniają się na pierścienie.

Trichofityczne wysypki mogą mieć miejsce na *wszystkich częściach ciała*, częściej jednak ukazują się na twarzy, szyi, rękach, co pochodzi stąd, że części te zwykle obnażone, łatwiej ulegają zarażeniu.

Trichofityczne wysypki na częściach bezwłosych okazują się pierwotnie lub wtórnie t. j. za rozwojem choroby na częściach włosistych. Zdarza się dość często, że krąg trichofityczny włosistej części głowy (*herpes tonsurans*) rozszerzając się dochodzi do granicy części włosistej czaszki, stąd przechodzi na miejscowość bezwłosą, czoło, szyję etc. jako pierścień herpetis circinati. Może być i odwrotnie. Przy istnieniu *spor* na jednem miejscu, łatwo może nastąpić przeniesienie *spor* pasożytu na inne części ciała np. ręce. Że herpes częściej ukazuje się na prawej ręce pochodzi stąd, że chorzy częściej używają tej ręki do drapania.

Herpes części bezwłosych nigdy nie pociąga za sobą ogólnych chorobnych zjawisk; jedynym dolegliwym objawem jest swędzenie, czasami bardzo mocne szczególnie w razach zastarzałych. Wysypki trichofityczne na częściach bezwłosych mogą być skomplikowane processami wysypkowymi zależącymi od przyczyn wewnętrznych np. skrofulicznymi, syfilitycznymi etc. a nawet innymi chorobami pasożytnymi jak scabies, favus, pityriasis.

Herpes na miejscowościach bezwłosych zwykle jest chorobą *krótkotrwałą* czasami jednak przewleka się kilka tygo-

dni, miesiące a nawet lat. Dévergie opisuje wypadek (1) gdzie wysypka trichofityczna natury łuskowej (*herpes psoriasisiforme, psoriasis herpetiforme, herpes circiné squammeux*) rozszerzyła się po całym ciele i trwała przeszło 25 lat nie ustępując leczeniu. Od czego zależy ta różnica w trwaniu choroby? Leczenie odgrywa tu ważną rolę. Jeżeli z początku będą użyte stosowne środki, choroba znika prędko, zostawiona sama sobie lub leczona środkami drażniącymi pod wpływem których, jak okazuje doświadczenie, pasożyty rozmnażają się w ogromnej ilości i z nadzwyczajną prędkością (2), choroba przeciąga się bardzo długo. Ale oprócz leczenia trzeba przypuścić wpływ wielu innych nieznanych okoliczności, które w jednym razie przeszkadzają, w drugim sprzyjają rozwojowi pasożytu.

Trichofityczne wysypki na częściach bezwłosych nie pociągają za sobą żadnych nieprzyjemnych następstw; pozostała po ich zniknięciu nieznaczna chropowatość skóry i kolor żółtawy prędko przemijają. Włoski jeżeli przełamały się lub wypadły na nowo wyrastają.

B. Herpes na miejscowościach włosistych.

Objawy życia pasożytu na częściach pokrytych gęstymi włosami jak na głowie, brodzie, są różnorodniejsze jak na miejscowościach bezwłosych. I tu z początku choroby spostrzegamy symptomata podobne do tych, jakimi wyraża się rozwój pasożytu na innych częściach ciała; późniejszy jednak przebieg przedstawia zjawiska sobie tylko właściwe. Warunki anatomiczne pozwalające pasożytowi istnieć daleko dłużej, obniżają tę właściwość. Choroba na miejscowościach włosistych przedstawia wyraźne dwa okresy: w lym pasożyt schowany jest w torebce włosów, korzonku ich i między warstwami naskórka; w 2im napełniwszy torebkę włosową występuje na zewnątrz w kształcie masy białawej, mącznistej tak u podstawy włosów, jak i na naskórku między włosami. Włosy, któ-

(1) Dévergie: loc cit. 554— 57.

(2) Bazin: Recherche sur la nature et le traitement des teignes. 96.

rych budowa znacznie zmieniona łamią się na odległości 1—2 millimetrów od powierzchni skóry.

Oprócz tych dwóch okresów Bazin przyjmuje jeszcze trzeci, w którym pasożyt rozrastając się wgłęb' wywołuje głębokie zapalenie tak w torebce jak i w mięszu samej skóry, którego pada ofiarą i choroba kończy się łysiną nieuleczoną.

Herpeti więc części bezwłosych odpowiada tylko pierwszy okres choroby na miejscowościach włosistych. Inne okresy charakteryzują się zjawiskami możliwemi tylko przy pewnym rozwoju włosów. Ponieważ zaś grubość i gęstość włosów nie zawsze jest jednakowa, przeto i wspomniane okresy choroby nie zawsze bywają wyraźnie oznaczone.

Rozważmy naprzód przebieg choroby na głowie, jako na miejscowości, gdzie choroba wyraża się typowo.

I. *Herpes capilliti* (Baerensprung), *Herpes tonsurans* (Cazenave), *tinea tonsdens* (Mahon), *teigne tonsurante du cuir chevelu* (Bazin), *rhizophytoalopelia* (Gruby), *trichosis furfuracea* (Wilson), *trichophytiasis capillitii* (Hardy).

1. *Okres*. Powiedzieliśmy już, że w początkach choroby spotykamy tutaj też same zjawiska, jakimi objawia się życie pasożytu na częściach pokrytych meszkiem i że pierwszy okres charakteryzuje się ukazaniem wspomnianych wysypek trychofitycznych, z tą jednak różnicą, że na głowie jak i na innych częściach gęsto porośłych włosami wysypki te nie są tak wyraźne jak na miejscowościach bezwłosych. Jedna tylko forma herpetis dotąd nigdy nie była zauważana na głowie, a mianowicie *herpes papulosus*, *lichen herpetiforme* (Devergie) (1). *Herpes capillitii* zwykle poczyna się w sposób następujący: na tém lub owém miejscu części włosistej głowy ukazuje się plamka, która powoli zamienia się na krążek erytematyczny różnej wielkości. Czasami, co zresztą bardzo rzadko, plamka taka na obwodzie jest wzniesiona, jakby otoczona walikiem (*erythemamarginatum Rayer*). Krążek w rzadkich wyjątkowych wypadkach zamienia się na pierścień. Własno-

(1) Bazin: l. cit. 155.

ści krążka bywają różne: w jednym razie przez cały czas swego trwania pozostaje erythematycznym z mniejszym lub większym łuszczeniem się naskórka; w innym razie plama erythematyczna pokrywa się mnóstwem nader małych pęcherzyków podobnych do pęcherzyków wyprysku lub herpetis circinati auctorum. Niekiedy istnienie pęcherzyków bywa bardzo krótkotrwałe, po wessaniu się zawartości widzimy tylko łuszczenie się naskórka. Cazenave i inni zwolennicy szkoły anatomicznej wywalczając dla naszej choroby naturę pęcherzykową i zaliczając ją do rodzaju (*genus*) herpes, przypuszczają istnienie pęcherzyków krótkotrwałych nawet w takich razach, gdzie ich zupełnie nie bywa, podobnie jak Bateman, który chcąc usprawiedliwić nazwę *porrigo decalvans* nadaną przez nie *alopeciue circumscriptae* (teigne pelade Bazin) przypuścił istnienie w początkach choroby nigdy nie bywających krost (pustula).

Plamy erythematyczne lub pęcherzykowe już bywają od siebie oddzielone przez cały czas choroby, już też łączą się z sobą i tworzą większe lub mniejsze plaques zajmujące znaczne przestrzenie głowy, a nawet całe capillitium. Łączenie to odbywa się przez periferyczne powiększanie się już istniejących plam; rzadko tworzą się nowe krążki lub grupy pęcherzyków.

Bazin nazywa herpès en groupe te wypadki, w których pęcherzyki układają się grupkami na podstawach zapalonych, przyczem każda grupa powoli powiększa się tworzeniem na obwodzie nowych pęcherzyków (poussées vesiculeuses successives). Wypadki te są najczęstsze i stanowią ekskwyzjne formy herpetis tonsurantis auctorum.

Porównyując formy wysypek trichofitycznych napotykanych na głowie z formami spostrzeganymi na częściach bezwłosych, widzimy, że główna różnica zależy na tém, iż w pierwszych zwykła forma jest *krążkowa*, w drugich *pierścieniowa*, że na głowie równie jak na innych miejscach gęsto obrosłych włosami, plama przechodzi w krążek, którego środek zwykle nie zagaja się. Różnicę tę łatwo wytłómaczyć, jeżeli przypuścimy słuszność naszego objaśnienia formy pierścieniowatęj wysypek trichofitycznych na częściach bezwło-

sych. Rzeczywiście jeżeli na kręgu trichofitycznym miejscowości bezwłosej prędko następuje chwila, w której pasożyt nie znajduje dostatecznych warunków bytu w środku jako miejscu najwcześniejszego rozwoju, to na głowie chwila ta przychodzi bardzo późno, centralna część nie zagaja się, gdyż w grubych i gęstych włosach pasożyt znajduje warunki długotrwałego bytu. Elementarne formy wysypek nie są tak wyraźne na głowie jak na miejscowościach bezwłosych, trudniej tu zauważać czerwoność erytematyczną, pęcherzyki, pustulae etc. Niewyraźność ta form zależy jedynie od obecności gęstych włosów, gdyż na głowach łysych, lub niemowląt formy są tak jasne jak i w innych miejscowościach.

Jeżeli pasożyt w swym rozwoju nie spotyka żadnych przeszkód, to zwykle w końcu pierwszego okresu, a nawet równocześnie z ukazaniem się wysypek symptomatycznych, spostrzegamy różne zmiany w powierzchowności i budowie włosów. Na przestrzeniach zajętych pasożytem włosy powoli tracą swój naturalny kolor, stają się szare, czerwonawe, bure, bez blasku, suche. Przytem zmienia się także ich konsystencja, są łamliwe, odłamują się w odległości kilku millimetrów od powierzchni skóry, (początek przyszłej tonsury). Zmiany te nie następują nagle; z początku odłamanych włosów tak mało, że je trudno zauważać; z postępem czasu liczba ich zwiększa się i na częściach dotkniętych widzimy tu i owdzie bliżej ku obwodowi pęczki włosów zwiędłych, bez życia. Po zniknięciu i tych ostatnich przedstawiają się nam tonsury trichofityczne, które przez swą prawidłową okrągłą formę bardzo są podobne do sztucznych tonsur zakonników.

2. *Okres.* W miarę tworzenia się tonsury, pasożyt powoli ukazuje się na zewnątrz, zaczyna się drugi okres choroby. Dwa te zjawiska obłamywanie się włosów i ukazanie się pasożytu na zewnątrz tak prędko następują, że trudno oznaczyć, które poprzedza.

Bazin przyznaje, że z wielkim trudem przekonał się, że ukazywanie się pasożytu na zewnątrz jest poprzedzone obłamywaniem się włosów; jeżeli na herpetycznym krążku zaczyna się pojawiać pasożyt, to przy uważném śledzeniu zawsze

na nim znajdziemy choć kilka odłamanych włosów. Z początku pasożyt ukazuje się tylko na włosach, później między nimi na naskórku. W rozmaitych punktach kręgów herpetycznych, po większej części na środku, gdzie włosy odłamały się najwcześniej, pojawiają się u ich podstawy maleńkie łuski, tworząc *pochewki* białawe jakby amiantowe. Czasami pochewki te nie zupełnie pokrywają włos; koniec jego jest widoczny w kształcie czarniawego punktu pośród białego wzniesienia. Częściej jednak i końce odłamanych włosów są ukryte w massie pasożytu. Pasożyt wkrótce ukazuje się i między włosami na naskórku pod postacią maleńkich łusek. Naskórek łuszczący się mieszając się z masą pasożytu nadaje tonsurze postać powierzchni pokrytej mąką (*pityriasis alba*). Drugie zjawisko idące w ślad za utworzeniem się tonsur i towarzyszące ukazaniu się pasożytu na zewnątrz jest *zmiana w kolorze skóry*. W pierwszym okresie choroby skóra jest mniej lub więcej czerwona, w skutek zapalnego procesu warstw powierzchownych. Po ustąpieniu zjawisk zapalnych znika i czerwony kolor skóry; przybiera ona różne odcienia, co zależy od koloru włosów chorego: u brunetów skóra tonsur jest sina; u blondynów czasowo, bura. Po tych zmianach w kolorze skóry łatwo rozróżnić części dotknięte pasożytem od otaczających części zdrowych, tem bardziej, że pierwsze są nieco (1—2mm) wzniesione nad poziom ostatnich; wzniesienie to zależy od warstwy naskórka oddzielającego się w kształcie łusek, a także od wystających torebek włosowych przepełnionych pasożytnymi grzybkami. Ztąd skóra jest nierówna, chropowata, gęsia, podobna do papieru chagrin.

Tak więc zmiany w budowie włosów, obłamywaniu się ich, zmiany w kolorze skóry i własnościach powierzchni dotkniętych charakteryzują drugi okres choroby. W tym stopniu zjawiska choroby tak są wyraźne, że omyłka miejsca mieć nie może. Białą szarą pasożytną massą otaczającą w kształcie pochewek końce odłamanych włosów jest właściwa tylko *herpeti tonsur* capillitii. Pochewki te, prawda, nie zawsze są wyraźne i często użyć trzeba lupy do ich spostrzeżenia, ale ich obecność jest już pathognomicznym znakiem choroby.

Oko niewprawne masę pasożytną znajdującą się między włosami na powierzchni tonsur może przyjąć za obfite łuszczenie się naskórka tém bardziej, że ono zawsze towarzyszy ukazaniamu się pasożyta na zewnątrz. Ale przy uważném śledzeniu rozpoznanie jest łatwe: masa pasożytna jest nieforemna, podobna do puszkę okrywającego łupinę niedojrzałych migdałów, gdy tymczasem łuszczący się naskórek jest żółtawy lub szary, blaszkowaty, układający się w kształcie mącznistych krupek.

Liczba i wielkość kręgów trichofitycznych bywa rozmaita. Czasami choroba ogranicza się jednym kręgiem, częściej bywa ich więcej. Krążki powiększając się mogą przejść z głowy na części nie pokryte włosami. W takim razie krążek dzieli się na dwie połowy: jedna przedstawia charakter wysypki trichofitycznej części bezwłosych (mniej lub więcej szeroki półpierścień z wyraźnym obwodowym walikiem, ze skórą zdrową lub prawie zdrową we środku); na drugiej połowie widzimy charakterystyczne oznaki t. z. *tinea tonsuris*. Wypadki te dowodzą tożsamości obu form i okazują, że różnica zależy tylko od warunków anatomicznych.

Wypadki dobrowolnego wyleczenia w 2im okresie są jeszcze rzadsze jak w pierwszym. Choroba w tym stopniu trwa długo, miesiące, a nawet lat dziesiątki.

3ci Okres. Oprócz powyższych dwóch okresów Bazin przypuszcza jeszcze 3ci odpowiadający 3mu periodowi życia pasożytu. Charakteryzuje się on z jednej strony znikaniem stopniowém pasożytu tak na powierzchni tonsur jak i w samych torebkach włosowych; z drugiej strony ukazaniem się nowych wysypek nie mających żadnego podobieństwa z wysypkami 1° okresu. W tym okresie części dotknięte tracą swój pozór charakterystyczny; pasożyt powoli znika, niszczą się pochewki włosowe, ustępują srebrzyste łuski pokrywające powierzchnie tonsur. Głębokie zapalenie torebek włosowych spowodowane obecnością pasożytu przechodzi w ropienie; powierzchnie trichofityczne pokrywają się krostami, których zawartość rozlewając się, a później ssychając tworzy strupy

żółtawe, bure, zielonawe (*porrigo scutulata ex parte*, B a t e m a n).

Choroba zupełnie utracą swój pozór charakterystyczny, tak że łatwo ją przyjąć za impetigo (achor), favus etc. Pomyłka tem łatwiejsza, że i przy pomocy mikroskopu trudno odkryć pasożyt; gdyż według zdania B a z i n'a obfita ropa napełniająca torebki włosowe okazuje nieprzyjazny wpływ na życie pasożyta; ten znika i tylko przy bardzo staranném śledzeniu odszukać można kilka spor. Ropa nie tylko na pasożyt, ale i na cały aparat włosowy wywiera niszczący wpływ. Widzieliśmy już jakim zmianom ulega włos w skutek rozwoju w nim pasożytu: pęka, obłamuje się, osłabia się ścisły związek między korzonkiem włosów i otaczającą go pochewką. Z rozwojem ropienia i ten ostatni związek ustaje; ropa odziera zupełnie już i tak słabo trzymający się włos, który albo pozostaje w torebce albo też bywa wydalony. W pierwszym razie jako ciało już obce podtrzymuje zapalenie, ropienie i choroba przeciąga się; w drugim razie albo a) torebka włosowa zasklepia się, gdyż jest zupełnie zniszczona i niezdolna utworzyć nowego włosu; choroba kończy się nieuleczoną łysiną; albo b) jeżeli macica włosa nie zupełnie zniszczona, włosy znów wyrastają, chociaż nie tak obfite i rozwinięte; są one cieńsze, żółtawe, rude, normalnych części składowych pod mikroskopem trudno rozpoznać.

2. Herpes tondens włosistych części twarzy.

Na włosistych częściach twarzy i szyi choroba odbywa takie 3 okresy jak na głowie. Przebieg choroby tu opiszemy w krótkości i ograniczymy się tylko na wskazaniu zjawisk odróżniających ją od innych form.

1) Wysypki symptomatyczne 1^o okresu ograniczają się na krążkach erytematycznych, których liczba i wielkość bywa rozmaita. Częściej jak na głowie ukazują się tu trichofityczne pierścienie (*herpes circinatus*), szczególnie na częściach bezwłosych policzków. Rzadko choroba zaczyna się tą formą, którą B a z i n nazwał herpes en groupées to jest grup-

pami małych pęcherzyków rozszerzających się centrifugalnie w skutek obwodowego tworzenia się nowych. Podobnie rzadko napotykamy na brodzie formę nazwaną przez *Cazenave*, *Chausit—herpès squammeux*, w której stan łuskowaty tłumaczy się istnieniem małych pęcherzyków.

2) W drugim okresie włosy odłamują się i występuje pasożyt na zewnątrz. Oba te zjawiska tak jak na głowie zaczynają się zwykle w środku kręgów herpetycznych i rozszerzają się ku obwodowi przy stopniowym znikaniu zjawisk właściwych I mu okresowi choroby. Po pewnym czasie ukazują się tonsury; powierzchnia ich wzniesiona, chropowata, nierówna, pokryta elementami pasożyta zmieszanymi z łuszcącym się naskórkiem. Skóra na tych tonsurach nie przedstawia zmian w kolorze.

3) Mówiliśmy już, że *Bazin* przyjmuje 3ci okres choroby rozwiniętej na miejscowościach włosistych, zasadzający się na głębokiem zapaleniu torebek włosowych przechodzących w ropienie i charakteryzujący się z jednej strony stopniowym znikaniem pasożytu, z drugiej ukazywaniem się pustul, których zawartość zeschnięta tworzy strupy. Ponieważ te zjawiska chorobne stanowią na miejscowościach włosistych twarzy formę znaną pod nazwą *sycosis*, *mentagra*, przeto *Bazin* 3ci okres choroby nazwał mentagrycznym (*période mentagreuse*). Według *Bazina* do 3go okresu *tinea tonsurantis* części włosistych twarzy odnosi się nie tylko forma pryszczowa (*pustulosa*) ale i gruzełkowa (*tuberculosa*) *sycoseos*. I rzeczywiście, jeżeli przypuścimy możliwość rozwoju głębokiego zapalenia torebek włosowych, które objawia się w wspomnianymi pryszczami, to możemy także przypuścić, że zapalenie może przejść na części sąsiednie, dotknąć głębokie warstwy skóry, a nawet tkankę podskórną, i tym sposobem być przyczyną rozwoju czyraków, tuberkułów to jest twardych, czerwonych puchlin, wielkości orzecha, wiśni etc, które rzadko przechodzą w ropienie, a zwykle ustępują przy środkach właściwie użytych. Tak więc według zdania *Bazina* 3ci okres choroby na częściach włosistych twarzy (brodzie, górnej i dolnej wardze, pod brodką) może być wyrażony wszystkimi for-

mami sycoseos. Nie trzeba jednak sądzić, że sycosis zawsze zawdzięcza swe pochodzenie trichofitowi. Sam nawet Bazin, niesprawiedliwie o to obwiniany, zgadza się, że affekcyje przyszczowe i tuberkuliczne włosistych części twarzy mogą pochodzić z rozmaitych przyczyn tak zewnętrznych jak i wewnętrznych (1). Twierdzi on tylko, że w *niektórych razach* cierpienia te mogą być natury pasożytnój, że są 3cim okresem tineae tonsurantis części włosistych twarzy. Francuzki dermatolog opiera swe twierdzenie na następujących danych:

1) Sycosis w niektórych razach jest wyraźnie zaraźliwą.

2) W chorych torebkach włosowych i samych włosach przy sycosis czasami znajdujemy pasożyt (trichophyton tonsurans), obecność którego dostatecznie objaśnia zaraziwość choroby.

3) Szczepienie pasożytu mentagry dokonane przez Bazin'a i Deffis'a wywołuje to herpetem circinatum, to tonsurantem stosownie do miejscowości na jakich się odbywało.

4) Nakoniec spostrzeżenia kliniczne powyższych lekarzy dowodzą, że czasami objawy pierwszych dwóch okresów tineae tonsurantis poprzedzają rozwój sycoseos. I tak z początku ukazuje się na brodzie wysypka trichofityczna, później tonsura i pityriasis alba, a nakoniec sycosis. Czasami okresy te bywają równocześnie; w jednym miejscu brody już jest wyraźna forma sycoseos, a w sąsiedztwie widzimy objawy 2go a nawet 1go okresu choroby.

Poglądu Bazin'a na sycosis i w ogóle na 3ci period choroby, równie na życie pasożytu, (trichophyton tonsurans), nie podziela ani Hebra, ani Baerensprung (2), ani żaden ze współczesnych autorytetów. W sycosis podług zdania tych dermatologów pasożyt nie jest przyczyną a przypadkowym, niestałym zjawiskiem.

Wyznać należy, że spostrzeżenia służące za zasadę do teorii Bazin'a potrzebują potwierdzenia. Bazin sam przez niejaki czas widział w mentagrze osobną chorobę pasożytną,

(1) Bazin: Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse 209 et suiv.

(2) Baerensprung: loc. cit. S. 126.

którą nazwał *teigne mentagrophytique*. Później starał się zmniejszyć liczbę tych samobytnych *mentagr*, przypuszczając, że je po większej części poprzedzają zjawiska 1go i 2go okresu nie zauważane ani przez chorego ani przez lekarza, a nawet dla objaśnienia niektórych wypadków mniema, że w *teigne tonsurante* może zupełnie brakować 1go i 2go okresu choroby i że in *sycosi* głębokie zapalenie torebek włosowych może być zjawiskiem pierwotnym (1). Wypadki te wyraźnie przeczą teorii francuzkiego autora. I rzeczywiście, jeżeli teoria Bazin'a o wieku pasożytu i o związku tego wieku z periodami *teigne tonsurante* jest prawdziwa, to nie pojmujemy w jaki sposób głębokie zapalenie torebek włosowych (3ci okres choroby) może ukazać się pierwotnie; czyli innymi słowami, jeżeli pasożyt przechodzi 3 perjody życia (młodość, dojrzałość i starość) to w wypadkach rozwoju samobytniej pasożytniej *mentagry* to jest bez pierwszych 2ch okresów choroby, trzebaby przypuścić, że pasożyt zaczyna życie od starości.

Dotąd także panuje niezgoda pod względem botanicznych własności pasożytu w *mentagrze*. Gruby uważa go za osobny rodzaj, *microsporon mentagrophytes* a Bazin uważa go za starego pasożyta (*trichophyton vieilli*), w którym na starość ukazują się elementy rurkowate (*mycelium*). Wiadomo jednak, że najprostsze grzybki pasożytne składają się wyłącznie ze *spor* i że elementy rurkowate znajdują się w grzybkach więcej rozwiniętych; jeżeliby więc teoria Bazin'a o wieku *trichofita* była prawdziwą i gdyby temu pasożytowi były właściwe elementy rurkowate, to one powinny by się ukazywać w 2im perjodzie (okresie dojrzałości pasożytu) a nie wtedy kiedy pasożyt zaczyna się dopiero rozwijać lub gdy rozwój jego wstrzymany. Jeżeli zaś pasożyt w 2im perjodzie, okresu zupełnego rozwoju, wyłącznie składa się ze *spor* (na co zgadzają się wszyscy badacze), to trudno oczekiwać pojawu elementów rurkowatych w innych perjodach. Trzeba więc przypuścić, że albo Gruby i Bazin przyjęli za *mycelium*

(1) Bazin: *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires* p. 165.

nie elementy rurkowate pasożytu a tylko skrętki naskórkowej pochewki włosa (enroulement epidermique) albo też, że pasożyt w mentagrze nie jest trichophyton a inny jaki pasożytny grzybek dotąd mało zbadany.

Trudno także zgodzić się z Bazinem, aby ropa rozwijająca się przy głębokim zapaleniu torebki włosowej wywierała niszczący wpływ na pasożyta. Nie mówiąc o tych grzybkach, dla których ropa stanowi grunt przyjazny (trichophyton ulcerum Lebert, pasożyty znalezione przez Remaka, Benneta, Virchow'a w kawernach płuc), zauważmy tylko, że tenże sam trichophyton tonsuraus nie ulega zgubnemu wpływowi ropy rozwijającej się np. w formie pryszczowej wysypek trichofitycznych.

Wszystko cośmy mówili de herpette tondente głowy i brody stosuje się mniej lub więcej do trichofitycznych affekcyj innych części ciała pokrytych włosami; aby uniknąć powtórzeń, zauważmy tylko, że im włosy są rzadsze i mniej rozwinięte, tem mniej wyraźne są zjawiska właściwe 2mu i 3mu okresowi choroby, tem więcej affekcja ze względu na zjawiska i przebieg zbliża się do form właściwych miejscowościom bezwłosym.

3. Herpes tondens włosistej części organów płciowych.

Na tę chorobę pierwszy zwrócił uwagę Baerensprung. Badania jego dowiodły, że większa część form znanych u różnych autorów pod nazwą *erythema perinaeale* (Wilson) *eczema perinaeale*, *pityriasis rubra inguinum* (Devergie) i zwykle przyjmowanych za zjawiska hemorrhoidalne lub skutek białych upławów, pochodzenie swe zawdzięcza rozwojowi trichofita.

Choroba zwykle zaczyna się na jednej z bocznych powierzchni moszen lub na górnej wewnętrznej powierzchni biodra. Z początku przedstawia się w kształcie czerwonej plamy, która powoli rozszerza się na *mons veneris*, *inguines*, *perinaeum*, *anus* a nawet na prącie. Część dotknięta wyraźnie ogranicza się wężykowatym wystającym brzegiem, jest

czerwona, nierówna, pokryta obfitemi łuskami, podobna do erythema lub pityriasis rubra. Niekiedy powierzchwnie dotknięte są nieco owrzodzone i wilgotne. W innych razach na obwodzie ukazują się pęcherzyki i pryszcze, których zawartość surowicza lub ropiasta zamienia się albo na cienkie łuski albo na strupki. Swędzenie czasami bywa nieznośne; choroba ma wielkie podobieństwo cum eczematę rubro lub impetiginosa. Jeżeli choroba przechodzi na mons Veneris, gdzie włosy zwykle są więcej rozwinięte, to z postępem czasu przedstawiają się zjawiska właściwe 2u okresowi to jest obłamywanie się włosów (tonsura) i pityriasis alba.

Herpes tonsdens miejscowości włosistych ukazuje się albo *pierwotnie* albo *wtórnie* to jest w ślad za rozwojem na częściach bezwłosych. I tak często przed rozwojem choroby na brodzie widzimy mały trichofityczny pierścień na policzku; podobnie *herpes circinatus* z czoła lub szyi przechodzi na głowę.

Herpes tonsdens miejscowości włosistych równie jak bezwłosych zawsze ogranicza się miejscowém podrażnieniem, nie pociągając za sobą ogólnego cierpienia organizmu.

Choroba ta może być komplikowaną innemi wysypkami a nawet parchem, co dało powód do niesłusznego twierdzenia że trichophyton i achorion jest jeden i tenże pasożyt.

C. *Herpes unguium* (Baerensprung).

Jeszcze M a h o n zauważał, że u osób dotkniętych *tinea tonsdenti* rozwija się choroba paznogi podobna do téj jaka bywa spostrzegana przy zastarzałym parchu (*tinea unguium*, *favus unguium*, *anyehomycostis*).

Oznaki téj choroby są następujące: paznokieć grubieje, traci blask, staje się matowy, brudno-biały, podłużne jego linie są wyraźniejsze, przedstawiają się nierówności. W skutek rozdzielenia się blaszek tworzą się podłużne rozszczeliny, z których występuje masa brudno-biała. Choroba zwykle postępuje od wolnego brzegu paznogcia do macicy, która prawie zawsze pozostaje zdrową. Zgrubienie paznogcia czasami

bywa bardzo znaczne. Cramoisy (1) widział chory paznogieć na 1 centimetr gruby. Blaszkki rogowe paznogcia zupełnie nie biorą udziału w tem zgrubieniu, które jedynie zależy od rozwoju masy pasożytnej między blaszką rogową, a łożyskiem paznogcia. *Herpes unguium* zwykle pojawia się właśnie, za rozwojem choroby na innych częściach ciała. Przy drapaniu elementy pasożytu dostają się pod paznogieć, rozwijają się między blaszką rogową i łożyskiem i rozrastając się rozszczepiają paznogieć w miejscach najcieńszych.

Choroba nigdy nie spowodza utraty paznogcia; po usunięciu pasożytu paznogcie odrastają, gdyż macica nie zniszczona; ale jest bardzo długotrwałą i trudno ustępującą leczeniu.

(Dokończenie nastąpi).

(1) Cramoisy loc. cit. p. 43.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

POSIEDZENIA OGÓLNE.

Posiedzenie 6, dnia 5 marca 1867 r.

Prezes kol. Hoyer.

I. Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Portner odczytuje protokóły 33 i 34 posiedzenia oddziału anatomii i fizyologii.

III. Nadesłano dla Biblioteki:

Protokóły Zasiadania obszczestwa Kjewskich wraczeń (od 11—15) z 1866 r. Sprawozdawca kol. J. F. Nowakowski.

IV. Kol. Bruner przedstawia kilku chorych leczonych przez niego elektrycznością bądź stałą, bądź galwaniczną z dobrym skutkiem.

Wypadek I. W. F. lat 38, przysłany koledze na kuracją prądem galwanicznym przez kol. Dobrzańskiego z powodu zapalenia rogówki miąższowego (keratitis parenchymatosa), któremu uległ w grudniu r. z. a zgłosił się mniej więcej przed trzema tygodniami. Przy badaniu okazało się, że rogówka oka prawego posiadała kolor biało-perłowy, była zupełnie nieprzezroczystą, tak że chory zaledwie uczucia światła doświadczał. Ponieważ wszelkie przeciw zmętnieniu owemu rogówki użyte środki, okazały się bezskutecznymi, kol. Bruner zastosował prąd galwaniczny z elementów Siemensa i Halske, w ten sposób, że biegun dodatni przykładł na zamknięte oko, a biegun ujemny na skroni, stale przez minut 5 do 8. Po 5ciu takich posiedzeniach zmętnienie rogówki zaczęło ustępować, o po 11 do dzisiaj odbytych, zmętnienie rogówki tylko w samym środku jeszcze pozostało

wielkości soczewicy, od brzegów zaś przezroczystość powróciła do tego stopnia, że chory widzieć może znajdujące się zdaleka przedmioty, a nawet rozpoznawać litery większych rozmiarów.

W dwóch następnie przedstawionych wypadkach, obie chore dotknięte były porażeniem nerwu twarzowego prawej strony.

Jedna z tych chorych F. B. przysłana koledze przez kolegę Helbicha. Przy badaniu jój prądem indukcyjnym okazało się, że kurczliwość elektromięśniowa, jakkolwiek obniżoną wszelako jeszcze zachowaną była; gdy mięśnie też same w porównaniu z zdrową stroną bardzo słabo oddziaływały na prąd galwaniczny. Jakoż po zastosowaniu cztero-krotném prądu indukcyjnego, kol. Bruner chorą zupełnie uleczoną przedstawia.

Chora druga przysłana koledze przez kol. Chwata, dotkniętą została porażeniem nerwu twarzowego prawej strony w grudniu r. z. kol. Chwat sprobował raz użyć prądu indukcyjnego, lecz gdy ten skurczów nie wywoływał odesłał chorą na kuracyą do kol. Brunna, który się przekonał, że prąd indukcyjny żadnego nie sprawiał działania na mięśniach porażonej strony twarzy, gdy prąd galwaniczny już słaby (10—15 elem.) skurcze bardzo silne wywoływał. Zastosował prąd ostatni i chora po 16 posiedzeniach tylko lekkie porażenie mięśnia czołowego jeszcze przedstawia, gdy wszystkie inne prawidłowy stan już odzyskały. Kolega nadmienia przy tém, że gdy chora ta do niego się zgłosiła cała strona porażona twarzy silnie była zaczerwienioną, temperatura podwyższona i źrenica mocno rozszerzona. Uważając tedy cierpienie to za paraliż nerwu twarzowego połączonego z porażeniem nerwu sympatycznego szyjowego, przynajmniej ganglionis sympathici supremi, kolega zastosował na takowy prąd indukcyjny, skutkiem czego, już na drugi dzień wspomniane objawy: czerwoność, podniesiona temperatura twarzy i ucha, oraz rozszerzenie źrenicy ustąpiły, a pozostało tylko porażenie nerwu twarzowego, które następnie usunięciem zostało.

Wypadek IV. L. F. lat 26 licząca, szwaczka, przysłana przez kolegę Girsztowta z powodu porażenia górnej kończyny prawej. Chora ta w lecie roku zeszłego zwołna zaczęła tracić czucie i władzę w ręku co doszło do tego, że nie była w stanie, nietylko utworzyć ręki lecz i cośkolwiek w niej utrzymać. Kończyna ta była zimną, atroficzną, prąd indukcyjny wywoływał skurczenie mięśni. Jakkolwiek słabiej niż na stronie zdrowej, galwaniczny zaś nawet silny, zaledwie lekki kurcz mięśniowy wywoływał. Zastosowany przeto został prąd indukcyjny, z początku tylko na mięśnie wyprostne, później i na zginające, skutkiem czego po kilkunastu posiedzeniach tak znaczna jest poprawa, że kurację możnaby uważać za skończoną, gdyż chora nie tylko że w ręce tej może nosić ciężary, lecz jest w stanie i drobne ruchy wykonywać, jak szycie i krajanie bielizny.

Kol. Apte odczytuje protokół ostatniego posiedzenia oddziału epidemiologii i higieny publicznej.

W końcu Prezes oświadcza, że podniesioną na ostatniem posiedzeniu propozycją odbycia publicznego posiedzenia dziś oddaje pod głosowanie obecnych członków.

Po odbytem głosowaniu okazało się, że propozycja większością głosów nie została przyjęta, że więc Towarzystwo i w tym roku posiedzenia publicznego odbywać nie będzie.

Dr. Braun.

ODDZIAŁ ANATOMII, FIZYOLOGII I NAUK PRZYRODZONYCH.

Posiedzenie 33, z d. 27 listopada 1866 r.

Przewodniczący kol. Hoyer.

Treść: Brodowski przedstawia okazy patologiczne torbieli wątroby i przerostu serca.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedzającego posiedzenia.

I. Kol. Brodowski przedstawia okaz patologiczny wątroby, pochodzącej z kobiety zmarłej w klinice terapeutycz-

nój, a u której objawy chorobne za życia były nader skomplikowane i ciemne, z tego też powodu niemożliwe było wtedy dokładne rozpoznanie zmiany patologicznej. Wnosząc tylko z danych anamnestycznych, że osoba ta przed kilkunastu laty cierpiała na żółtaczkę, jak również z objawów jakie występowały na krótki czas przed śmiercią, mianowicie zaś ze znacznego przesieku surowiczego w jamie brzusznej, przyjęto, iż głównym siedliskiem cierpienia jest wątroba a przyczyną przesieku utrudnione krążenie w rozgałęzieniach żyły wrotnej spowodowane prawdopodobnie przez zanik tego organu. Szybko powiększający się przesiek stał się bardzo prędko przyczyną utrudnionego oddychania i ogólnego krążenia, w skutek czego śmierć wkrótce nastąpiła. Wątroba przesłana po sekcji koledze Brodowskiemu do zbadania, była znacznie powiększona, a powiększenie to tyczyło się jedynie lewego płatu tego organu, prawy zaś płąt był prawidłowy. Powierzchnia całej wątroby była gładka i równa, w lewej tylko części nieco wypukłona, a brzegi jej w tém miejscu zaostrzone. Po nacięciu téj części lewej przedstawiały się wewnątrz liczne małe torbiele wielkości orzecha włoskiego, jedna zaś dochodziła wielkości głowy dziecięcia nowonarodzonego; wszystkie wypełnione były grudkami rozmaitej konsystencji i masą płynną, gęstą brunatno-żółtawego koloru, nigdzie zaś dostrzedz nie można było pęcherzy ani pęcherzyków. Zawartość badana pod drobnowidzem nie przedstawiała żadnych pierwiastków morfologicznych ani nawet śladów pasożytów, zwykle w wątrobie gnieźdzących się; znajdowały się tam tylko kryształki podobne do hematoïdyny lecz prawdopodobnie będące bilirubinem, a ściany zaś torbieli okazały się być złożone z grubych warstw tkanki łącznej przerosłej.

Kol. Brodowski rozbierając wszystkie warunki, jakie przyczynić się mogły w niniejszym wypadku do powstawania torbieli w wątrobie, przychodzi do wniosku, iż najważniejszym punktem przyczynowym w tym przypadku było zatkanie niektórych przewodów żółciowych, skutkiem czego powyżej zatkania przez ciągle dopływającą żółć takowe rozszerzo-

ne zostały i mniejsze torbiele się utworzyły; te zaś w niektórych miejscach zlewając się z sobą dały początek torbieli znacznej wielkości. Żółć nagromadzona w tych torbielach w większych ilościach ulegała rozkładowi, powstały różne kryształy, które skupiając się utworzyły grudki (*concrementa*). Powstałe te rozszerzenia torbielowate przewodów, nie mogły pozostać bez wpływu na otaczającą tkankę wątroby; z powodu ciągłego nacisku na sąsiednie komórki wątrobowe takowe uległszy właściwej przemianie wstecznej zanikły, z drugiej znów strony tkanka łączna między-zrazikowa i towarzysząca naczyniom i przewodom uległa przerostowi i utworzyła grube ściany zamykające torbiele. Badania też drobnowidzowe potwierdziły w zupełności to przypuszczenie.

W celu ostatecznego rozstrzygnięcia kwestyi należało jeszcze wyświecić najbliższą przyczynę owego zatkania przewodów. Ponieważ nie znaleziono ani kamieni żółciowych, ani żadnych obcych ciał lub pasożytyów, któreby mogły dać powód do takiego zatkania, sądzi więc kol. Brodowski, że pierwotną przyczyną tego było zgęszczenie żółci (*inspissatio*) w przewodach, powstałe może wskutek jakiej nieprawidłowej wydzieliny śluzu na powierzchni przewodów.

Przy dyskusyi nad tym przedmiotem, w której brali udział wszyscy obecni, przemawiano jednoznacznie za powyższym wytlómaczeniem powstawania całego procesu chorobnego. Nadmienił tylko kol. Fudakowski, iż zdaniem jego powstałe kryształki wskutek rozkładu żółci mogły pierwotnie służyć jako obturatory w drobnych przewodach, i dodaje, że mając sposobność dokonania rozbioru chemicznego zawartości tych torbieli przekonał cię, iż złożoną była ze zwykłych składników żółci.—W końcu

II. Kol. Brodowski przedstawił jeszcze okaz serca pochodzącego z osoby zmarłej na chorobę Bright'a. Organ ten we wszystkich wymiarach był znacznie powiększony, głównie jednak przerost tyczył się lewej komórki, w zastawkach żadnych zmian nie było. Kol. Brodowski zwraca przytém uwagę, że chociaż przerosty serca przy chorobie Bright'a dość licznie się zdarzają i fakta takie od dawna znane nam

są, to jednakże wytłómaczenie przyczyny powstawania tego przerostu wiele jeszcze do życzenia pozostawia, niepodobna bowiem bezwarunkowo przyjąć objaśnienia Traubego, który utrzymuje, że przerost serca jest następstwem utrudnionego krążenia w nerkach, zdarza się bowiem nieraz, iż znaczny przerost serca nie odpowiada wcale małej stosunkowo przeszkodzie w krążeniu krwi w organach mocz przygotowujących.

Portner,

ODDZIAŁ EPIDEMIOLOGII I HYGIENY PUBLICZNEJ.

Posiedzenie 47, z d. 12 stycznia 1867 r.

Przewodniczący kol. Natanson.

Treść. I. Obraz epidemiologiczny Królestwa Polskiego za miesiąc grudzień r. z. II. Wybory na urzędników oddziału. III. Choroby panujące.

I. Kol. J. F. Nowakowski w zastępstwie Sprawozdawcy odczytuje protokół zeszłego posiedzenia, a kol. Dobieszewski obraz epidemiologiczny Królestwa za miesiąc grudzień r. z.

Kol. *Przewodniczący* proponuje aby z zestawionych szczegółowo obrazów epidemiologicznych Królestwa z roku zeszłego, utworzyć jeden ogólny obraz chorób, które w roku 1866 w Król: Polskiem panowały. (Sprawoz. kol. Dobieszewski).

II. Następnie przystąpiono do wyborów rocznych; wskutek których po poprzedniem zrzeczeniu się kol. Natanson, przewodniczącym obrany został kol. Helbich, gdy zaś i ten wymówił się od pełnienia tego obowiązku, większością głosów obrano przewodniczącym kol. Apte'go, na Sprawozdawcę oddziału kol. M. Malcza, na sprawozdawcę obrazów epidemiologicznych kol. Natansona, na delegowanego oddziału do redakcyi Pamiętnika Kol. Dobieszewskiego.

Kol. Apte zajmwszy miejsce przewodniczącego zaprosił członków obecnych do licznego zbierania się na posiedzeniach

oddziału, przy czém zachęcał do przygotowywania na każde posiedzenie pisanych wyciągów z czynności lekarskiej.

III. *Choroby panujące. Zapalenie płuc* u dzieci i u dorosłych; liczne *bronchitides* zwyczajne i *capillares* u dzieci; *angina* zwyczajna, rzadziej z wysiękiem błonicowym połączona, zajęcia gruczołów przyusznych, reumatyzm stawowy ostry z zajęciem serca, katary żołądka i kiszek, tyfus wysypkowy, róża, węglik (*anthrax*), krwawienie z nosa, płuc i macicy. Szkarlatyna rzadziej się pokazuje, również i jej następstwa. Kol. Natanson zauważał, że daleko częściej napotkać ją można w południowej części miasta (Nowy świat, Żórawia, Chmielna, Widok). Spotrzegano także *otitidem internam* (Helbich). W jednym przypadku do chronicznego cierpienia środkowego ucha, przyłączył się silny ból głowy, majaczenie, dreszcze i chory w ciągu 12 godzin zmarł. Ogląd pośmiertny wykazał wysięk ropiasty na oponach mózgowych.

Dwa wypadki *otitidis internae* miał kol. Apte u dwójga dzieci, po odrze. Choroba była gwałtowną i wymagała przystawienia pijawek za uszami, ciepłych okładów, i dopiero po okazaniu się ropy w przewodzie zewnętrznym ucha bóle zmniejszyły się i dzieci spać mogły. Kol. Natanson zastosował pomyślnie w jednym przypadku wysięku dyfterytycznego na wargach sromnych, zasypywanie kwiatem siarczanym. Sposób ten leczenia podany został przez Dra Lagouterie w *Gazette des Hôpitaux*, na zasadzie kilkunastu wypadków szczęśliwie tym środkiem uleczonych. Choroby położowe znacznie zmniejszyły się, prócz poronień, które zwłaszcza w pierwszych miesiącach zdarzają się.

Kol. Apte miał 3 przypadki nagłego porażenia. Z tych jeden nader ciekawy przedstawił chory u którego już w początku roku zeszłego po długotrwałych bólach w kończynach objawiła się gangrena sucha w palcach prawej nogi; po ograniczeniu się jej w kilka miesięcy chory pierwszy raz stracił władzę w nodze prawej, a po niej jakim czasie i w ręce prawej. Kolega widząc chorego w tych czasach zauważał prócz sparaliżowania połowicznego prawego, jeszcze pewną ciągłą dzieciinną wesołość i skłonność do dowcipkowania.

Chory z natury obdarzony nadzwyczaj obfitą warstwą podskórnego tłuszczu, przedstawiał prócz tego znaczne powiększenie rozmiarów serca. W ostatnich dniach nagle przystąpiła utrata przytomności, i chory w ciągu 36 godzin wśród objawów porażenia płuc umarł.

Kol. A p t e objaśnia chorobę od samego początku, tworzącymi się od czasu do czasu zatorami (*emboli*), które z początku były przyczyną gangraene senilis miejscowej, po czém do porażenia ruchów a nakoniec do utraty przytomności i śmierci głównym były powodem.

W drugim przypadku który zdarzył się również u mężczyzny otyłego, lat 45 mającego, nadzwyczaj tłustego, który już przed rokiem miał kilka napadów odrętwienia prawej ręki i nogi, kolega znalazł nie zupełne porażenie prawej połowy ciała, z trudnością płynnego mówienia. Już na drugi dzień mowa stała się zrozumiałą a nawet dosyć wyraźną, a w dni kilka chory mógł już pisać prawą ręką. Tu także kolega objaśnia powstanie choroby z przyczyny zatoru mózgowego (*embolus*), który powodował sparaliżowanie aż do uregulowania się pobocznego obiegu krwi w części ośrodka nerwowego odżywianego zatkaną gałązką arteryi.

Trzeci wypadek widziany przez kolegę dotyczy nagłego sparaliżowania połowy twarzy, przyczyny którego nie można znaleźć na peryferycznym przebiegu nerwu twarzowego.

Kolega przypomina, że z dotychczasowych obserwacji przekonano się, że zator (*embolus*) mózgowy najczęściej bywa w lewej arteryi rowu Sylwiusza (*fossae Silvii*), i z nim téż bywa połączonym paraliż prawej połowy ciała, zwłaszcza u ludzi nie podeszłego wieku.

Kol. N a t a n s o n nie przecząc, że bardzo często znajdowano embolus in arteria fossa Sylvii, twierdzi, że zator bywa również i in arteria cerebelli. Przytacza przykład zrobionej za życia prawdopodobnej diagnozy zatkania arteryi mózdzkowej, co przy oglądzie pośmiertnym sprawdzonem zostało.

Wykazuje kolega możność pochodzenia sprawy zatorowej nie tylko od zastawek sercowych ale i od innych miejsc

sprawą ateromatyczną dotkniętych, np. łuku aorty, jak również zjawienie się porażen z różnych przyczyn chorobliwych, w samym mózgu siedlisko mających.

Posiedzenie 48, z d. 26 stycznia 1867 r.
Przewodniczący kol. A p te.

I. Wnioski. II. Choroby panujące.

I. *Przewodniczący* zwraca uwagę, iż przy spisywaniu obrazów epidemiologicznych całego Królestwa, należy stosować się do nowo ustanowionego podziału Królestwa na 10 gubernij.

Kol. Natanson proponuje, aby posiedzenia komitetu do przejrzenia szematu szpitalnego odbywały się wspólnie na posiedzeniu oddziału epidemiologii i higieny publicznój. (przyjęto).

Przewodniczący odczytuje list kol. Mieczysława Malcza, w którym ten uprasza, aby obowiązek Sprawozdawcy oddziału oddano innemu z kolegów. Z powodu małej liczby członków obecnych, wybór Sprawozdawcy odłożono do następnego posiedzenia.

Następnie kolega Dobieszewski jako redaktor pisma lekarskiego uprasza, aby inny z kolegów zajął jego miejsce delegata do Redakcyi Pamiętnika Lekarskiego. Oddział przyjmuje wniosek kolegi i kolegę przewodniczącego jako delegowanego do Redakcyi Pamiętnika przeznacza.

Przewodniczący proponuje aby do miesięcznego obrazu chorób panujących w mieście, dołączać w końcu ogólną liczbę zmarłych. (przyjęto).

II. *Choroby panujące.* Zapalenia gardła, zwyczajnie i bardzo rzadko błonicowe, zapalenie przewodów oddechowych i płuc, zwłaszcza u dzieci, katar żołądka, sam przez się lub żołądka i kiszek, niekiedy połączony z uporczywymi wymiotami przy których chorzy wyrzucają obfitą masę płynną

ciemno-zieloną (Helbich), a niekiedy połączony z rozwolnieniem obfitem, bólem brzucha, a nawet przechodzący w gorączkę tyfoidalną (A p t e); kilka wypadków ostrego zapalenia kiszek i otrzewnej, szkarlatyna nie liczna, odra nieco liczniejsza, kilka wypadków białkomoczu bez poprzedzającej wysypki (Helbich), zapalenia opon mózgowych u dzieci niekiedy groźne i śmiercią kończące się (A p t e), kilka wypadków konwulsji u dzieci przestraszeniem wywołanych (Helbich).

Kol. A p t e miał 4 wypadki płasawicy (*Chorea Sti Wittii*) u dzieci od 7 do 15 roku, z tych tylko jeden u dziewczyny, która już tem cierpieniem była dawniej dotkniętą, a 3 wypadki zaś były świeże i dwa z nich nagłym przestraszeniem dzieci wywołane. Dostyc częste zimnice zwyczajne i zamaskowane, przy leczeniu których na zniesienie katatu żołądka zwrócić należy uwagę. Prócz tego pojedyncze wypadki róży twarzy, mumps, reumatyzm szyi (*torticolis*), abscesy szczególnie na dziąsłach

Kol. Helbich przy uporczywych womitach gdzie inne środki nie pomogły zadaje w mixturze dwanaście kropel Trae Jodii z pomyślnym skutkiem.

Kol. N a t a n s o n chociaż sam nie zauważał skuteczności Trae Jodii w uporczywych womitach, jednak według doświadczeń innych lekarzów nie ulega wątpliwości, że ma ona własności uspakajające w pomienioném cierpieniu. Należy więc takie wypadki dobrze odróżnić w których pomaga by dojść do pewniejszego wskazania do użycia tego przetworu.

Kol. Helbich, najlepszy skutek widywał z użycia Trae Jodii w wymiotach tak częstych u osób nałogowo pijaństwu oddających się.

W z. Dr. A p t e.

K R Y T Y K A.

O ODPOWIEDZIALNOŚCI SĄDOWEJ W ZWIĄZKU Z TAK NAZWANĄ MANIĄ SINE DELIRIO.

SPRAWOZDANIE

HENRYKA STRUVEGO

Doktora i profesora filozofii w Szkole Głównej Warszawskiej

z dzieła dra Józefa Adalberta Knop król. prus. lekarza sądowego i członka Szląskiego Towarzystwa ojczyściej oświaty pod tytułem: *Die Paradoxie des Willens oder das freiwillige Handeln bei innerem Widerstreben. Vom Standpunkte der forensisch-medizinischen Praxis.* Leipzig. L. Pernitzsch. 1863. w 8-ce str. 96.

Czytane na posiedzeniu Tow. lekarskiego Warszawskiego Oddziału chorób umysłowych, nerwowych i psychiatrii sądowej w d. 28 stycz. 1867 r

Ponieważ przed niejakim czasem poruszoną została w Oddziale chorób umysłowych kwestya sądowo-psychiatryczna o odpowiedzialności w związku z pewnymi objawami manii, połączonemi według Pinel'a w ogólnem pojęciu manii sine delirio (Esquirol: manie instinctive, Prichard: moral insanity, Platner: insania occulta, Marcé: monomanie impulsive), przeto sądzę, że nie będzie bez interesu dla Członków Oddziału, jeżeli podam treściwą wiadomość o dziełku powyższém, które może dla swego paradoxalnego tytułu niezwrócić jeszcze na siebie uwagi naszych psychiatrów.

Wychodząc z jasnych zasad moralności i prawa karnego, wymagających ukarania każdego ze świadomością popełnionego przestępstwa, dr. Knop zadaje sobie pracę zbadania: o ile tak nazwane gwałtowne popędy do pewnych zbrodniczych czynów, jakich w tak nazwanój piromanii, kleptoma-

nii it. d. napotyamy, zasługują na usprawiedliwienie przez sądami, a o ile odwołanie się do takiego gwałtownego popędu zbrodniczego nie powinno znaleźć uwzględnienia przy postępowaniu sądowém. Wszystkie objawy tego rodzaju autor jednoczo w pojęciu *paradoxu woli* (Die Paradoxie des Willens), określając takowy jako swobodne działanie przy wewnętrznym oporze (freiwillige Handlung bei innerem Widerstreben str. 10). Określenie to wynika z szczegółowego psychologicznego rozbioru pojedynczych faktów, jaki to rozbiór stanowi główną treść i niepoślednią zasługę téj pracy. Przypatrzmy się zatem w jaki sposób autor myśl swoją rozwija.

We wstępie od str. 1 do 10 zwraca najprzód na to uwagę, że w nowszych czasach nader często się zdarza, iż notoryczni zbrodniarze, odwołując się do pewnego gwałtownego popędu zbrodniczego, któremu według swego zeznania żadną miarą, pomimo usilnego starania przeciw stawić się nie mogli, że tacy zbrodniarze uwolnieni zostali przez sądy przysięgłych od sądowej odpowiedzialności, a to często nawet w sprzeczności z opinią lekarską, która nie widziała żadnego powodu wyłączenia tych przestępców od takiej odpowiedzialności. Autor przytacza kilka podobnych przypadków. Tak np. jeden rażący, który miał miejsce w r. 1853, gdzie niejaka Schäfer obwiniona o kilkakrotne podpalanie uznana została przez przysięgłych za niewinną, pomimo że dwaj znakomici lekarze sądowi Casper i Jdeler objawili zdanie, iż wzmiankowana Schäfer podczas dopełnienia czynów zbrodniczych była zupełnie zdrową na umyśle.

Takie fakta obudzają naturalnie nieukontentowanie każdego moralnego człowieka, który potrafi ocenić wartość karania przestępstw dla życia i rozwoju społecznego. Dla tego też autor z niechęcią o podobnych faktach wzmiankuje, mówiąc: „Czas porzucić wszelkie uprzedzenia przypuszczające w zdrowym na umyśle człowieku jakiś popęd i instynkt do zbrodni, czas porzucić owe fałszywe nauki o Mania sine delirio, Monomania instinctiva, Pyromania, Kleptomania, Insania occulta, które nie są niczem innem jak tylko listem żelaznym na podpalania, zabójstwa, kradzieże, zgwałcenia i tym

podobne zbrodnie (str. 2).“ „Jest faktem, mówi autor dalej (str. 3), że i zdrowi na umyśle czują najrozliczniejsze popędy do różnego rodzaju niemoralnych, nieprawnych i karania godnych czynów i że w niejednym razie nad temi popędami zapanować można. Ztąd bez bliższego zbadania tych popędów, bez przekonania się o możliwości przeciwstawienia się im, nie można żadną miarą mówić o jakichkolwiek chorobliwych popędach do gwałtownych czynów, do zabójstwa, podpalania, kradzieży i t. d.“ Popełniwszy zbrodnię dla braku moralnej energii, dla złej a przynajmniej lekkomyślniej woli, każdy bez wyjątku mógłby się odwołać do popędu, którego przewyciężyć nie zdołał, ale nikt w takiem oświadczeniu więcej widzieć nie powinien, jak tylko proste zeznanie faktu, że zbrodniczy popęd nie został przewyciężony, chociaż dana była możliwość do przewyciężenia (str. 33).

Dla jasnego tedy odróżnienia wszelkich tak nazwanych popędów zbrodniczych, którym przy usilnej energii każdy zdrowy na umyśle przeciwstawić się może, od istotnej choroby umysłowej, znoszącej odpowiedzialność, autor wykazuje na str. 7 charakterystyczne znamię każdej bez wyjątku choroby umysłowej, i takowe upatruje w *iluzji*. „Każdy chory na umyśle, mówi autor, który na to nazwanie zasługuje, ulega pewnym iluzyjnym utworom i wyobrażeniom (Wahngebilde und Wahnvorstellung). Same halucynacje póki są tylko alteracjami nerwów zmysłowych, nie są znamieniem choroby umysłowej; ta dopiero wtedy bierze początek, gdy halucynant poczytuje swoje halucynacje za prawdę, swoje subiektywne utwory za rzeczywistość, to jest dopiero, gdy halucynacja staje się iluzją (str. 7).“ Ztąd tedy według autora jedyną podstawą dla ocenienia tak nazwanych wątpliwych stanów umysłu jest iluzja, gdzie nie ma iluzji tam nie można mówić o chorobie umysłowej, gdzie się zjawia iluzja, tam dana jest oznaka takiej choroby. Tylko na tej podstawie, sądzi autor, będzie można usunąć zarzut jaki dotąd na medycynie ciąży, że usprawiedliwia zbrodnię; tytko na tej podstawie da się raz na zawsze usunąć tak nazwana medicina excusatoria (str. 10).

Po tych wstępnych uwagach autor przystępuje do właściwego przedmiotu i daje w I rozdziale od 11 do 20 str. krótki historyczny rys tak nazwanego paradoxu woli. Dowiadujemy się tutaj, że już w dziele *Locka*, *Essay concerning human understanding* 1690 (deutsch v. Tennemann, 1795) rzucone są pierwsze myśli odnoszące się do naszej kwestyi, i że następnie w r. 1781 Christyan Jakób Kraus napisał ośrobną nad tym przedmiotem dysertacyą pod tytułem: *De Paradoxo: edi interdum ab homine actiones voluntarias, ipso non invito solum, verum adeo reluctantae*. (Vermischte Schriften wyd. Auerswalda 1812, tom 5, str. 491). Już z tego tytułu widzimy, że autor nasz przejął od Krausego zarówno nazwanie jak i definicyą paradoxu woli. Z dzieła powyższego autor cytuje kilka wypadków takiego paradoxu. Tak np. pewien bardzo światły a przytem i religijny człowiek, doznawszy różnych przykrości w życiu, czuł w sobie od razu ciągły popęd do bluźnierstwa. Jak tylko pomyślał lub usłyszał o Bogu, zaraz objawiała się w nim chęćka przeklinania imienia Boskiego. Z największą energią sprzeciwiał się temu popędowi uprzytamniając sobie wzniosłość i dobroć Boga, lub nawet modląc się do Niego, ale pomimo to tylko powoli mógł tym popędem zupełnie owaćadnać. Inny znowu również dobrze wykształcony człowiek czuł dla niewiadomej przyczyny popęd oplwania każdego kogo widział. Tylko w skutek silnej walki z sobą a mianowicie przez zastówięcie ust ręką, zdołał się wstrzymać od popełnienia tak przewrotnego czynu. O innym znowu opowiada Kraus, że jak tylko miał w rękę nóż to czuł popęd do odebrania sobie życia, i tylko przez to przewyciężył ten popęd, że za każdą razą, gdy ta myśl do głowy mu przyszła nóż od siebie oddalił.

Te i tym podobne fakta, które zresztą powątpiewaniu ulegać nie mogą, bo się i dzisiaj często powtarzają, służą tedy autorowi za punkt wyjścia dla wyjaśnienia takiego paradoxalnego to jest sprzecznego w sobie stanu psychicznego człowieka.

Ale już tutaj nie możemy się wstrzymać od zarzutu przeciwko nielogicznemu pochodowi myśli autora. W tym pierwszym

historycznym rozdziale spodziewamy się według napisu, historycznego poglądu na psychiatryczne teorie odnoszące się do tego przedmiotu. Lecz niestety w miejsce takiego historycznego poglądu autor daje nam, od str. 13 po przedstawieniu powyższych faktów, obszerny rozbiór psychologii znanego filozofa Herbart'a i ogranicza się na wyjaśnieniu powyższych paradoksalnych stanów na podstawie téj psychologii. Co do samej rzeczy nie mamy nic do nadmienia. Owszem z zadowoleniem przekonaliśmy się o gruntownej znajomości filozofii Herbart'a ze strony autora. A chociaż cała teoria psychologiczna tego filozofa, opierająca się na psychologicznym atomizmie, według naszego przekonania nie wystarcza dla wszechstronnego wyjaśnienia objawów psychicznych, to jednak nie myślimy wiaść autorowi za złe, że się opiera na téj a nie na innéj psychologii. Ale pytamy się tylko, dlaczego w historycznej części swojej pracy ogranicza się wyłącznie na przedstawieniu swéj teorii opartéj na Herbarcie, zamiast przytoczyć i zdania nowszych psychiatrów, którzy przecie także zwrócili swoją uwagę na podobne objawy psychiczne, nazwane przez autora paradoxami woli? Pytanie to zamieniłoby się na zupełnie potępiający zarzut, gdybyśmy w jednym z późniejszych rozdziałów nie znaleźli owego szukanego historycznego poglądu. Przez dziwną bowiem nielogiczność autor dopełnia w Vm rozdziale, od 37 do 55 stronicy, a zatem dość obszernie ów brak Igo rozdziału i pod napisem: „O babilońskim pomieszaniu języków na polu psychologii sądowéj“—rozbiiera i krytykuje zdania wszystkich znaczniejszych psychiatrów o owych paradoksalnych stanach duszy. Napotykamy tutaj rozbiór zdań Ettmüller'a, Pinel'a, Esquirol'a, Prichard'a, Casper'a, Höffbauer'a i wielu innych psychiatrów, traktujących mniej lub więcej obszernie o tak nazwanéj manii sine delirio. Że ten Vty rozdział właściwie do pierwszego należy, to każdy widzi, jak nie mniej i to, że autor nielogicznie rozerwał dwie jak najściślej połączone części swéj pracy, wstawiając między nie rozdziały mające za przedmiot fizyologiczny, psychologiczny i sądowy rozbiór narzuczonéj kwestyi. Poprawiając tedy tę nielogiczność autora w podziale swego

przedmiotu, zatrzymamy się jeszcze nieco nad częścią historyczną.

Pierwszy który według autora, paradox woli wprowadził do lekarsko-sądowej pratyki był E t t m ü l l e r (prax. lib. II, sect. 3, cap. 4). On nazwał ten spreczny w sobie stan psychiczny melancholia vel perturbatio mentis melancholica sine delirio, ale nie upatrywał w tym stanie nic coby mogło znieść odpowiedzialność sądową. Dopiero P i n e l, wielki reformator psychiatrii, który dla całego rodu ludzkiego niezatarte położył zasługi, rozrywając kajdany obłąkanych, w jednostronnej humanitarnej dążności ogłosił ową melancholię sine delirio E t t m ü l e r a za prawdziwą chorobę umysłową wyłączającą odpowiedzialność sądową, pod nazwaniem *mania sine delirio* (manie sans delire, manie non delirante, furor non delirans. *Philos. med. Abhandlung über Geistesverwirrungen oder Manie, übers. von M. W a g n e r*. 1801. str. 160). Autor już tutaj (str. 45) i jak nam się zdaje bardzo trafnie nadmienia, że pojęcie manii sine delirio zawiera w sobie logiczną sprzeczność. Mania i jasna świadomość siebie wyłączają się nawzajem czyli zawierają w sobie jak I d e l e r mówi contradictionem in adjecto. „Gdzie istnieje prawdziwa mania, tam ona zawsze jest cum delirio a nigdy sine delirio. Jeżeli pewne indiwiduum nie zdradza w umysłowym działaniu żadnego zboczenia i pomieszania rozsądku to i jego działanie nie może być wynikiem manii. Mania bez delirium, przy jasnej świadomości jest pojęciem bez treści, ens vacuum, niczem.“ Ztąd pytanie: czy istnieje mania sine delirio? zawiera w sobie jak największą sprzeczność a P i n e l ustalając taką manię, pomimo wielkich z kąd inąd zasług był w tym względzie przyczyną nieszczęsnego pomieszania pojęć w medycynie sądowej.

Pomysł P i n e l a miał za skutek rozdział psychiatrów na dwa obozy (str. 46). Jedni jak R e i l, H o f f b a u e r, M i t t e r m a i e r, H a r t m a n n i inni bronili teoryę P i n e l a o manii sine delirio, drudzy zaś jak E s q u i r o l, H e n k e, I d e l e r, C a s p e r i inni potępiali takową. Najgruntowniej zbił teoryę P i n e l a ostatni to jest C a s p e r, który w dziele „Gerichtl. Medicin“ 1858, str 491 rozbiera wszystkie do naszej kwestyi

odnoszące się zdania i fakta, a w końcu w tych słowach swój pogląd streszcza: „Dotąd nie ma jeszcze ani jednego dobrze obserwowanego i opisanego wypadku, któryby mógł posłużyć za dowód, że w naturze istnieje jakiś rodzaj manii bez obłąkania, i zapewne takiego dowodu nigdy się nie doczekamy, gdyż podobne przyjęcie zawiera w sobie jak największą sprzeczność... Wskutek tego zaś i w praktyce sądowej nie można się odwołać do takiego nienaukowego a nawet niebezpiecznego pojęcia manii bez obłądzenia, a wszelkie objawy, któreby do tego rodzaju zaliczyć można, należy ocenić według ogólnych diagnostycznych zasad bez wszelkiego wyjątku.“

Do tych zdań przyznaje się tedy jak najwyraźniej i nasz autor i stara się takowe w II, III, IV i VI rozdziałach swęj pracy wszechstronnie wyjaśnić i udowodnić.

Rozdział IIgi od 21 do 27 str. poświęcony jest fizyologicznemu usasadnieniu paradoxalności woli. Tutaj autor stara się wykazać, że tak nazwana mania sine delirio nie jest niczem innym jak tylko halucynacją bez obłąkania, że jęj stan patologiczny sprowadza się tylko do peryferycznego rozdrażnienia nerwów i nie zawiera w sobie jeszcze żadnych cech prawdziwego obłąkania. Samo obłąkanie opiera się podług autora już na daleko głębszych fizyologicznych i psychologicznych zboczeniach i ma za swoją niezbędną cechę *iluzyj* wykazującą niemożność chorego skontrolowania swych halucynacyj i poznania ich uludności. „Kto, mówi autor (str. 22) swoje anomalne wrażenia zmysłowe skontrolować potrafi i takowe sprawdza, ten nie jest obłąkanym; a tylko ten, kto takich wrażeń ani skontrolować, ani sprawdzać nie jest zdolnym, kto przez nie wprowadzanym bywa w błąd, uznanym być może za obłąkanego.“ Wykazując tedy w następstwie, że w tak nazwanęj manii sine delirio nie napotykamy żadnego obłądzenia, żadnęj w błąd wprowadzającęj iluzji, autor, zdaniem naszym bardzo słusznie, dochodzi do wniosku, że taka mania nie przedstawia niezbędnych warunków obłąkania.

W Rozdziale III i IVtym od 28 do 36 str. zajmuje się autor rozbiorem naszęj kwestji ze stanowiska medycyny sądowej, i udowodnieniem że czyn popełniony w tak nazwanęj

manii sine delirio nie jest wynikiem żadnej instynktowej konieczności, lecz jest skutkiem braku moralnej energii, któraby panowała nad rozlicznymi popędami natury ludzkiej. „Owa uległość dla gwałtownych popędów nie ustala się w człowieku siłą konieczności, mówi autor (str. 30), ale jest zawsze wynikiem pewnej opieszałości, pewnego dobrowolnego ustępstwa (*culpa*). Potrzeba do tego złej i nierządnej woli, jaką napotykaemy w upartych lub też w ludziach chwiejących się w swych postanowieniach.“

Że w tych wszystkich objawach tak nazwanej manii sine delirio nie może być mowy o żadnym instynkcie do popełnienia pewnej zbrodni, to autor bardzo jasno udowadnia, wykazując, że według wszelkich opisów podobnych objawów stan chorych nie jest bynajmniej bezmyślnym i bezrozumnym, ale owszem objawia zupełnie prawidłowe działanie rozsądku i rozumu. W człowieku zaś gdzie rozsądek i rozum działają, tam instynkt z natury swojej nie może być silniejszym, tam uległość dla rozlicznych popędów zbrodniczych nie wyłącza odpowiedzialności, lecz owszem daje dowód, że człowiek pomimo rozsądku i rozumu, pomimo możności przewyciężenia za ich pośrednictwem wszelkich złych namiętności, jednak nie używa swych władz umysłowych w należyty sposób, a ulega złemu dla karygodnej słabości moralnej. Wszelkie odwołania się zbrodniarzy podobnych do jakiegoś koniecznego popędu czy instynktu, mówi autor (33 str.), nie jest niczem innym jak tylko frazesem, wyrażającym prosty fakt, że zbrodniarz owych złych popędów nie przewyciężył. Każdy człowiek posiada zdolność panowania nad sobą, a kto tę zdolność w sobie rozwija, kto ją wzmacnia, przeciwstawiając się słabszym i początkowo mniej doniosłym popędom do złego, ten ustala w sobie moralną potęgę, przewyciężającą z czasem i coraz większe i coraz namiętniejsze popędy. Przeciwnie zaś kto dla moralnej obojętności nie czuwa w małym nad sobą, lecz ulega swym namiętnościom w małych rzeczach, ten z własnej winy pozwala na swobodny rozwój w swym sercu wszelkich namiętności, które jak chwast niewykorzeniony coraz silniej człowiekiem owładają a w końcu przechodzą w owe zbrodnicze zachcianki,

nad którymi już tylko wielkie moralne wysilenie zapanować potrafi. Autor odwołuje się w tym względzie (str. 35) bardzo trafnie do słów znakomitego fizyologa Burdacha, który mówi: „Popędy cielesne nie mają bezwzględnej nad człowiekiem władzy, a dusza może się zawsze tym pokusom przeciwstawić i zachować swoją niezależność, jeżeli tylko sama nie znajduje się w stanie patologicznym. Dlatego byłoby bez wątpienia w interesie moralności, gdyby przestępców uwolniono od odpowiedzialności tylko w tych razach, gdzie brak samodzielności jest zupełnie widocznym, gdzie wyraźne obłąkanie nie pozostawia wątpliwości co do patologicznego stanu przestępcy. Inaczej bowiem można łatwo przez nieoględność podkopywać w społeczeństwie potęgę prawa a w skutek złe zrozumianego humanizmu ograniczyć wymiar sprawiedliwości.“

W ostatnim VIym i najobszerniejszym rozdziale (od str. 56 do 96) autor przytacza liczne przykłady z własnej i obcej praktyki lekarsko-sądowej, na poparcie i wyjaśnienie swoich teoretycznych poglądów, rozwiniętych w poprzednich rozdziałach.

Najciekawsze przykłady są te, gdzie w różnych indywidualnościach pokazuje się jak najjawniej możność ograniczenia i przewyciężenia bardzo gwałtownych pociągów do zbrodniczych czynów. Chorzy w takim stanie poznają złe jakie popełnić zamierzają, uciekają się z pomocą do innych, wyznają im swoje pokusy, błagają by ich wstrzymano od popełnienia czynu, lub też nieraz własną moralną potęgą przewyciężają swoje namiętności. Są to, najlepsze dowody z życia wzięte, że owe popędy zbrodnicze nie działają siłą konieczności, lecz mogą być przewyciężane, jeżeli tylko istnieje w człowieku jakaś silniejsza moralna podstawa.

Co zaś do innych przykładów gdzie podobne popędy zbrodnicze kończyły się na urzeczywistnieniu czynu karygodnego, to z kilku urzędowych sprawozdań samego autora przekonywamy się, że autor pomimo powyższych poglądów, nie należy bynajmniej w praktyce do owych moralnych rygorystów, którym karanie sprawia pewne zadowolenie, którzy

nieraz narazić się wolą na niesprawiedliwe ukaranie, a niżeli na złagodzenie najmniejszego podejrzenia. We wszystkich razach, gdzie czyn zbrodniczy był wynikiem pewnego mniej lub więcej namiętnego popędu, autor przemawia za znacznem złagodzeniem kary i w ogóle sądzi, iż każdy przestępca znajdujący się w czasie popełnienia czynu w tak nazwanym stanie manii sine delirio uznanym być winien raz na zawsze jako znajdujący się w warunkach łagodzących znacznie karę. I to zdaje się być najodpowiedniejszém wyjściem z téj zawikłanej, a jednak tak dla psychologii i psychiatrii jakoteż i dla moralności i prawa karnego ważnej kwestyi.

Co do pojedynczych przykładów i szczegółów, to takowych tutaj poruszyć i wykazać nie zamierzamy; szło nam tylko o zwrócenie uwagi fachowych pracowników na tę ciekawą książeczkę, która jak na początku wzmiankowałem, dla swego paradoxalnego tytułu łatwo przeoczoną być mogła przez tych, dla których jest głównie napisaną.

WIADOMOŚCI ZAKRAJO WE.

Towarzystwo medyko-psychologiczne paryżkie zaprasza wszystkich uczonych Francuzów lub cudzoziemców, lekarzy albo nielekarzy poświęcających się badaniom nauk medyko-psychologicznych, mających przybyć do Paryża na powszechną wystawę i kongres lekarski, do wzięcia udziału na jego posiedzeniach w dyskusjach, do komunikowania swych idei i swych prac nad każdym przedmiotem wchodzącym w zakres tych nauk.

Aby módz przyjąć wszystkie osoby, życzące odpowiedzieć na to zaproszenie, Towarzystwo zawiadamia, że zgromadzać się będzie:

1. Na posiedzeniach zwyczajnych, dwutygodniowych w dniach: 29 kwietnia, 13 i 27 maja, 10 i 24 czerwca, 15 i 29 lipca.

2. Na zebraniu nadzwyczajném, w drugim tygodniu miesiąca sierpnia, to jest w tygodniu który poprzedzi otwarcie

kongressu lekarskiego; posiedzeń tego nadzwyczajnego zebrania będzie trzy, w dniach: 10, 12 i 14 sierpnia.

Wstęp na te posiedzenia uzyskać może za objawieniem swego nazwiska i stanu: każdy francuz lekarz z zakładu publicznego lub prywatnego obłąkanych, albo professor tytularny lub przybrany z fakultetu lekarskiego, filologicznego, prawa lub umiejętności.

Każdy eudzoziemiec należący z urzędu do zakładu obłąkanych, albo professor w uniwersytecie prawnie istniejącym.

Każdy członek z następujących towarzystw:

Towarzystwa psychiatrów niemieckich;

Stowarzyszenia medyko-psychologicznego angielskiego;

Stowarzyszenia lekarskiego Stanów Zjednoczonych.

Osoby nie należące do żadnej z powyższych kategorii, a życzące wziąć udział w pracach Towarzystwa, powinny być przedstawione przez dwóch członków. Przedstawienie to ma być dokonane o ile można na piśmie i na kilka dni przed posiedzeniem. Prezydent powziąwszy w razie potrzeby wiadomość z komissyi złożonej z 4ch członków mianowanych *ad hoo* stanowić będzie o przyjęciu.

Wszyscy uczeni przypuszczeni, jak wyżej powiedziano, będą zasiadać z członkami Towarzystwa, mogą brać udział w dyskusjach, czytać rozprawy i ustne wiadomości udzielać. Aby im zapewnić wszelką łatwość pożądaną w celu produkowania swych prac, prezydent będzie zawsze uwzględniać ich kolój; za każdym razem skoro tylko objawią na pięć dni przed posiedzeniem, życzenie czynienia przedstawięń Towarzystwu przez list adressowany do prezydenta albo do jednego z członków bióra, uczyniona będzie wzmianka na wezwaniu uwiadomiałjącém o porządku dziennym.

Towarzystwo pozostawia całą wolność w wyborze prac przedstawiać się mających, pod warunkiem trzymania się zakresu naukowego i nienaruszania regulaminu; za godne interesu całkiem specjalnego oznacza następujące kwestye:

Prawodawstwo i sposób stosowania go do obłąkanych w różnych krajach.

Stosunek pomieszania zmysłów do wychowania (*education*) prywatnego i publicznego.

Podstawa dobrej statystyki stosowanej do chorób umysłowych.

Zmiany anatomiczne ośrodków nerwowych w różnych formach obłąkania, a szczególnie postępy w tym względzie osiągnięte z nauk mikrograficznych.

Posiedzenia odbywać się będą w fakultecie lekarskim (w Paryżu) o 4tej godzinie po południu. (Gazette médicale de Paris, nr. 11, pag. 174).

Niebezpieczne Skaleczenie. W nr. 5 z r. b. czasopisma paryzkiego *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, czytamy interesującą acz smutną wiadomość o niešťczęśliwym przypadku, jaki o śmierć przyprowadził Zurichskiego profesora położnictwa. W zeszycie styczniowym Pamiętnika donieśliśmy o śmierci dr. B r e s l a u, profesora z Zurichu, szczegółów niepodaliśmy, bo te nie były ogłoszone i zawdzięczamy je dopiero dzisiaj dr. O l i v i e r, który w piśmie na początku przywiedzioném mówi: „Młody jeszcze profesor położnictwa dr. B r e s l a u z Zurichu, zgonem swoim daje nam nowy dowód niebezpieczeństwa zakłuć przy sekcyach anatomicznych, powracającego nawet w czasie późniejszym. W połowie miesiąca października r. z. Dr. B r e s l a u spostrzegł na wskazicielu ręki prawej krostę powstałą wskutek zakłucia się przy rozbiorze trupa. Po miesiącu wyleczenie zdawało się zupełném; profesor wrócił do swoich zajęć i przedłużał je aż do 20 grudnia. Wtedy dostał kataru z gorączką, mimo to jednak lekcyje swoje przedłużał do 24go, lecz wtym dniu dreszcze gwałtowne były zapowiedzią zapalenia opłucnej i płuc. Dnia 27 grudnia palec wskaziciel pierwotnie zajęty, na nowo się zaczerwienił, rana się otworzyła i przedramię obrzmiało. Wtedy wybuchły objawy zakażenia ropnego, które zabiły chorego. Przy sekcyi znaleziono ogniska ropne w płucach, opłucnej i obszerny ropień w wątrobie. Tak więc, (kończy dr. O l i v i e r) wskutek niezwykłych objawów w historyi ropnicy (pyemii), zgasała jedna z naszych współczesnych znakomitości położnictwa!“

ROZMAITOŚCI.

W paryzkim fakultecie lekarskim mianowani zostali professorami: Lasègue do wykładu patologii ogólnej; Axenfeld i Hardy do terapii specjalnej; Broca do chirurgii teoretycznej; Sée do materji lekarskiej; Vulpian anatomii patologicznej. Professorowi chirurgii teoret. Dr. Gosselin'owi poruczono klinikę chirurgiczną w szpitalu *Pitié*, a dr. Béhierowi klinikę lekarską w tymże szpitalu, Monnere t'owi zaś takąż klinikę w szpitalu *Charité*.

Do znanych produkcji chemicznych węzami Faraona zwanych, stanowiących dla zdrowia szkodliwą zabawkę, przybyła w nowszych czasach inna, która nosi nazwisko **Lez diabelskich**. Są to małe, czerwonawe, okrągłe, gummowe kapsułki zalutowane, napełnione olejkiem skalnym, w którym pływa kawałek metalu natrium. Rzuciwszy taką kulkę na wodę, po rozpuszczeniu się gumy, metal w zetknięciu się z wodą zapala się, pływa po wodzie wydając jasne, błyszczące światło. Niebezpieczeństwo jednak leży w tem, że kawałki metalu odrywają się i padając na otaczających w znacznej odległości, mogą stać się przyczyną głębokich i niebezpiecznych oparzeń. (Berliner Wochenschrift).

Towarzystwo epidemiologiczne. Minister Spraw Wewnętrznych w dniu 2 lutego 1867 r. zatwierdził ustawę Towarzystwa epidemiologicznego w Rosyji. Towarzystwo to ma na celu: 1) obznajmienie się z sanitarnymi warunkami różnych miejscowości pod względem powstawania i rozwoju *chorób epidemicznych* w Rosyji; 2) wynalezienie środków zapobiegających rozprzestrzenianiu się chorób epidemicznych i sposobów leczenia tychże chorób; 3) naukowe opisanie dawnych i tegoczesnych epidemii w Rosyji; 4) udzielanie klasie biednej ludności, rozmaitych pomocy, jak *uprzedzających* w celu ochrony jej od chorób epidemicznych, przez dostar-

czanie biednym ludziom środków poprawiających ich sanitarne warunki, tak i podczas panowania samych epidemij. (D. W. nr. 56).

Dobry przykład rodaka. Dla leczenia bezpłatnego mieszkańców miasta Pleszewa (w W. Księstwie poznańskim) i okolic, buduje w temże mieście hr. Alfred T a c z a n o w s k i szpital własnym kosztem. Oby ten przykład znalazł naśladowców. (Przeł. lekar.)

Rada zdrowia zalecona w Wiedniu. Professor S c h l a g e r zaprojektował w wydziale sanitarnym rady miejskiej wiedeńskiej ustanowienie osobnej rady zdrowia dla miasta Wiednia, na wzór rad higieny publicznej istniejących we Francji. Podobna rada zdrowia dla miasta Warszawy bardzo byłaby potrzebną.

Papier jedwabny zastępujący szarpi. Papier ten biały, nasiąkający, zwany jedwabnym, łączy wszystkie własności szarpi. Można go nabywać za tanie pieniądze w wielkiej ilości. Papier jedwabny niepsuje się w zetknięciu z wodą; jest złym przewodnikiem ciepła, i dla tego chroni rany od wpływów atmosferycznych. Z powodu swój własności absorbującej wssysa ropę, utrzymując rany w stanie suchości sprzyjającej zabliznianiu. Jako tampon może być użyty z większą od szarpi korzyścią. Wiedeńscy chirurdzy używali go podczas ostatniej wojny, wszelako nietrzeba się śpieszyć z ostatecznym zdaniem, jak to uczyniono w czasie wojny włoskiej z *coaltarem*. (Revue de ther. médico-chir. nr. 5 z r. b.).

Liquor Villati nazwany od swego wynalazcy, jestto środek używany najprzód w weterynaryi, następnie w chirurgii ze szczególnym skutkiem w uporczywych ropieniach, pochodzących od próchnienia kości i owrzodzenia więzadeł. Płyn ten składa się: plumbi acetici liquidi parts: XXX; cupri sulphurici cristalisati, zinci sulphurici cristalisati ana pp. XV; aceti vini albi. pp. 200. Sole rozpuszczają się najprzód w occie winnym, następnie dodaje się ocet ołowiany, a mieszaninę przed użyciem należy dobrze zamieszać. Dr. N o l t a, zastawał środek rzeczony w podobnych stanach chorobliwych i ulu-

dzi i od tego czasu Nelaton, Dumont wprowadzili ten środek w użycie, osiągnąwszy przy jego pomocy uleczenia w wypadkach, gdzie czynna pomoc chirurgiczna zdawała się nieuniknioną. Płyn wspomniany albo wstrzykuje się kilkakrotnie codziennie w otwory ropę sączące, albo przy powierzchowném próchnieniu kości, przykładą się szarpia w nim maczana. W uporczywych wypadkach należy nawet przez kilka miesięcy codzienne wstrzykiwanie dopełniać. (Schmidt's Jahrbücher. 1866—7).

Lekarz neapolitański Simone Capodiceci wynalazł płyn krew tamujący, *Liquor hæmostaticus balsamicus Capodiceci*, którego skuteczność profesor d'Erchia w obec komisji lekarskiej neapolitańskiej, na owcy doświadczył. Również zadawalniające były rezultaty, które Schiff w instytucie fizyologicznym we Florencyi w obec wielu lekarzy, z zastosowania tego płynu otrzymał. (Schmidts Jahrbücher 1867. nr. 159).

Tinctura jodi decolorata. Równe części nalewki jodowej i roztworu wyskokowego amonii, mieszają się. Z początku mieszanina jest brunatną, a po kilku godzinach staje się bezbarwną. Ciecz otrzymaną wszędzie użyć można jak nalewkę jodową. (Schmidts Jahrb. 1867).

We Wrocławiu dr. Cohn zajął się zbadaniem wzroku studentów uniwersytetu. Z badań czynionych na 387 studentach różnych fakultetów przekonał się, że w przecięciu $\frac{2}{3}$ badanych studentów mieli krótki wzrok, i największa liczba z nich była z wydziału filozofii, najmniejsza z fakultetu Teologii katolickiej. (Deutsche Klinik 1867. nr. 11).

OBRAZ EPIDEMIOLOGICZNY

MIASTA WARSZAWY.

za miesiąc luty 1867 roku.

Stan powietrzni czytaj w Obrazie Epidemiologicznym Królestwa.

Zapalenia gardła, bardzo częste, z charakterem łagodnym, bardzo rzadko błonicowe (diphteryczne).

Zapalenia oskrzeli, bardzo częste, łagodne.

Zapalenie płuc dosyć częste, niezawsze z charakterem łagodnym.

Krztusiec (koklusz) dosyć częsty.

Katar żołądka i kiszek bardzo częsty, często z gorączką.

Katar grubych kiszek u dzieci nieczęsty, łagodny.

Reumatyzm stawowy ostry dosyć częsty, lecz niekiedy długo trwający.

Zimnica bardzo częsta, paroksyzmy niezawsze wyraźne, często w formie *neuralgiae ciliaris*.

Gorączka tyfoidalna, dosyć częsta, łagodna.

Szkarlatyna nie częsta, łagodna, rzadko z powikłaniami.

Odra bardzo rzadka.

Ospa dosyć częsta, łagodna; w okresie ropienia kwas solny wewnątrz zadawany okazał się skutecznym. *Ospa złagodzona* dosyć częsta.

Krup nie częsty. *Zapalenia gruczołów przyusznych* dosyć częste.

Rozmiękczenie gruzelków płucnych i krwotoki płucne bardzo częste.

Dr. A p t e.

OBRAZ EPIDEMIOLOGICZNY

MIASTA WARSZAWY.

za miesiąc marzec 1867.

Stan powietrzni w obrazie epidemiologicznym Królestwa.

Katary nosa, gardła, krtani, tchawicy, oskrzeli, bardzo częste, czasem gorączkowe, z przebiegiem łagodnym.

Katary przewodu pokarmowego, bardzo częste, gorączkowe, niekiedy z bólem brzucha połączone, rzadko z żółtaczką.

Zapalenie płuc u dzieci i dorosłych, nie bardzo częste, przebieg dosyć łagodny.

Zapalenia opon mózgu, u dzieci bardzo częste, charakter nie zawsze łagodny; w początku zjawiska gastryczne, ukrywają właściwą chorobę.

Gorączka tyfoidalna częsta, przebieg łagodny, lecz w początku zaburzenie w ekonomij znaczne. Dużo wypadków w północno zachodniej części miasta.

Nerwobóle tak reumatyczne jakoteż paroksyzmy, zwłaszcza nerwoból twarzowy, dosyć częste, nerwoból międzybrowy mniej częsty.

Róża twarzy tu i owdzie, nie zawsze łagodna.

Zapalenie łącznicy oka, dosyć częste, łagodne.

Ospa naturalna dosyć częsta, przebieg łagodny.

Ospa wietrzna, dosyć częsta.

Zapalenie ślinianek, dosyć częste, łagodne.

Krztusiec (koklusz) częstszy niż w miesiącu lutym.

Krwotoki z nosa, płuc, macicy, dosyć częste.

Dr. A p t e.

O ODDECHU KRTANIOWYM,

(*Respiratio laryngealis*).

przez **Dra Bronisława CHOJNOWSHIEGO.**

Docenta patologii i terapii specjalnej w Szkole Głównej Warszawskiej
(Dokończenie). (*)

VI.

Co rozumiał Sz k o d a pod nazwą współdźwięczenia? Trudno na to odpowiedzieć z pewnością, gdyż sam Sz k o d a nie dał w swoim wykładzie kompletnego określenia tego pojęcia, a tylko przytoczył niektóre przykłady i zapewnił, iż zjawisko każdemu wiadome: „współdźwięczenie (Das Konsoniren, Mittönen), mówi on, jest znajome zjawisko. Rozpięta struna gitary dźwięczy, jeżeli ten sam ton, który ona jest w stanie wydać, będzie wydany w pobliżu przez głos ludzki lub na innym jakim instrumencie“ i t. d. (1). Dalej mówi on: „Jeżeli dźwięk w oddaleniu słyhać silniej, aniżeli w miejscu utworzenia się, to wzmocnienie to powinno nastąpić drogą współdźwięczenia. A ponieważ zdarza się słyszeć głos w piersi silniej, aniżeli w krtani, to to już dowodzi wzmocnienia głosu w klatce piersiowej drogą współdźwięczenia.“ Z tych słów wypada, że według opinii Sz k o d y, ta jedna okoliczność, to jest wzmocnienie dźwięków krtaniowych w płucach, już jest dostateczną dla dowiedzenia jego teorii. Jednocześnie z całego wykładu Sz k o d y widać, iż on czuje się niejako zmuszonym przyjąć tę teorię, ponieważ żadna inna nie jest w stanie objaśnić wzmocnienia głosu w krtani, a najmniej proste przeprowadzenie dźwięków, które on w początku swego wykładu

(*) Zobacz Pamięt. Tow. lek. tom LVII, str. 205.

(1) „Das Konsoniren Mittönen, ist eine bekannte Erscheinung. Eine gespannte Guitarrsaite tönt, wenn derselbe Ton in ihrer Nähe auf einem andern Instrumente oder durch die menschliche Stimme hervorgebracht wurde.“ Sz k o d a l. c. pag. 54.

bardzo ściśle odróżnia od współdźwięczenia: „Ciało tylko przeprowadzające dźwięki, mówi on, w ogólnosci może ton przemienić, osłabić, ale nigdy wzmocnić.“ I tak wzmocnienie głosu w piersi daje początek téj teorii, którą jednakże stopniowo rozszerza S z k o d a i na te przypadki, w których auskultacya piersi nie pokazuje wcale zbyt wielkiego wzmocnienia głosu, tak iż dźwięki dają się słyszeć jednakowo silnie, a nawet słabiej, aniżeli przy auskultacyi krtani, żeby tylko były one silniejsze, jak w normalnym stanie, i miały charakter krtaniowego oddechu. Lecz i tu jeszcze S z k o d a nie zadržuje się, ale rozszerza swoją ideę na drugie mniej więcej silne szmeru w płucach; takim sposobem prócz współdźwięczącego oddechu (oddech oskrzelowy albo krtaniowy po naszymu), powstają pojęcia o współdźwięczącym lub współbrzmiącym rżeniu, współdźwięczącym kaszlu i t. d.

Cóż takiego współdźwięczy w piersi tym szmerom i dźwiękom, jakie tworzą się w krtani lub w inném miejscu dróg oddechowych? Powietrze może tylko wówczas wpadać w współdźwięczące drgania, kiedy znajduje się w ograniczonej przestrzeni. Ale ponieważ takie przestrzenie rzeczywiście znajdują się w patologicznych zdarzeniach w płucach (jamy, oskrzela w zwątrobiałych lub uciśniętych płucach), to one są prawdziwymi sprawcami współdźwięczących auskultacyjnych zjawisk. Ścianki takich przestrzeni koniecznie muszą być dość stężałe dla tém lepszego odbicia fali głosowych. Wówczas formują się stojące fale, które wzmacniają początkowe dźwięki, współdźwięczą im. Potrzeba także, żeby współdźwięczące przestrzenie były w komunikacyi z krtanią za pomocą słupa powietrznego, ponieważ tą tylko drogą dochodzą do nich dźwięki i wywołują współdźwięczące drgania. Przez ścianki krtani, tchawicy i oskrzeli dźwięki nie mogą rozchodzić się, co zależy od niejednakowej budowy tych ścianek, to z chrząstek, to z błon składających się. Gdyby rozchodzenie się dźwięków mogło nastąpić tą drogą, to jest przez ścianki oskrzeli, to i drugie sąsiednie tkanki przeprowadzały by z równą siłą na równe odległości (np. szyja, klatka piersiowa i t. d.), i mybysmy słyszeli zawsze oddech krtaniowy przy auskultacyi piersi.

Oto główne zasady teorii S z k o d y. Z nich widać, jaką ważną rolę gra tu wzmocnienie głosu w piersi i dla tego nadzwyczajnie ważną staje się kwestya, czy słuszne są odnoszące się tu spostrzeżenia S z k o d y i wnioski z niego wypływający? Wintrich, Seitz i inni nie tylko nań nie zgadzają się, ale nawet wręcz zaprzeczają. Wintrich przytem w szczególności zwraca uwagę na to, że auskultacya krtani nie daje jeszcze dokładnego pojęcia o sile głosu w miejscu jego powstania, ponieważ fale głosu z trudnością mogą przechodzić tu przez twarde, silnie w dół odbijające ścianki krtani i tchawicy. Już lepszego pojęcia o sile głosu można nabyć, auskultując przez stetoskop włożony w usta, ponieważ dźwięki sformowane w krtani dochodzą w ten sposób bezpośrednio do ucha badacza, nie ulegając stratom, które muszą koniecznie nastąpić wskutek rozchodzenia się w powietrzu, gdy mówią bez stetoskopu. Tak silnie, jak w miejscu tworzenia się, nigdy głos w piersi nie daje się słyszeć przy żadnych warunkach (Wintrich l. c. p. 135 i d.). Następnie Wintrich nadmienia, że on nigdy nie obserwował głosu silniejszego w piersi, jak w krtani; i nakoniec wnioskuje, że gdyby i były takie przypadki, to nie stanowiły by jeszcze dowodów wzmocnienia głosu na zasadach współdźwięczenia; ponieważ z faktu, iż głos zdaje się być słabszym przy auskultacyi krtani jeszcze nie można robić wniosku, iż on rzeczywiście słabszy w krtani (to jest w miejscu tworzenia się), aniżeli w piersi. W ostatniem wydaniu swego dzieła S z k o d a starał się obalić, a przynajmniej osłabić zarzuty Wintricha; mianowicie, mówi on, że jeżeli przy auskultacyi krtani i tchawicy nie możemy słyszeć w pełni i całkowicie dźwięków, jakie są w próżni tych organów, z powodu niedokładnego przepuszczenia nazewnątrz tych dźwięków przez grube ścianki, to w zupełnie podobnych, (niedogodnych dla przeprowadzenia dźwięków okolicznościach są i patologiczne jamy w płucach, z kąd dźwięki nie mogą nazewnątrz się dostać inaczéj jak przez klatkę piersiową. Ale S z k o d a zapomina przy tém o jednéj ważnéj okoliczności, która może mieć pewne znaczenie przy auskultacyi i krtani. Kierunek mianowicie fal głosu w stetosko-

pie przyłożonym do szyi, jest prostopadły do kierunku rozchodzenia się tych fal w krtani i tchawicy. Ta niedogodna dla przeprowadzenia dźwięków pozycja, na którą słusznie Wintrich zwraca uwagę, nie bywa ani przy auskultacji przez usta, ani przy auskultacji piersi, gdzie fale głosowe nabierają w oskrzelach kierunek wprost ku obwodowi płuc. Różnica tu zachodzi zupełnie taka sama jak między słuchaniem dźwięków trąbki przez stetoskop na trąbie postawiony, a słuchaniem wprost przez ucho przy otwartym końcu trąbki znajdujące się. Jeżeli takim sposobem zbity fakt wzmocnienia dźwięków w piersi, fakt, na którym jak widzieliśmy, opiera się nauka S z k o d y (Consonanzlehre), to nauka ta wstrząśniętą jest mocno w swoich podstawach. Nie zadawalniając się tym jednakże, Wintrich stara się ją ostatecznie obalić, dowodząc sprzeczności jej z prawami fizycznymi współdźwięczenia. Wedle tych ostatnich, jeżeli powietrze zawarte w pewnej ograniczonej przestrzeni przychodzi w współdźwięczenie z jakimkolwiek dźwięki wydającym ciałem, to fale te współbrzmiać powinny mieć tę samą długość, jak i fale bezpośrednio przez ciało wydawane, a ponieważ długość fal jest w pewnym stałym stosunku do wysokości dźwięków, to jasno, iż dla zdecydowania, czy ciało jakie współdźwięczy drugiemu, należy odszukać, czy dźwięki, które one wydaje mają tę samą wysokość, czy nie? W pierwszym przypadku zależne od tego wzmocnienie dźwięków jest wskutek współdźwięczenia. W drugim przypadku, to jest, jeżeli wysokość tonów w przestrzeni nie jest jednakową z wysokością tonów dźwięki wydającego ciała, fale głosu w tej przestrzeni nie mogą być nazwane współbrzmiaćcami. Z tego wypada, iż najbardziej do współdźwięczenia zdadne ciała są te, które mogą wchodzić w drgania rozmaitych długości, jak np. tak nazwane deki (Resonanzboden) w fortepianie, skrzypcach i t. d. Przeciwnie ograniczone przestrzenie mogą tylko wówczas współdźwięczyć, kiedy dają się słyszeć w pobliżu tony tej samej wysokości, jaką mogą wydać one same. Ponieważ zaś liczba tych ostatnich tonów bardzo ograniczona (dla jednej danej przestrzeni), jak to wiadomo z fizyki (tylko fundamentalne i harmonijne tony), i ponieważ

przytém dla wydania harmonijnych tonów natężenie dęcia powinno wzrastać proporcjonalnie kwadratów liczb: 1, 2, 3, 4 i t. d. warunki, nieznajdujące się w płucach, których przestrzenie (oskrzela, jamy), przedstawiają z jednej strony zamknięte rurki: to cała możebność współbrzmienia ogranicza się jednym fundamentalnym czyli głównym tonem. Z tego się więc okazuje niezdatność przestrzeni, o których mowa, przychodzić w współbrzmienie, i z tych powodów, zjawiska współbrzmienia w piersi powinny należeć do rzędu nadzwyczaj rzadkich. Jeżeli do tego dodać, iż przy auskultacyi w piersi rozmaitych szmerów (kaszel, rżęzenie i t. d.), które, jak w ogólności szmery, niczém inném nie są jak mieszaniną wielu bardzo krótkich tonów (1), nigdy nie można zauważyć, żeby jeden jakibądź ton odróżniał się od reszty w skład szmeru wchodzących swoją mocą, przedstawiając w ten sposób zjawisko współbrzmienia w jamie lub oskrzeli, to należy przyznać, że i z téj strony teoria Szkoły nie potwierdza się.

W ostatniém wydaniu swego dzieła, Szkoła starała się odeprzeć doniosłość tego zarzutu, co mu się udało tylko do pewnego stopnia. Mówi on, że współdźwięczenie bywa rzeczywiście najlepsze, kiedy tony wywołujące współdźwięczenie mają jednakową wysokość z głównym lub harmonijnymi tonami, ale że nie ogranicza się ono wcale temi tylko przypadkami, a może być i przy drugich tonach, chociaż mniej dokładnie. Ta odpowiedź tém bardziej na uwagę powinna być przyjętą, iż współdźwięczące w płucach przestrzenie nie są absolutnie podobne do zamkniętych z jednej strony rurek, a przedstawiają rozmaitych kształtów i budowy jamy, znajdujące się w komunikacyi z powietrznymi drogami za pomocą to szerszych, to węższych otworów, a liczba tonów mogących wzbudzać współdźwięczenie w takich przestrzeniach, wedle uwagi Zamminera większa. Ale jeżeli zdolność współdźwięczenia rzeczywiście jest większą w ograniczonych przestrzeniach, w płucach, aniżeli w zamkniętych z jednej strony rur-

(1) Zamminer i Seitz. l. c. str. 6.

kach, to z tego jeszcze nie wypada, iżby była ona jednakową dla wszystkich w ogólności tonów. Przeciwnie wielka liczba tonów, tworząca się w krtani, nie byłaby w stanie wywoływać współdzwieczenia w jamach płucnych i szmer krtaniowego oddechu, który jak każdy w ogólności szmer, składa się z wielu krótkich tonów, dochodząc do płucnych jam zmieniałby swój charakter akustyczny zupełnie, gdyż w szmerze tém wzmocnione były by tylko tony, które mogły wzmocnić się przez współdzwieczenie. Tym czasem tego nie bywa: oddech krtaniowy w piersi ma ten sam charakter jak w krtani, zupełnie bywa zwykle podobny do tego ostatniego i dla tego na podstawie współdzwieczenia objaśnionym być nie może. Jeżeli więc Wintrich i zrobił omyłkę, exaggerując, że tak powiemy, prawdę, to jest bardzo małą zdatność jam do współdzwieczenia, to z drugiej strony ma on zupełną słuszość, gdy dowodzi, iż różnego rodzaju szmery tworzące się w krtani (oddech krtaniowy, kaszel i t. d.), i przedstawiające nadzwyczajnie pstry skład z fal różnej długości i t. d., odnawiają się w płucach w niektórych patologicznych przypadkach z takim zachowaniem początkowego swego akustycznego charakteru, iż to jedno pomimowolnie już zmusza nas przypuścić równo działającą przyczynę wzmocnienia dźwięków, wyłączającą jakąkolwiek ideę współdzwieczenia.

Nie sprzyjają także dla teorii współdzwieczenia wnioski, do których przychodzimy rozpatrując różne przykłady współdzwieczenia w świecie muzycznym. Strunowe instrumenta, mają, jak wiadomo, przybory współdzwieczące. To było niezbędném dla nich dla tego, że poruszające się masy (struny) są nadzwyczaj małe, nie są w stanie dać same mocnych tonów. Jednak i tu nie widzimy wytworzenia się nowych sił, jak to zdaje się przypuszczać Szkoda (1), a tylko z celami zgodny rozkład siły pierwotnej: gdyby końce struny były opar-

(1) Przypuszczenie, że dźwięki mogą być wzmocnione jakimikolwiek sprzyjającymi okolicznościami, do takiego stopnia, iż mogą być mocniejsze od siły pierwotnej, która wprawiała ciało w drgania, jest wprost przeciwne prawom mechaniki (Z a m m i n e r).

te o punkta nieruchome, to siła działająca na struny, w części byłaby straconą bez pożytku w tych punktach oparcia; przez użycie elastycznych dek, ta część siły zachowuje się dla większej mocy dźwięków. Nic podobnego nie widzimy w instrumentach dętych, najbardziej ze względu na budowę swoją zbliżonych do krtani i w ogólności ludzkich dróg oddechowych. Zasadniczą formę jak jednych tak i drugich stanowi prosta rurka cylindryczna. Jeżeli mówić w nią, jeżeli śpiewać, to głos nigdy nie wzmacnia się. W najbardziej sprzyjających okolicznościach, to jest, jeżeli ścianki rurki dosyć gładkie i mocne, nie przepuszczają nazewnątrz głosowych fal, ale odbijają je w kierunku osi rurki, głos daje się słyszeć przy końcu rurki tak samo prawie dobrze, jak bez niej, bezpośrednio z ust mówiącego lub śpiewającego. Ścianki rurki, przy tém zapewne, mogą mniej więcej drgać, ale wzmocnienia głosu przez współdzwźwięczenie tu niema i mowy nawet o tém być nie może (1). Fale głosowe rozszerzają się w kierunku osi rurki, i czém mniej tracą w drodze, tém lepiej przechowuje się zapewne głos, ale i tu niema żadnego współdzwźwięczenia, a tylko zjawisko rozchodzenia się fal w przestrzeni cylindrycznej. Dla tego nikt nie powie, że powietrze znajdujące się w dolnej części fletu lub klarneta współdzwiewczy z dźwiękami, wywołanymi przez dęcie w górnej części instrumentu. A jednakże takie nielogiczne i w najwyższym stopniu nieodpowiednie wyrażenie używają (S z k o d a), mówiąc o szmerze oskrzelowego czyli krtaniowego oddechu, który słyszymy w płucach! Jest tu jawne nadużycie wyrażu: *współdzwiewczenie*, nadużycie, które tylko zaciemnia dokładne zrozumienie i pojęcie rzeczy. Przy takim nadużyciu, we wszystkim, co tylko ucho nasze może słyszeć, może być znalezione współdzwiewczenie, ponieważ bez drgań powietrza, dochodzących do naszej błony bę-

(1) Dla nas do takiego stopnia nienaturalném wydaje się nazywać współdzwiewczeniem prosty i nieznaczný udział ścianek rurki przy rozchodzeniu się dźwięków w niej, iż nie pojmujemy zupełnie konieczności wejścia w bardziej szczegółowe zbijania tego nadużycia wyrażenia i dla tego uważamy za zbyt czyste przytaczać tu odnoszące się zarzuty W i n t r i c h a (l. c. pag. 144).

benkowej (według téj teoryi, współdzwięczenie powietrza!), bez współczesnych drgań błony bębenkowej (według teoryi, współdzwięczenie błony bębenkowej!) nie możemy nie słyszeć. Jeżeli uciekamy się do pewnych technicznych wyrażeń, to winniśmy ściśle trzymać się znaczenia, które im dała nauka. W używaniu wyrazu: współdzwięczenie, dla objaśnienia oddechu krtaniowego, widzimy przeistoczenie znaczenia tego słowa, rozszerzenie pojęcia tego na koło do takiego stopnia obszerne, iż od tego samego zatracą się wszelka dokładność, ściśłość idei i dla tego, takie tłumaczenie powinniśmy odrzucić.

Wszystko o teoryi współdzwięczenia wypowiedziane, może być sprowadzone do 3ch głównych zarzutów:

1) teorya ta pozbawiona jest zasad;
2) nie odpowiada ona fizycznym prawom współdzwięczenia, i

3) nie jest usprawiedliwioną roztrząsaniem analogii jéj z współdzwięczeniem w muzycznych instrumentach, z kąd widocznie powzięta była idea współdzwięczenia.

VII.

Gdy takim sposobem teorya Sz k o d y została obaloną, należy nam przejść do roztrząsania teoryi Wintricha, przyjętej przez Seitz'a i innych, mianowicie teoryi lepszéj koncentracji dźwięków przez regularne i dokładne ich odbicie. Teorya ta opiera się na następujących podstawach:

Jeżeli człowiek mówi w odkrytém polu, to dźwięki rozchodzą się na wszystkie strony; fale głosowe poruszają wciąż większe i większe masy powietrza, skutkiem czego bywa znaczne osłabienie mocy głosu. Z fizyki wiadomo, iż moc głosu zmniejsza się, *ceteris paribus*, w odwrótnym stosunku kwadratów z odległości. I to łatwo zrozumieć. Moc dźwięków należy od siły, z którą fale głosowe wstrząsają błonę bębenkową naszego ucha. Pierwotna siła, która wprawia powietrze w drgania, nie może zachować się w odkrytém polu w jednym stopniu, bo rozchodząc się we wszystkich kierunkach

powinna działać na masy powietrza wciąż większe i większe, rosnące w stosunku kwadratów z odległości. Czém więcej cząstek wprowadza ona w ruch, tém słabszy ruch powinien być każdój z nich. Jest jednakże środek zachowania mniej więcej siły dźwięków, tak iż na wielkiej odległości będą się one dawać słyszeć z taką prawie siłą, jak u źródła. Dla tego należy tylko przeszkodzić zbytecznemu rozejściu się dźwięków, za pomocą rury, której ścianki dokładnie odbijają fale głosowe. Słuchacz stojący w kierunku téj rury lub trąby, albo znajdujący się w komunikacji z ciałem dźwięki wydającym za pomocą rurki, której długość może być nawet bardzo znaczną, słyszy i rozróżnia bardzo jasno najłżejsze szmery. To zależy od tego, iż w równej cylindrycznej rurce z mocnymi regularnie odbijającymi ściankami, dźwięki przechodzą stopniowo na warstwy powietrza jednakowej masy, które nie powiększają się w stosunku kwadratów z odległości, jak to ma miejsce w odkrytym polu. I tak dwa warunki są potrzebne dla przeprowadzenia dźwięków na wielkie odległości, z jak najmniejszą utratą mocy: 1) głosowe fale powinny zostawać w pewnym stopniu koncentracji w skutek odbijania regularnego ścianek i 2) powinny działać na masy powietrza nic niezwiększające się lub mało co powiększające się z odległością.

Dwa te warunki w normalnym stanie płuc wypełnione są tylko w krtani i tchawicy, a w części i w głównych oskrzelach; z tego powodu części te kanału powietrznego mogą być porównane do trąby morskiej; z tych względów i szmer krtaniowego oddechu, który się formuje w krtani daje się słyszeć jeszcze dosyć dokładnie w wielkich oskrzelach, z bardzo małą utratą mocy. Małe oskrzela nie przedstawiają już warunków sprzyjających dla dobrego przeprowadzenia oddechu krtaniowego, ścianki ich cienkie, miękkie i pozbawione chrząstek nie odbijają fal głosowych tak dokładnie, jak ścianki na przykład tchawicy, fale te łatwiej z tego powodu przechodzą nazewnątrz i nie zostają tak skoncentrowanymi, jak w tchawicy. Oprócz tego, powinny one poruszać coraz większe masy powietrza w miarę przybliżania ku peryferii płuc, ponieważ światło wszystkich małych oskrzeli razem wziętych daleko bez porów-

kania większe od światła większych oskrzeli, a tém bardziej tchawicy lub krtani. Skutkiem tego krtaniowy oddech przy auskultacji zdrowych piersi nie daje się słyszeć a tylko pęcherzykowy, który formuje się bezpośrednio w pęcherzykach płucnych i z łatwością z powodu swojej bliskości dochodzi do auskultującego ucha.

Patologiczne stany płuc, przy których krtaniowy oddech słycać w piersiach, zmieniają te niesprzyjające dla koncentracji dźwięków warunki: ścianki oskrzeli, wskutek mniej więcej twardych depozytów jak w nich samych, tak i w periferii tężeją, stają się zdawnymi do regularnego i dokładniejszego odbicia dźwięków; jamy, komunikujące się z tchawicą i krtanią i mające mniej więcej gładkie ścianki, okazują także warunki dobrej koncentracji dźwięków i dla tego wydają także krtaniowy oddech. I tak, widzimy, iż wskutek wiadomych, wyżej wyszczególnionych patologicznych processów, szmer, sformowany w krtani, dostaje się przez powietrze dróg oddechowych do płuc, zachowując prawie całkowicie moc swoją, lub też utracając niewiele z niej i to daje początek krtaniowemu, czyli tak zwanemu oskrzelowemu oddechowi w płucach.

Oprócz tego najczęstszego i najwycyzajniejszego sposobu powstawania krtaniowego oddechu, Wintrich przyjmuje jeszcze dwie drugie możebności: 1) przez oskrzele niecałkowicie zwątrobiałej części przechodzi prąd powietrza bardzo słaby, mogący jednak sprawić szmer samodzielny i jest oskrzelowy oddech; 2) w tych przypadkach, gdzie jakikolwiek zraz płuca uległ całkiem zwątrobieniu, oskrzele weń wchodzące, nie zawiera podług Wintricha, (który na ten raz wstępuje w ślady Szody i innych) ruchomego powietrza; ale prąd przechodzący mimo odkrytego otworu tego oskrzela w czasie inspiracji lub expiracji, może wzbudzić w nim pewne drgania, na podobieństwo wiatru świszczącego w dziurkę od klucza. Ponieważ dowiedliśmy, iż istnieje stały tok powietrza w takich oskrzelach, to dla nas oba te przypadki zamieniają się w jeden, i my zgodnie ze swym sposobem zapatrywania się, powinniśmy tylko zadać sobie pytanie: czy dosyć silny

jest ten tok powietrza w patologicznych przypadkach, aby wywołać samodzielne drgania? Pytanie to rozstrzygnięto już w pierw (V) przecząco, i przeto pozostaje nam poddać pod rozbiór tylko tłumaczenie Wintricha a sposobu najzwyczajniejszego powstawania krtaniowego oddechu w piersi, to jest przez przeprowadzenie tego szmeru od krtani do oskrzeli lub jam i ztamtąd do ucha auskultującego pierś. Już samo podobieństwo nadzwyczaj silne i rażące, szmeru, który słyszymy z tych patologicznych przestrzeni ze szmerem, tworzącym się w krtani, przekonywa nas, że źródło ich jedno i to samo. Prócz tego nie można nie zgodzić się z Wintrichem, że dźwięki rozchodzą się na większe przestrzenie i daleko mniej przytępiają swoją moc, im działają na mniejsze masy powietrza, i im lepsze, regularniejsze ma miejsce odbicie ich od ścianek w komunikujących rurkach, jak to bywa np. przy patologicznym stężeniu oskrzelowych ścianek. Pytanie zatem może być zrobione tylko takie: czy dostateczne są te warunki lepszej koncentracji dźwięków dla tego aby dał się słyszeć krtaniowy oddech w płucach, czy nie? Spostrzeżenia dokładne chorych za życia, porównane z pośmiertnym badaniem zmuszają nas do odpowiedzi zaprzeczającej. Gdyby warunki teorii Wintricha były dostateczne, to mybyśmy daleko częściej słyszeli krtaniowy oddech z jam. Zdarza się jednakże najlepszym auskultatorom znaleźć jamę lub jamy w płucach na anatomicznym stole, jamy— za życia tylko podejrzywane, lecz nie odkryte za pomocą auskultacji. Chociaż to zdarza się i w gruźlicy płucnej, gdzie częstokroć bywają rozpoznane jamy w szczytach płuc, a po śmierci prócz tych, odkrywają się jeszcze inne w zrazie środkowym płuc, lecz ja mam tu na myśli szczególnie jamy w gangrenie płuc. Zdarza się mianowicie dyagnostykować gangrenę płuc i szukać na próżno ja my, jeżeli tylko była ona tak małą, że niewydawała oddźwięku metalicznego. W takich wypadkach zdarza się niekiedy po śmierci znaleźć jamę ze ścianami stężalnymi i dość gładkimi, z oskrzelami dużymi, za pomocą których komunikuje się ona z krtanią. Warunki niezbędne według teorii Wintricha istniały, a krtaniowego oddechu nie było słychać

przy kilkakrotnie ponawianém badaniu chorego przed śmiercią. Od przerwania komunikacji koreczkiem z organicznej materji (śluz, ropa i t. d.) nie mogło to zależeć, gdyż najmocniejszy kaszel nie wpływa nic na ukazanie się pożądanego zjawiska i przytém przy wielokrotném badaniu w rozmaite pory dnia i w rozmaitej pozycji zawsze są jedne negatywne rezultata. Jeżeli w takich razach zwrócimy uwagę na sąsiedni miąższ płuc, to znajdziemy stężałe ścianki jamy otoczone tkanką płuc normalną lub w lekkim hyperemicznym stanie znajdującą się, a między jamą i uchem auskultującego położoną. To mimowolnie naprowadza nas na myśl złego przepuszczenia dźwięków przez normalny miąższ płucny a to tém pewniej, iż przy tych samych poprzednich warunkach, krtaniowy oddech dawał się za życia przy auskultacji piersi słyszeć, jeżeli tylko między jamą, a uchem auskultującego był stężały, mniej więcéj zwątrobiały miąższ. Nie w nim pouczające są dla nas te zdarzenia, w których zapalenie płuc rozwija się w okolicy korzenia płuca (*radix pulmonum*) z jednej jakiegokolwiek strony. Proces chorobowy może w takich razach zająć bardzo małą przestrzeń (bardzo małą część jednego zrazu płuca), a oddech krtaniowy pomimo tego, może być i przytém bardzo mocny, jeżeli tylko zwątrobiała część płuc znajdowała się między główném oskrzelem a uchem auskultującego. Jak skoro zaś zwątrobiecie rozchodzi się to jest przechodzi, to i krtaniowy oddech niknie. Teorya Wintricha, to jest teorya lepszéj koncentracji dźwięków za pomocą regularnego ich odbicia jest niedostateczną dla objaśnienia podobnych faktów, bo jeżeli tu na pewnej małej przeszerzeni ścianki głównego oskrzela (które według Wintricha i w stanie normalnym dobrze odbijają dźwięki) tężeją wskutek zwątrobiecia tkaniny otaczającej i dla tego regularniej, dokładniej odbijają dźwięki w dół, to te okoliczności powinny wpływać na wzmocnienie szmerów w obwodzie płuc z przodu lub z boku, kędy skierowują się odbite fale głosowe. Jeżeli zaś część tych ostatnich zachodzi w malutkie oskrzele prowadzące do drobnego zwątrobiałego kawałka płuc, to to nigdy nie może objaśnić stopnia, znacznej mocy krtaniowego oddechu. Ucho

nasze jasno rozróżnia, iż donośny szmer pochodzi z wielkiego oskrzela, zostającego w bezpośredniej komunikacji z tchawicą i krtanią. To naprowadza nas pomiwołnie na myśl, iż mały zwątrobiały kawałeczek płuc, znajdujący się między ścianką głównego oskrzela a uchem naszym, odegrywa rolę przewodnika dźwięków, a przynajmniej lepszego przewodnika, aniżeli normalny miąższ płucny.

Teraz wypada nam przejść do szczegółowego rozpatrzenia téj najważniejszej dla teoryi krtaniowego oddechu kwestyi, która u nas utworzyła się, iż tak powiemy, jednocześnie z przeświadczeniem o niedoskonałości teoryi *W i n t r i c h a*.

VIII.

Myśl, iż stężały miąższ płucny lepiej od normalnego, powietrze zawierającego, przepuszcza dźwięki, i że ta własność stanowi ważny warunek utworzenia się krtaniowego oddechu w płucach, była wypowiedzianą najpierw przez *Laënnec'a*, i rzecz można, urodziła się razem z odkryciem samego zjawiska, to jest krtaniowego oddechu. *Szko da*, szukając wszędzie fizycznych podstaw dla wyjaśnienia zjawisk auskultacyjnych zwrócił uwagę na to tłumaczenie *Laënnec'a*, i zaprzeczył mu stanowczo, a natomiast starał się uzasadnić teoryę swoją współdzięczenia. Przekonaliśmy się jednak wyżej, iż teorya ta mająca połysk tylko złudny ścisłości fizycznej, jest w gruncie fałszywą, i to nas tém mocniej zwraca ku rozpatrzeniu krytycznemu spornej kwestyi. Rzecz sama z siebie jest nadzwyczajnie jasną i dostępną, rzecz można, dla obserwacyi każdego. Któż nie uważał naprzykład, iż przy nasięku gruźliczym (*infiltratio tuberculosa*) w szczycie płuc, słyszymy tam przy auskultacyi tak doskonale tony arteriae subclaviae (a może arteriae pulmonalis?), jak to nigdy nie bywało u tego człowieka przed chorobą? a więc płuco stężałe w skutek infiltracyi gruźliczej, musi z większą łatwością przepuszczać dźwięki. Podobnież, któż nie obserwował przy zapaleniu płuc, zajmującym np. zraz prawy dolny i średni, rozejście się tonów serca w stronę prawą klatki piersiowej i w tył,

niekiedy do samej łopatki? Kogo nie zastanawiało, iż guzy w jamie brzusznej na aorcie spoczywające mogą być wielkiej objętości, a pomimo to doskonale przepuszczają tony aorty wówczas, gdy cieńsza warstwa kiszek napełnionych gazem i płynną materią sprawia zmniejszenie całkowite lub częściowe mocy tych tonów? Jak tu, tak i tam warunki są jednakowe: stężałe płuco lub gaz w brzuchu przedstawiają ciała zbite, jednorodne i jako takie muszą lepiej przepuszczać dźwięki, kiedy w płucu normalnym lub w brzuchu kiszkami napełnionym, dźwięki muszą przechodzić przez warstwy niejednostajne, wciąż zmiennej konsystencji: to przez warstwę powietrzną (pęcherzyki płucne, gaz w kiszkach), to przez warstwę stałą (miąższ płuc, ścianki kiszek), to przez warstwę płynną (chymus w kiszkach), to znowu przez warstwę powietrzną (nowe pęcherzyki płucne, gaz w następnej kiszce), i t. d. bez końca i miary. Wiadomo zaś, iż nic tak bardzo nie tamuje drogi dźwiękom, jak to przechodzenie z ciał płynnych lub gazowych do stałych i odwrotnie. Przy każdym takim przejściu utracą się niezmiernie wiele na mocy dźwięków i dla tego dochodzą one niekompletnie lub nawet wcale nie dochodzą (1). A więc nie twardość tkanek jest przyczyną lepszego przepuszczania dźwię-

(1) Wieleby można przytoczyć dowodów z fizyki na poparcie tego twierdzenia. Tak słyszymy bardzo słabo lub wcale nawet nie słyszymy dźwięków w 2m pokoju oddzielonym od nas ścianą. Jak tylko otworzymy drzwi i damy możność bezpośredniego przejścia do nas dźwięków przez powietrze, natychmiast słyszymy lepiej, choć przestrzeń oddzielająca nas od źródła dźwięków została ta sama, a to dla tego, że dźwięki nie przechodzą już od powietrza (ciała gazowego) do ściany (ciała stałego) i następnie znowu do powietrza. Tak samo, gdy jesteśmy pogrążeni w wodzie nie słyszymy szmerów w powietrzu nad nami rozlegających się; gdy się zaś dwa kamienie w wodzie ścierają, słyszymy szmer ten wyraźnie, a nie będziemy go słyszeć wylazszy z wody. Wszystko to dowodzi, że dźwięki z wielką trudnością z ciał stałych przechodzą do gazowych lub płynnych i odwrotnie z płynnych do gazowych lub stałych, a fizyka nas uczy, iż to jest bardzo naturalnym następstwem częściowego odbicia fal głosowych przy każdym takim przejściu z jednego ciała do drugiego, odbicia, przy którym odbite fale głosowe mogą być uważane za stracone dla naszego ucha.

ków w pomienionych patologicznych przypadkach lecz, większa jednostajność, jednorodność ich składu. Z tego stanowiska zapatrując się na kwestyę lepszego przepuszczania dźwięków przez stężoną tkankę płuc, usuwamy razem wiele zarzutów Szkoły przeciwko teorii Laënneca, gdyż zarzuty te są skierowane przeciwko roli, jaką odegrywa jakoby twardość tkanek. Czy Laënnec miał jednak na względzie twardość czy jednorodność, jako warunek lepszego przepuszczania dźwięków przez tkanki stężone, o tém nie możemy wiedzieć, a prawdopodobnie i sam Laënnec nie wiedział, gdyż jak widzieliśmy, nie wchodził on w szczegółowe tłumaczenie zjawiska, a powiedział tylko ogólnie, że stężone płuco staje się lepszym przewodnikiem dźwięków (Laënnec, l. c. p. 73). Narzucenie więc Laënnecowi myśli o tém, iż ciała twarde lepiej przepuszczają dźwięki (1) jest nieusprawiedliwioném. Mógł mieć Laënnec myśl podobną, mógł jej nie mieć, w każdym razie są to pojęcia które zaczęły się wykluwać daleko później w naszych czasach, i żadnego z tych zdań przypisywać mu nie można, gdyż to z nauki jego bezpośrednio nie wypływa. Chcąc bardziej uwidocznic ten swój zarzut rzuca kwestyę Szkoła: dla czego do auskultacyi używamy stetoskopu, to jest cylindra wydrążonego, a nie wałka drewnianego? Tém pytaniem wciąż narzuca Szkoła, Laënnecowi myśl o lepszym przeprowadzaniu dźwięków przez ciała stałe i porównywa niejako stetoskop do płuca zdrowego a wałek do płuca zwątrobiałego. Porównanie atoli takie nie jest słuszném, bo jeżelibyśmy jeszcze znajdowali jakie odległe podobieństwo między wałkiem a płucem zwątrobiałym, to dla znalezienia czegoś analogicznego podobnego do płuca normalnego, powinniśmy zrobić taki

(1) Co się tyczy téj kwestyi: czy ciała twarde stałe lepiej to jest z mniejszą utratą mocy przepuszczają dźwięki czy ciała gazowe, to słuszenie zauważył Szkoła, że fizyka experimentalna nie dość nad nią się zastanowiła i w tym względzie pewnych wiadomości nie dała. Nie ma tu mowy, ma się rozumieć o szybkosci rozchodzenia się dźwięków w ciałach stałych lub płynnych i gazowych, gdyż to zadanie rozstrzygnęła już fizyka na korzyść pierwszych, a przynajmniej niektórych z nich.

stetoskop, w którymby za warstwą powietrzną następowala warstwa drzewa, następnie znów warstwa powietrza i t. d., to jest, stetoskop z wewnętrznymi przegródkami. Taki stetoskop niezawodnie przeprowadzałby gorzej jeszcze dźwięki, aniżeli wałek drewniany, i dla tego nie dziw, iż nikomu nie przyszło do głowy coś podobnego urządzić, gdyż nie odpowiadałoby to wcale swemu celowi.

Przykłady powyższe patologiczne dostępne spostrzeżeniu każdego niezależnie od teoretycznego nawet rozpamiętywania, przekonają nas o lepszym przeprowadzaniu dźwięków przez ciała stężale, jednorodne, aniżeli przez ciała lub organa, złożone z ciał gazowych i stałych lub płynnych zarazem i przedstawiające przeto wielką różnorodność składu pod względem fizycznym. Poprzestalibyśmy na tych dowodach wziętych z spostrzeżenia niemal codziennego, na tych rzecz można, przez naturę samą wykonanych doświadczeniach, gdyby nie uwaga na wielkie znaczenie i rozpowszechnienie opinii Sz k o d y. Autor ten używa jeszcze dziś tak wielkiej powagi, szczególnie w południowych Niemczech i u nas, zarzuty jego przeciwko zdaniom L a ë n n e c'a wymierzone tak są dzisiaj jeszcze wysoko stawione i w podręcznikach perkussyi i auskultacyi powtarzane, iż nie mogliśmy się na jednem spostrzeżeniu zatrzymać i celem usunięcia wszelkich wątpliwości robiliśmy doświadczenia z kawałkami płuc, wyjętych z trupa. S z k o d a robił w tym celu także doświadczenia, lecz rezultata jakie on otrzymał, po dokładnem i zbadaniu rzeczy, utraciły dla nas wszelkie znaczenie z powodu niedokładności w samym sposobie experymentowania. Rzecz dziwna, iż do dziś dnia żaden z autorów powtarzających literalnie prawie jego wyrazy w kwestyi nas interesującej, nie zadał sobie pracy rozpatrzyć, wśród jakich warunków były dokonane doświadczenia S z k o d y; ledwie nie każdy z nich niewolniczo za S z k o d ą powtarzał jego wniosek, iż „zwątrobiałe płuco gorszym jest przewodnikiem dźwięków od normalnego“ (1). Rozpatrzmyż więc jakie doświadczenia upoważniały S z k o d ę do tego wniosku.

(2) S z k o d a, l. c. pag. 53.

Doświadczenia swoje robił on w ten sposób, iż do płuca z trupa wyjątego, ktokolwiek przykładał stetoskop i weń mówił; drugi zaś badacz w tym samym czasie auskultował za pomocą stetoskopu, przykładanego do drugich miejsc tego samego płuca w pewnych odstępach od pierwszego. Jeżeli brać płuco zdrowe i następnie zaraz płuco zwątrobiałe dla porównawczych doświadczeń, to według Sz k o d y okazuje się, iż na płucu zwątrobiałym zawsze stetoskopy powinny być bardziej zbliżone, dla tego aby głos z jednego stetoskopu dochodził do drugiego; w normalnym płucu przeciwnie, odległość między stetoskopami może być większą, to jest głos dochodzi na większej przestrzeni, a więc normalne płuco jest lepszym przewodnikiem. Nie mówiąc już o tém, że Sz k o d a nie oznacza w pewnych cyfrach, jak wielka była odległość w jednym i drugim razie, co podaje w wątpliwość dokładne zmierzenie, nie zwracając uwagi na inne pewniejsze usterki (jako np. niewymienienie dokładnej liczby podobnych doświadczeń i t. p.) nie możemy się jednak nie zastanowić nad jedną okolicznością, która cały rezultat doświadczenia podaje w wątpliwość; mianowicie, źródłem głosu jest człowiek mówiący w stetoskop, głos zaś ludzki może ulegać pewnym zmianom w mocy tym bardziej nieuniknionym, gdy się mówi tak niewygodnie (w ciasny otwór stetoskopu); pomimo więc najlepszych chęci, musiał być to silniejszym, to słabszym, w pewnych, wprawdzie ciasnych granicach, dostatecznych jednakże dla wprawienia w błąd auskultującego, który mógł chwilowo słabszy głos mówiącego przypisać gorszemu przeprowadzeniu dźwięków przez organa, z którymi robiono doświadczenia. Z drugiej strony, kto robił podobne doświadczenia, przekonał się, jak dalece płuca, czy zdrowe, czy chorobą zmienione są złymi przewodnikami dźwięków w porównaniu z powietrzem lub wodą; przekonał się, iż otwory obydwóch stetoskopów musiały w doświadczeniach takich być bardzo blisko siebie (jak blisko, nie wiemy, gdyż Sz k o d a nie podaje odległości w żadnym doświadczeniu), a więc źródło głosu musiało być bardzo blisko ucha auskultującego, co mogło dawać częstokroć powód do usłyszenia głosu inną drogą, jak przez płuca, to jest bezpośrednio przez

powietrze, i ztąd udaremnić lub zrobić niepewnym rezultat doświadczeń.

Uważając z tych względów doświadczenia S z k o d y za niedostateczne dla rozstrzygnięcia stanowczego kwestyi i starając się usunąć te warunki, które w wątpliwość podały w umyśle moim rezultat tych doświadczeń, zastąpiłem w moich doświadczeniach głos człowieka żywego, ulegający mimowolnym zmianom, chodem (*ganiem*) zegarka, nadto starałem się umieścić ten zegarek jak można dalej od ucha auskultującego i otoczyć go złymi przewodnikami, aby bezpośrednio przez powietrze najmniej dźwięków dochodzić mogło. Kładłem więc zegarek na stół marmurowy (marmur jest daleko gorszym przewodnikiem od drzewa) sekcyjny (1), otaczałem go watą po bokach, a na zegarek z wierzchu watą niepokrytą, kładłem talerz z kawałem zwątrobiałego lub téż (następnie dla porównania) powietrza zawierającego płuca. Oba kawały miały zawsze jednakową grubość. Nie mogę się pochwalić zbyt wielką liczbą podobnych doświadczeń, tak jak S z k o d a (2) i materyał i czas po temu skąpo tylko mogłem zużytkować; sądzę jednak, że 3 doświadczenia, wśród warunków ściśle określonych, dają mi prawo pewne robić wnioski, tém bardziej gdy rezultata ich były zgodne

W 1	doświadczeniu	użyte	kawałki	płuc	miały	po	3	cent.	grub.
w 2	„	„	„	„	„	„	2 1/2	„	„
w 3	„	„	„	„	„	„	3 1/2	„	„

W każdym z tych doświadczeń dźwięki gangu zegarkowego przechodziły przez talerz i płuca do stetoskopu, za pośrednictwem którego dostawały się do ucha. Gdy talerz zawsze jeden i ten sam pozostawał, równie téż jak i stetoskop, gdy nadto w każdym doświadczeniu użyte jeden po drugim kawałki płuca miały jednakową grubość, (którą przed położeniem na talerz zawsze starałem się zrównać przez zerżnięcie warstw grubszego, to jest zwątrobiałego płuca), różnica więc mocy dźwięków zegarka, które przez stetoskop słyszałem, nie mogła od niczego zależeć, jak tylko od składu płuc raz jedno-

(1) Doświadczenia te robiłem w Wiedniu.

(2) „Sehr oft wiederholte Versuche der Art“ i t. d.

rodnego (płuco zwątrobiałe), drugi raz niejednakowego, różnorodnego (płuco powietrze zawierające). Przez pierwsze kawałki zawsze lepiej, wyraźniej, mocniej słyszałem chód zegarka, jak przez drugie. Dodać jednak muszę, iż różnica nie jest bardzo znaczna: i iż jak chorobliwe, tak i zdrowe płuca powinny być w ogólności zaliczone do rzędu złych przewodników głosu, a przynajmniej są daleko gorszymi od atmosferycznego powietrza, gdyż po zdjęciu płuc, chód zegarka słychać było bez porównania lepiej, gdy dźwięki dochodziły przez jedno tylko powietrze, chociaż odległość od ucha była bez porównania znacznieszą (40-30 cent.).

IX.

Spostrzeżenia na chorych i doświadczenia z płucami po śmierci wykonane, a wyżej (VIII) opisane, zdają się niewątpliwie przemawiać na korzyść lepszego przeprowadzania dźwięków przez płuca stężałe, powietrza nie zawierające i zdają się usuwać wszelkie w tym względzie wątpliwości. Uważamy więc te dowody za dostateczne. Z tém wszystkiém nie możemy na tém poprzestać, lecz musimy jeszcze wejść w rozbiór zarzutów niektórych, przeciwko opinii przez nas bronionój wymierzonych, a to dla tém lepszego ugruntowania nauki, mianój przez nas za prawdziwą, a razem dla bardziej wielostronnego zbadania i osądzenia wszelkich konsekwencji z zastosowania jój wynikających.

Jeden z pierwszych i najważniejszych zarzutów tu odnoszących się był ten, iż gdy oskrzele wchodzące w zraz zwątrobiały płuca ulegnie przypadkowo zatkaniu (śluzem np. lub krwią), krtaniowy oddech ginie natychmiast i nie prędkój wraca, aż koreczek ten zostanie usunięty. Perkussya i inne symptomata przekonywają nas, iż nic się nie zmieniło w stanie organu chorobą dotkniętego przez cały ten czas. Właściwości fizyczne jego musiały przeto być te same i gdy chory odkaslnie, oddech krtaniowy powraca z największą łatwością. S z k o d a mniema, iż fakta podobne są w sprzeczności z teorią o której mowa, dla tego, że płuco zwątrobiałe, zostając

w tych samych warunkach fizycznych, powinno było z taką samą łatwością przeprowadzać oddech krtaniowy na zewnątrz do naszego ucha, jak przed tém gdy koreczka nie było. Lecz ażeby płuco mogło przeprowadzić dźwięk jakikolwiek, powinien ten ostatni najprzód do niego się dostać. Jeżeli zaś oskrzele wchodzące w płuco zwątrobiałe jest zatkane, to organ ten nie dostaje nic do przeprowadzenia a zatem i żadnego dźwięku przeprowadzić nie może. Aby oddech krtaniowy dał się słyszeć, potrzeba najprzód, ażeby się on dostał do organu. chorobliwie zmodyfikowanego i ażeby ten ostatni potem w skutek bardziej jednostajnego pod fizycznym względem składu swego, lepiej, dokładniej go przeprowadził. Ten drugi warunek nie ustaje zapewne w skutek zatkania oskrzela, lecz pierwszy ustaje prawie całkowicie, a przynajmniej w znacznej części, bo szmer który się z krtani dostał, przechodzi tylko mimo zwątrobiałego płuca, weń nie wchodząc. Wcale się inaczej rzecz ma w razie swobodnej komunikacji. Szmer rozchodzi się za pomocą małych rozgałęzień (lecz nie najmniejszych) oskrzeli do nadzwyczaj licznych punktów płuc, w pewnym regularnym porządku; powierzchnia zetknięcia się głosowych fal z mięszem płucnym, jak słusznie zauważył Schweigger (1), jest bardzo wielką i dla tego te fale głosowe mogą działać całą swoją massą. Nakoniec musimy tu jeszcze uwzględnić i tę okoliczność, że dla dobrych nawet przewodników długość drogi, którą przebiegają fale głosowe, nie jest indyferentną, że i dobry przewodnik może znacznie osłabić głos, jeżeli stanowi niepomierne wielką bryłę i w ten sposób oddali źródło dźwięków od naszego ucha. Tém bardziej uwaga ta powinna być zastosowana do płuca zwątrobiałego, które jak widzieliśmy tylko stosunkowo do normalnego płuca jest lepszym przewodnikiem dźwięków, ale w poczet absolutnie dobrych przewodników zaliczonóm być nigdy nie może. W takiém ciele, jeden lub kilka centymetrów grubości mniej więcej już stanowi wielką różnicę, i dla tego nie dziw,

(1) Ueber die sog. konsonirenden Geräusche v. Schweigger w Archiwie Virchowa. 1857. XI.

że zatkanie głównego oskrzela, zmuszając fale głosowe (i to tylko z boku, częściowo) przechodzić przez grubszą warstwę zwątrobiałego płuca, musi zmniejszyć lub nawet znieść zupełnie ich moc i doniosłość. Jeżeli zaś komunikacja swobodna, to fale głosowe dochodzą do mniejszych nawet oskrzeli, działają z nich w całym obwodzie swego przebiegu na miąższ płuc stężyły i mniejszą warstwą tego ostatniego przechodzą dla wyjścia na zewnątrz i dojścia do naszego ucha.

Widzimy więc, że fakt chwilowego zniknięcia krtaniowego oddechu w zapaleniu płuc, w skutek zatkania ujścia głównego oskrzela, fakt sam z siebie słuszny, może być łatwo wytłumaczonym ze stanowiska teorii lepszego przeprowadzania dźwięków i że zatem nie tylko on jój nie obala, lecz służy ku lepszemu jój zrozumieniu.

Nie więcej znaczenia ma inny zarzut *S z k o d y* oparty na tém, iż sub pleuritide głos słabnie w miarę powiększenia się wysięku, tak iż nie słyszymy ani pęcherzykowego ani krtaniowego oddechu w pewnych miejscach klatki piersiowej przy większych wysiękach w opłucnej. *S z k o d a* widocznie narzuca tu *L a e n n e c' o w i* myśl, nigdy nie istniejącą, iż dźwięki tém bardziej wygrywają na mocy, im więcej jest ciała stanowiącego dobry przewodnik dźwięków (*wodnisty wysięk*). Zdanie takie gdyby istniało, byłoby całkiem niesłuszném, nienaukowym, niefizyczném. Przeciwnie zauważyliśmy już, że przewodnik najlepszy nawet traci w miarę powiększenia się swojej objętości, już i dla tego między innymi, że w tym samym stosunku oddala źródło dźwięków od ucha słuchacza. Oprócz tego, sub pleuritide natrafiamy jeszcze na inne warunki nieprzyjazne dla rozszerzenia się oddechu krtaniowego. Tak, w miarę powiększenia się wysięku płynnego, płuco z zawartemi w niem oskrzelami musi być odsuniętém od przedniej ściany klatki piersiowej, i gdy w samém płucu w skutek stężenia jego pod zewnętrznym uciskiem i w skutek ujednostajnienia składu już są warunki lepszego przeprowadzania krtaniowego oddechu, szmer ten napotyka z drugiej strony wielkie trudności w rozchodzeniu się naprzód; mianowicie z ciała twardego (ściśniętego, zbitego płuca) musi przejść do ciała

płynnego (wysiłek wodnisty), a potem znowu do ciała twardego (klatka piersiowa), a widzieliśmy już (VIII), iż taki przechód z ciał jednych do drugich nadzwyczajnie osłabia moc dźwięków. Nic więc dziwnego, że przy wielkich wysiękach w opłucnej, chociaż płyn wodnisty należy do rzędu dobrych przewodników, nie słyszymy częstokroć krtaniowego oddechu, auskultując nad wysiękiem, a tylko tam go słyszymy, gdzie nie ma on po drodze tych niepokonanych do zwalczenia przeszkód, jak np. z tyła, koło kolumny kręgowej.

Nakoniec, nie możemy nie poświęcić tu kilka słów tym doświadczeniom, które S z k o d a robił z niektórymi organami wyjętymi z trupa, jako to z kiszka, wątrobą, sercem i t. d. Kiszka napełniona powietrzem i zawiązana (gdy oprzeć stetoskop na jednym jej końcu i weń mówić, a auskultować drugą stetoskopem na drugim końcu kiszki opartym), dawała głos słaby, który całkiem znikł, gdy pomiędzy stetoskop a kiszka położono kawałek płuca lub wątroby, gruby na pół cala. Gdy zaś tę samą kiszka zanurzono całkiem w wodzie, głos w tych samych warunkach wydany i auskultowany okazał się mocniejszym. Podobnie głos był silny, gdy auskultowano serce do którego dźwięki dochodziły przez aortę mającą poprzednio zniszczone zastawki (valvulae semilunares), albo gdy auskultowano wyświdrowaną w wątrobie dziurę. S z k o d a porównywa kiszka zawieszoną w powietrzu do błoniastych oskrzeli rozgałęziających się w normalnych płucach. Kiszka zaś pogrążona w wodę ma reprezentować (również jak kanał w wątrobie, jak i serce z aortą) oskrzele zwątrobiałego płuca, w którym głos wzmacnia się przez współdzwiczanie. Fakta te dopuszczają jednakże prostsze tłómaczenie. Kiszka pogrążona w wodzie, dla tego aby mogła być utrzymaną pod wodą, powinna być mocno uciśnięta, powietrze w niej musiało być zgęszczone do wysokiego stopnia, jak w dzwonie nurków. Wiadomo zaś z fizyki, że zgęszczenie i rozrzedzenie powietrza mają ogromny wpływ na moc dźwięków. Pod dzwonem maszyny pneumatycznej, gdy powietrze rozrzedzamy, przestajemy słyszeć głos dzwoneczka w nim umieszczonego. Przeciwnie głos ten staje się mocniejszym, gdy powietrze zgęszcza

się. W doświadczeniu Szko dy z kiszką pod wodą znajdującą się mamy te same warunki. Głos przez stetoskop dochodzi do powietrza zawartego w tej kiszce i wprawia w drgania większą masę cząstek powietrza, aniżeli w kiszce zawieszonj nad wodą, z powodu większego zgęszczenia większej liczby tamtych. Nic więc dziwnego, że auskultując przez stetoskop drugi koniec kiszki, słyszymy tam głos mocniejszy, wyraźniejszy. Że głos przez kiszkę w powietrzu zawieszoną nie dochodził do ucha auskultującego, gdy między nią a stetoskop położono kawałki płuca lub wątroby, to i w tém nic dziwnego nie ma, gdyż głos ten jak sam Szko da uważa, już był słaby, nim położono te organa, które, jak już widzieliśmy nie należą do zbyt dobrych przewodników dźwięków. Głos mocniejszy jeszcze mógłby zwalczyć te przeszkody, ale nie głos słaby. Doświadczenie to miałoby znaczenie zarzutu przeciwko teorii lepszego przeprowadzania dźwięków, gdyby kawałki zwątrobiałego płuca położone na kiszkę tłumily głos zupełnie, a płuco powietrze zawierające przepuszczało. Tak jednak nie było, a jak z naszych doświadczeń wypływa, tak być nie mogło. Doświadczenia więc wykonane z kiszką przez Szko dę ani obalają teorii przepuszczania dźwięków przez stężale organa, ani téż nie uzasadniają teorii współdźwięczenia.

Co się zaś tyczy mocy głosu w kierunku kanału wyświdrowanego w wątrobie, lub w sercu, gdy ktoś mówi w aortę; to fakta podobne tłumaczą się bardzo prosto na zasadzie rozchodzenia się głosu w trąbie morskiej, lub lepiej jeszcze w rurkach komuunikujących, gdzie massy powietrza nie rosną w stosunku kwadratów z odległości, jak to ma miejsce w odkrytém polu. Żadnej więc przyczyny nie ma tłumaczyć fakta te współdźwięczeniem, jak to robi Szko d a, wprowadzając bez potrzeby pojęcia nie dość jasno u niego określone, i gmatwając w ten sposób i zaciemniając najprostsze rzeczy.

X.

Zadanie nasze zbliżyło się ku końcowi.

Rozbiór krytyczny teorii oddechu krtaniowego zapoznał nas z okolicznościami, wśród których ten szmer daje się sł-

szeć w piersiach, i dał nam elementa dla jasnego i dokładnego pojmowania rzeczy.

Rozbiór ten doprowadził nas do tego samego wniosku jaki był wypowiedziany z początku (V), to jest, iż *Laënnec* w krótkich słowach dał tłumaczenie zjawiska bliższe prawdy, aniżeli tłumaczenia i teorye późniejsze.

Powiedzieliśmy: „bliższe prawdy,“ a nie „zupełnie prawdziwe“ i teraz należy się nam z tego wytłumaczyć.

Dla tego przypomnijmy sobie ten krótki, a często przez nas cytowany ustęp z dzieł *Laënnec'a*: „Oddech krtaniowy, mówi on, jeden tylko daje się słyszeć, gdy ucisk zewnętrzny lub stężenie tkanki płucnej nie dopuszczają powietrza do pęcherzyków płucnych. Jest on tém mocniejszym, iż tkanka stężała płuc staje się lepszym przewodnikiem dźwięków.“

W tém tłumaczeniu widzimy dwie myśli. Ostatnia o lepszym rozchodzeniu się dźwięków w płucu stężałem, jak już staraliśmy się dowieść (VIII i IX), okazała się najsłuszniejszą, najprawdziwszą, pomimo różnorodnych zarzutów, i wykazuje dziwną przenikliwość umysłu, świadczy o geniuszu *Laënnec'a*.

Inaczej się rzecz ma z pierwszą myślą, czy też z pierwszą częścią tłumaczenia. Każe ona przypuszczać, iż w stanie normalnym płuc, szmer pęcherzykowy przytłumia zupełnie szmer w oskrzelach miejsce mający, i że ten ostatni dla tego jeden na jaw wychodzi w przypadkach patologicznych, iż pierwszy (to jest oddech pęcherzykowy) ginie z powodu, iż powietrze nie dochodzi do pęcherzyków płucnych.

Tak jednak nie jest.

Szmer mniejszej mocy nie może przytłumiać szmeru silniejszego, jakim jest ten, który słyszymy z oskrzeli, to jest oddech krtaniowy. Gdyby te dwa szmery w normalnym stanie płuc istniały razem, słyszelibyśmy przy auskultacyi piersi, szmer mający przeważnie charakter szmeru oddechu krtaniowego. Tak w przypadkach zwężenia krtani, słyszymy w niektórych miejscach piersi, w jakich powietrze bez najmniejszej wątpliwości wchodzi w pęcherzyki płucne, tylko oddech krtaniowy; szmer zaś pęcherzykowy stłumiony bywa do zupełnego zniknięcia.

Z drugiej strony, liczne spostrzeżenia u chorych przekonują nas, że zniknięcie szmeru pęcherzykowego nie jest jeszcze koniecznym warunkiem dla tego, abyśmy usłyszeli szmer z oskrzeli. I tak, niejeden z nas w rozedmie płucnej (*emphysema pulmonum*) lub w pierwszych początkach gruźlicy (*tuberculosis pulmonum*), w szczycie płuc przy najstraszniejszej auskultacji nie słyszał prawie żadnego szmeru, a przynajmniej mocno osłabiony szmer pęcherzykowy bez jednoczesnego wystąpienia szmeru choćby słabego, podobnego do krtaniowego oddechu.

Wyżej (III), mówiąc o tworzeniu się szmeru w krtani i o rozchodzeniu się jego w dół, w tchawicę i oskrzela, zauważyliśmy już, że szmer ten osłabia się cokolwiek w wielkich oskrzelach, a w małych zupełnie ginie. Staraliśmy się tam także wyjaśnić przyczyny takiego zniknięcia. Zależą one, jak widzieliśmy, na rozproszeniu dźwięków w małych oskrzelach nie będących już wcale dobrymi ich izolatorami, i zaginięciu ostatecznym w normalnym miększu płuc będącym złym przewodnikiem dźwięków. Lecz, co do tego ostatniego punktu, doświadczenia na płucach wyjętych z trupa, przekonały nas, że tak wielka różnica nie zachodzi między powietrze zawierającym a stężalnym płucem. A więc teoretycznie przypuścić należy, iż gdy płuca są w normalnym stanie, krtaniowy oddech może dać się słyszeć przy auskultacji piersi, skoro szmer ten będzie nad miarę wzmocniony u źródła swego. Spostrzeżenia liczne u chorych najzupełniej stwierdzają ten wniosek: widzieliśmy bowiem, iż w pewnych razach zwężenia krtani, gdy szmer staje się tam silniejszym, daje się on słyszeć nawet przy auskultacji piersi. A nawet w stanie normalnym płuc i krtani, u człowieka zdrowego szybkie i silne oddychanie może wywołać czasowo krtaniowy oddech w płucach w tych miejscach, co i przy laryngostenosis. Z tego wypływa więc, iż dwa są główne sposoby powstania krtaniowego oddechu w płucach:

1. *Płuca są normalne, lecz szmer tworzący się w krtani przy oddychaniu wzmocniony jest w źródle swoim do takiego stopnia, iż pokonywa z łatwością przeszkody, które*

rozchodząc się napotyka na drodze do ucha auskultującego klatkę piersiową. W ten sposób tłumaczy się oddech krtaniowy, jaki bywa w 4ej grupie chorób, wyliczonych wyżej (IV), jak na przykład sub laryngostenosis i t. d.

2. *Szmer jest w źródle swoim normalnej, mniej więcej mocy, lecz przeszkody w rozejściu się jego po płucach i dojściu do ucha auskultującego piersi, zmniejszają się,* to jest rozproszenie dźwięków jest mniejsze w małych oskrzelach, i mięsz płuc cokolwiek lepszym się staje przewodnikiem dźwięków. W ten sposób tłumaczy się krtaniowy oddech przy stężeniach płuc (zwątrobieniu, uciśnieniu) i przy jamach płucnych, to jest w ogólności przy chorobach należących do 3ch pierwszych grup z krtaniowym oddechem (IV) (1).

Oto są w najgłówniejszych i najogólniejszych zarysach przyczyny krtaniowego oddechu w płucach! Na tych podstawach łatwo jest wytłumaczyć sobie obecność tego szmeru w każdym spostrzeganym przypadku. Nie wchodzimy więc w szczegóły, jak np. komunikacja oskrzeli lub jamy z krtanią, położenie powierzchowne jamy płucnej lub otoczenie jej lepszym przewodnikiem (2), i t. d., gdyż to są warunki podrzędne, wpływające bezpośrednio z tych dwóch głównych, zasadniczych. Nie możemy jednak nie zwrócić uwagi na ten ostateczny rezultat, do którego poszukiwania nasze doprowadziły, iż *szmer krtaniowego oddechu w żadnym razie, w żadnym przypadku nie tworzy się samoistnie w płucach, lecz zawsze dochodzi tu tylko z krtani lub w ogólności z części kanału powietrznego wyżej leżącej.* Już sam akustyczny charakter tego szmeru, jednakowy jak w płucach tak i w krtani, upoważniały nas do przyjęcia a priori takiego zdania; dla większej jednak pewności, woleliśmy dojść do tego wniosku drogą dłuższą, ale niepozostawiającą żadnej wątpliwości, drogą roztrząsania przyczyn tworzenia się jego w piersiach.

(1) Co się zaś tyczy fizyologicznego krtaniowego oddechu, to był on dostatecznie objaśnionym wyżej (III).

(2) Zresztą te drugorzędne warunki były opisane w swoim miejscu, przy wyliczeniu chorób, w przebiegu których krtaniowy oddech zwykle się ukazuje (IV).

Skoro tak jest, skoro szmer ten rzeczywiście jest tylko przeprowadzony z wyż leżących części kanału powietrznego, mianowicie z krtani, tedy *oddech krtaniowy lub laryngealny (respiratio laryngealis)* jest najlepszą nazwą dla tego akustycznego zjawiska, i dla tego nie wahaliśmy się położyć ją na czele niniejszego artykułu. Nazwa: *oddech oskrzelowy*, używana w tym celu do dziś dnia powszechnie szczególnie u Niemców (bronchiales Athmen), daje już i dla tego fałszywe wyobrażenie o tym szmerze, iż daje się on słyszeć nie tylko z oskrzeli, ale i z jam płucnych, jak to widzieliśmy. Była ona stosowną u L a ë n n e c'a (respiration bronchique), który oddzielał od niej oddech jamy (respiration caverneuse); ale, łącząc te dwa pojęcia w jedno, za przykładem S z k o d y, nie możemy i nie powinniśmy, jak mi się zdaje, używać nazwy: *oddech oskrzelowy*, która niekompletnie, bo tylko częściowo oddaje pojęcie do niej przywiązane.

SPRAWOZDANIE
Z CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARS. WARSZAWSKIEGO
za rok 1865.

przez
Janusza Ferd. NOWAKOWSKIEGO.

Czytane na posiedzeniu ogólném dnia 20 Lutego 1867 r.

W myśl § 8go, działu IIIgo Ustawy o naszém Towarzystwie, sporządzanie sprawozdań o czynnościach całego roku Towarzystwa ciąży na Sekretarzu dorocznym, który je winien ułożyć i na publiczném posiedzeniu odczytać (1). Że zaś sprawozdania rzeczzone zalegają już z dwóch lat, przeto chętnie przyszedłem w pomoc Sekretarzowi, biorąc na siebie wypracowanie zdania sprawy z czynności Towarzystwa naszego za rok 1865. Przyznaję się Sz. Kolegom otwarcie, że podjętej pracy nietylko nie załowałem, lecz przeciwnie spełniłem ją z lubém zadowoleniem, bo sami z osnowy pracy niniejszej przekonacie się, że rok 1865 pod różnemi względami należy do najświetniejszych — i że w historii naszego Towarzystwa złotemi głoskami jaśnieć będzie. Dlaczego? dla tego, że nosi na sobie wyraźne cechy postępu. Widzę już uśmiech igrający na ustach tych Kolegów, którzy postęp zostawiają Francuzom, Niemcom i Anglikom, a nam każą być ślepami naśladowcami, lecz faktami z r. 1865 przekonam ich, że się mylą. Złożę im dowody postępu w naszych wspólnych działaniach — tego postępu, który jest celem każdego myślącego człowieka, postępu który jest godłem naszego Towarzystwa i który był jego godłem przy zawiązaniu się Towarzystwa w 1820 roku. Zechciejcie tylko rzucić okiem na pierwszy paragraf naszej ustawy, a znajdziecie tam, że: „Towarzy-

(1) Ostatni raz publiczne posiedzenie Towarz. lekarskiego odbyło się d. 20 stycz. 1861 r. w sali posiedzeń w pałacu Kazimierowskim.

stwo lekarskie stanowi sobie za cel *przykładanie się do wydoskonalenia nauk lekarskich*“ a jeśli wam to założenie nie wystarcza to weźcie do ręki pierwszy tom Pamiętnika przed trzydziestu laty wyszły, gdzie na samym wstępie uderzą was te pełne życia i jędrności słowa: „Cechą rozumu człowieka nie jest naśladowanie cudzych, choćby najlepszych płodów umysłu, ale jego siła tworzenia własnych zdań, twierdzeń i wniosków. Umysł niewykształcony idzie drogą naśladownictwa, bo mu potrzebne są materiały do budowy naukowój; ale umysł zamożny w te materiały, stwarza sam prawa postępowania i tę budowę własnymi wznosi siłami. Na takiój to kolei jego działań opiera się postęp umiejętności ludzkiój, i dlatego Towarzystwo lekarskie Warszawskie chce prace swe w *zamiarze wspierania postępu nauki lekarskiój*, tą samą kierować drogą, idąc od doświadczeń, jako materiałów naukowój budowy, do jej utworzenia w rozumowaniu i przepisach.“

Nie chcę utrudzać waszój uwagi Sz. Koledzy dalszemi wyciągami, ale na każdój karcie tój zapyłonej kroniki życia naszego Stowarzyszenia, znajdziecie dowody ubiegania się za postępem, usiłowania posunięcia choćby o krok nauki lekarskiój, a obraz tych usiłowań spostrzeżecie na pierwszych stronicach Pamiętnika, skreślony piórem wówczas młodego lekarza, Sekretarza Towarzystwa, współredaktora Pamiętnika, a dziś poważnego lecz jeszcze w pełni sił pracującego profesora—Dziekana, byłego naszego Prezesa, powszechném zaufaniem i miłością otoczonego, kolegi Aleksandra Lé Bruna. Z sześciu towarzyszy, założycieli i redaktorów Pamiętnika trzech t. j. W. Malcza, Andrzeja Janikowskiego i Lebla zimna na zawsze zamknęła mogiła, Köehlera i Leo prawie za straconych dla nas uważać musimy, a jeden tylko kol. LeBrun szczęśliwszy od swoich towarzyszy, może jeszcze brać udział w naszych pracach i młodszych nas nauczać. Jemu to właśnie zawdzięczamy ujawnianie prac naszych poprzedników, bo on *pierwszy* zaczął ogłaszać roczne sprawozdania, jakie za lata 1834, 1833 i 1835 w Pamiętniku z r. 1837 czytamy (Tom I, str. 1—40).

Po tém przyznaniu zasługi komu należy, pozwólcie mi przystąpić do skreślenia najprzód wyrazistszych rysów czynności naszych w ciągu 1865 roku.

W rzeczonym roku wzmocniliśmy przedewszystkiém węzły koleżeńskie przez usunięcie z protokółów wyrazu *pan*, jaki się nieuważnie wcisnął na miejsce wyrazu *kolega*, a stała się ta poprawka na skutek przypomnienia kolegi *Libchena* (str. 285, T. LIV.)

Ze wzrastającym zakresem naszych działań, rozszerzyliśmy i wzmocniliśmy nasze prawa, zaprowadzając zmiany w Ustawie, przez ustanowienie Zarządu Towarzystwa i ostrzejszych przepisów co do Członków zalegających w opłacie składek (str. 286, T. LIV.), oraz przez ograniczenie praw Prezesa w dyskusyach.

Powiększyliśmy znacznie nasze grono przez przybranie dwunastu członków *czynnych*, jakoto kolegów: 1. Mikołaja Lud. Brunera (syna). 2. Bartoszewicza. 3. Teofila Belkiego. 4. Hermana Fudakowskiego. 5. Polikarpa Girsztowta. 6. Jana Kwaśnickiego. 7. Kinderfreunda. 8. Mieczysława Malcza. 9. Orłowskiego. 10. Sikorskiego. 11. Feliksa Sommera. 12. Józefa Wszębora.

Na członków korespondentów powołaliśmy 9ciu:

1. Dra Wacława St ańka z Pragi Czeskiej 2. Dra Gustawa Joseph z Berlina. 3. Madurowicza. 4. Tejchmana. 5. Piotrowskiego Gustawa. 6. Uettingera. 7. Stopczańskiego wszystkich profess. z Uniwersytetu Jagiellońskiego. 8. Dra Jakubowskiego z Kowna. 9. Dra Munkiewicza z Rosławla, gubernii Smoleńskiej.

Na członka honorowego wybraliśmy, Dra Kranichfelda z Berlina, naszego członka korespondenta, z powodu 50-letniej rocznicy jego zawodu lekarskiego.

Śmierć zabrała nam ś. p. kolegę Erazma Zimmermanna.

Tak więc Towarzystwo nasze z końcem roku 1865 liczyło: członków honorowych 8, czynnych 70, członków korespondentów 123, przybranych z grona aptekarzy i weterynarzy 6.

Z powiększeniem naszego Towarzystwa zwiększyły się i jego czynności; to też odbyliśmy w ciągu roku 1865 posiedzeń 67, z których przypada 25 na posiedzenia ogólne, 13 na komitet epidemiologiczny, 10 na oddział anatomii, fizjologii i nauk przyrodniczych, 9 na oddział akuszerki i chorób kobiecych, 5 na oddział chirurgii i 5 na nowo utworzony w r. 1865 oddział chorób umysłowych, nerwowych i psychiatrii sądowej (str. 280, T. LIV)

W tymże roku wznowione zostały posiedzenia komitetu do chorób panujących (str. 258, T. LIV), który następnie zmienił się w stały oddział epidemiologii i higieny publicznej.

Wydano dwie odezwy do wszystkich lekarzy całego kraju, z których pierwsza wyszła z oddziału chirurgii, mając na celu utworzenie statystyki chorób chirurgicznych i takichże operacyj (str. 101, T. LV), a druga odezwa z komitetu do chorób epidemicznych, w celu zbierania jednoczesnych spostrzeżeń na znacznej przestrzeni czynionych i zestawienia ich w jeden ogólny obraz. Pierwszej odezwy twórcą był kol. Girsztowt, a drugiej kol. Natanson (str. 156, T. LV), który myśl o tworzeniu stacyj epidemiologicznych objawił na zebraniu lekarzy w Hanowerze (str. 94).

Kol. Szokalski przez kilka posiedzeń zajmował uwagę, ważnym sprawozdaniem „*O częstych u nas skałeczeniach przy użytku machin rolniczych oraz ich następstwach*“ sporządzonem w imieniu komitetu wyznaczonego przez Towarzystwo w celu zbadania rzeczonych obrażeń, oraz obmyślenia zaradczych środków, (str. 3, T. LIV).

Kol. Neugebauer zawiadomił kolegów o przedsięwziętych przez niego doświadczeniach przy pomocy światła powstającego w czasie palenia się drutu magnezynowego, dla zbadania jamy brzusznej, bądź dla oznaczenia płodu w macicy ciężarnej, bądź też dla rozpoznania powstających w brzuchu nowotworów.

Kol. Neugebauer pierwszy wpadł na myśl zastosowania wzmiankowanego światła w celach dopiero wskazanych a na dowód przedstawił chorą dotkniętą wodną puchliną, u której koledzy przekonali się o przezroczystości ścian brzu-

sznych przy zastosowaniu światła magnezynowego, (str. 104, Tom LVI).

Kol. Stanisław Janikowski ofiarował dla biblioteki Towarzystwa 500 tomów stanowiących 268 dzieł, i 47 broszur w 57 poszytach (str. 88, T. LV), oraz popiersie ojca swego ś. p. Andrzeja Janikowskiego, (str. 107).

Nareszcie mamże sz. Kolegom przypomnieć **wielką ofiarę**, jaka niespodziewanie dała silną podwalinę naszemu Towarzystwu, przez zapisy czynnego członka ś. p. kol. **Bączewicza**, który bolejąc, że Towarzystwo lekarskie nie ma swego domu i przez to narażone jest na nieodzowne przykrości, przeznaczył ze swego majątku 22,500 rsr. na wybudowanie domu, a rsr. 7,500 dla kassy wsparcia podupadłych lekarzy, wdów i sierot po lekarzach pozostałych, (str. 282, T. LIV). Po wysłuchaniu odczytanego testamentu ś. p. kolegi **Bączewicza**, wszyscy powstałiśmy z miejsc dla oddania należnej czci zmarłemu i na znak wdzięczności za miłość jaką ku naszemu Towarzystwu zmarły pałał, postanowiliśmy jego popiersie umieścić w Bibliotece, na co przeznaczyliśmy rsr. 75, (str. 107, T. LV). Niechaj mi nie będzie za złe poczytane przypomnienie téj okoliczności, że popiersie ś. p. **Bączewicza** jeszcze nie znajduje się w miejscu właściwém, co więcéj, że dotąd nikt z kolegów nawet wspomnienia pośmiertnego o mężu tak zasłużonym, w Pamiętniku lekarskim nie ogłosił. Zda je mi się, że obowiązek moralny na jego rówiennikach, a prawny w myśl § 9, działu III, Ustawy naszéj na Sekretarzu stałym ciąży. Godzi się przecieź i należy potomności przekazać życie człowieka, który niewątpliwie jedną z pierwszych kart w historii naszego Towarzystwa zajmować będzie!

Za nim przejdę do szczegółowego wykazu naszych czynności w r. 1865, wypada mi nadmienić o urzędach, które powołani z wyboru spełniali następujący członkowie czynni. Urząd Prezesa wypełniał kol. Lud. N a t a n s o n, Vice Prezesa kol. Erazm M a j e w s k i, Sekretarza dorocznego kol. Jan Braun, bibliotekarza Stanisław Janikowski, podskarbiego Leon K o n i t z, na członków komitetu kassy wsparcia podupadłych lekarzy powołani byli koledzy: Helbich,

Mianowski i Lebrun. Redaktorem Pamiętnika był kol. Stanisław Janikowski, a Sekretarzem stałym Towarzystwa jest od r. 1858 kol. Wiktor Szokalski. Oddziałów czyli Sekcyj na które się Towarzystwo podzieliło w końcu r. 1863, w celu gruntowniejszego uprawiania całej medycyny liczyliśmy *pięć*. Pierwotnie istniały trzy oddziały: 1. anatomii, fizyologii i nauk przyrodniczych. 2. oddział chirurgii, oftalmologii i chorób syfilitycznych. 3. oddział położnictwa, chorób kobiecych i dzieci. W ciągu roku 1865 utworzył się 4-ty oddział chorób umysłowych, nerwowych i psychiatryi sądowej, oraz 5. powołany do życia komitet epidemiologiczny i zmieniony w oddział.

W ciągu 1865 roku wszystkie te oddziały wprowadzone w życie, pod okiem swych troskliwych i pilnych przewodniczących wydały, mimo obawy kilku członków, najpiękniejsze owoce. Najczęściej zbierał się komitet epidemiologiczny, bo 13 razy, na co niewątpliwie wpłynęły postronne okoliczności, jak ukazanie się w niektórych punktach Europy cholery azjatyckiej, w Petersburgu i u nas w mieście Kole gorączki powrotnej (*febris reccurens*). Dalej oddział fizyologii odbył 10 posiedzeń, a nieustępuje mu w pracy oddział akuszerki, który odbył 9 zebrań, oraz oddział chirurgii który swe posiedzenia po całorocznej przerwie zaczął odbywać dopiero w miesiącu Wrześniu. I tak:

I. **W oddziale chirurgii i okulistyki**, którego przewodniczącym był kol. Girsztowt, a sprawozdawcą J. F. Nowakowski, kolega Chwat okazał na posiedzeniu ogólném 17-letnią dziewczynę, której wypiłował górną część piszczeli na przestrzeni $5\frac{1}{2}$ cala z powodu próchnienia kości. W 9 miesięcy po operacji część wyjętej kości zupełnie się odrodziła, a chora dobrze chodzi. Na témże posiedzeniu kol. Chwat przedstawił 12-letniego chłopca, którego oswobodził od guza kostnego wielkości jaja kurzego, jaki zajmował rozszerzoną jamę Highmora, po stronie prawej. Operacja wykonana była bez chloroformu, a przecięty policzek zrósł się *per primam intentionem* i chory wyzdrowiał, (str. 467—8, T. LIII.)

Kol. Korzeniowski doniósł o wyluszczeniu łącznie z kol. Lebrunem wola (*struma vasculosa*), złożonego z dwóch gruczołów, z których pierwszy miał 12 cent. wzdłuż i wszerz, a 2gi cztery cent., waga zaś obu wynosiła funt. W czasie operacji podwiązano 9 tętnic, a po wymiotach nastąpił krwotok z żyły szyjowej zewnętrznej (*vena jugularis externa*) (str. 471, T. LIII.)

Kol. Kwaśnicki przedstawił kawałki kamienia wydobytego z pęcherza moczowego przy otwarciu zwłok p. K., przyczem nadmieniał, iż w pęcherzu znalazł się otwór, zrobiony prawdopodobnie za życia chorego, w czasie kruszenia owego kamienia. Kol. Chwat króry rzeczonoego kruszenia dopełniał, opisał szczegółowo przebieg choroby; usprawiedliwiał przedziurawienie pęcherza albo jako sztucznie dokonane przy otwarciu zwłok, albo kurczliwością pęcherza przy ostrych odłamach kamienia, jakie się w nim znajdowały, a nadto przerwą czasu od ostatniego kruszenia do śmierci, który to przeciąg czasu wynosił dni siedm, (str. 260, T. LIV.)

Dalej kol. Chwat przedstawił rysunek cewnika własnego pomysłu, mającego służyć do prędszego wydalenia skruszonych kawałków kamienia. (tamże).

Kol. Szokalski doniósł o 2ch wypadkach zatrucia chloroformem jakie się zdarzyły w ciągu jednego tygodnia w szpitalu Ś Ducha. Prof. fizyologii z Charkowa p. Jerzy Poluta jako gość wówczas w szpitalu obecny, sam także brał udział w cuceniu chorego, któremu usiłowano nastawić zwichnięte w stawie biodrowym udo, i utrzymywał, że przyczyną ostatniego wypadku, było zatrucie chloroformem, czyli zbytek kwasu węglowego we krwi a brak odpowiedniej do życia ilości tlenu. Przytém oświadczył, że jest wielkim nieprzyjacielem chloroformu, bo i bez tego sam okropny ból jaki ma miejsce przy nastawianiu zwichnięć, może się przyczynić do sparaliżowania serca, co stwierdził nawet doświadczeniem na żywych zwierzętach. (str. 446—7, T. LIV.)

Kol. Girsztowt odczytał część rozprawy o wypiłowaniu stawu biodrowego, odnośnie do wyluszczenia kości biodrowej i okazał człowieka, któremu resekowano szyjkę kości udowej.

Kol. J. F. Nowakowski przedstawił dziecko 10 miesięcy życia mające, uleczone przez ciągły nacisk z 3ch przepuklin, 2ch pachwinowych i jednej pępkowej. (str. 130, T. LV.)

Kol. Chwat przedstawił 6-letniego chłopca; na którym kol. Kosiński dopełnił trepanacji potłuczonych kości czaszki z dobrym skutkiem; chłopiec ów pozbawiony był wszystkich zmysłów, których czynność po operacji wróciła. Nadto okazał dziecię, kilka tygodni życia mające z wadą organiczną prącia. (str. 131, T. LV.)

Kol. Girsztowt przedstawił dziewczynę 8-letnią uleczoną z *pes varus* przez przecięcie ścięgna Achillesa. (str. 186, T. LV.)

Kol. J. F. Nowakowski dziewczynę z 6ciu palcami u ręki i fakt na możebność zapatrzenia się kobiet ciężarnych. (str. 136.)

Kol. Wszebor odczytał swą rozprawę o *Uretroiomii wewnętrznej*. (str. 144.)

Kol. Jodko przedstawił chorą, u której w oku prawém między siatkówką i naczyniówką, rozwinął się *cysticercus*. (str. 473, T. LIII.)

II. W oddziale anatomii, fizjologii i nauk przyrodniczych przewodniczącym był kol. Hoyer, a sprawozdawcą kol. St. Chomętowski. Oddział ten odbył 10 posiedzeń, lecz z żalem o sześciu musimy zamilczeć, bo protokoły posiedzeń: 17, 18, 19, 20, 21 i 22 nie zostały redakcyi Pamiętnika dostarczone. Wszelako na poprzednich posiedzeniach kol. Szokalski mówił o najnowszych poszukiwaniach C1a u de-Bernarda, nad działaniem fizyologiczném kurary. (str. 463, T. LIII.)

Kol. Hoyer okazywał pod mikroskopem wyborne preparaty, przedstawiające nastrzyknięte naczynia włoskowate w różnych przyrządach ciała ludzkiego. (tamże); dalej kol. Hoyer okazał pod drobnowidzem okazy trichin (włośnice), przywiezionych z Drezna przez kol. Sejfmana. (str. 91, T. LV.) oraz przedstawił własne preparata, wykazujące *zakończenie nerwów w rogówce*. Rzuca to nie małe światło na sporną tę kwestyą, (str. 425, T. LV.)

Kol. Brodowski na dwóch posiedzeniach mówił o *nowotworach patologicznych w ogólności*, według najnowszych postępów nauki. Że zaś protokoły tych posiedzeń zaginęły, więc kol. Brodowski wykład swój spisał i ogłosił w Pamiętniku Tow. lek. w Tomie LV, str. 364—380.

Kol. Brodowski dalej okazał olbrzymią stopę pochodzącą z nogi dziewczyny, jaka to stopa odjęta została przez kol. Chwata. Było *tluszczak rozlany podeszwy*, 9 funtów wazący, zadziwiający wielkością i rzadkością siedliska. Dalej okazał szyszkę (*glandula pinealis*) wielkości orzecha włoskiego, (*glio-sarcoma*), która swoją objętością spowodowała zanik wzgórek wzrokowych i śmierć chorego. (str. 426, T. LV.). Na ostatniem posiedzeniu mówiono, o działaniu elektryczności galwanicznej i indukcyjnej, gdzie zabierali głos kol. Natanson, Płaskowski, Jodko, Langowski i Chomętowski, (str. 428, T. LV.)

III. W oddziale położnictwa, chorób kobiecych i dzieci był przewodniczącym kol. Tyrchowski, a sprawozdawcą kol. Apte. Oddział ten odbył posiedzeń w ciągu roku 1865 dziewięć. Kol. Tyrchowski mówił o szczęśliwem urodzeniu się bliźniaków, obudwu w położeniu główkowem bez pomocy sztuki, (str. 286, T. LIII.), przytém z powodu kurczowego obciążenia macicy na płodzie, opóźnienia się porodu i wskazania do ukończenia go za pomocą kleszczy wywiązała się dyskusya nad sposobami znoszącymi kurcz macicy. Kol. Apte radził chloroformowanie, podanie emetyku i ippekakuany w małych dawkach, a nawet upust krwi. Kol. Konitz chwalił działanie gorczyczników, kol. Tyrchowski zalecał ciepłe okłady, kol. Apte przekonał się o nieszkodliwem działaniu sporyszu na płód, dalej doniósł o otwarciu ropnia u 7io miesięcznego dziecka na tylnej ścianie połyku, co groziło uduszeniem. (str. 288, Tom LV).

Kol. Bruner Mikołaj przedstawił swego pomysłu igłę do zeszywania przetok pęcherzo-pochwowych i zgłębnik maciczny, (str. 455, T. LIV.) z poglądem na różne sposoby tych operacyj, (str. 262, T. LV.)

Kol. R o g o w i c z jako gość, odczytał opis gwałtownego rozdarcia sklepienia pochrwowego (str. 476).

Kol. D u d r e w i c z mówił o dobrych skutkach mleczanu sody i magnezyi z pepsyną w proszkach w niestrawności u dzieci, (str. 674).

Kol. N e u g e b a u e r okazał nowotwór (mięsak) 7 funt. ważący, osadzony na wardze sromnej większej lewej i odjęty nożem, (str. 91, T. LV.)

Kol. T y r c h o w s k i podał statystykę z kliniki położniczej tutejszej dzieci wymiękłych i nieżywo urodzonych z kilku lat, (115), także nadmienił o wstrzykiwaniu octanu ołowiu z wodą przy chroniczném krwawieniu z macicy, z dobrym skutkiem, (str. 262.).

Kol. R o g o w i c z odczytał historiją choroby kobiety rodzącej, dotkniętej wodną puchliną, drgawkami przy porodzie kleszczowym, z następném zapaleniem wnętrza macicy, obłąkaniem po połogowém, moralną przyczynę mającém w tém, że ojcem dziecięcia miał być brat rodzony chorój, (str. 264, Tom LV).

IV. W nowo powstałym oddziale chorób umysłowych, nerwowych i psychiatrii sądowej, przewodniczącym był kol. K r y s i ń s k i, a sprawozdawcą kol. S t. C h o m ę t o w s k i. Oddział odbył pięć posiedzeń. Dla nadania obszerniejszego zakresu swoim dyskusyom, oddział zaprosił na swe posiedzenia Dra prof. filozofii H. S t r u v e g o.

Kol. C h o m ę t o w s k i odczytał rys postępu psychiatrii w r. 1864, (str. 120, T. LIV).

Kol. N a t a n s o n mówił o zastosowaniu elektroterapii w chorobach umysłowych, (str. 121).

Kol. P ł ą s k o w s k i odczytał sprawozdanie z rozprawy prof. S t r u v e g o, „O temperamentach: psychologiczna wskazówka do poznania ludzi,“ (str. 140, T. LIV), nadto podał pierwsze materyały do mającej się wypracować terminologii chorób umysłowych. Kol. C h o m ę t o w s k i opisał trzy przypadki chorób umysłowych, przez syfilis spowodowanych, a kol. J. F. N o w a k o w s k i mówił o urojeniach węchowych u osoby która syfilis przebyła, (str. 145), kol. L u-

belski zwrócił uwagę na ważność pod względem sądowo-lekarskim, czynności prawu przeciwnych, popełnionych po napadzie padaczki, (str. 283), kol. zaś St. Chomętowski postawił wniosek, aby oddział wynurzył przekonanie, że w razach czynności karygodnych, popełnionych przez chorych doznających napadów padaczki, należy przy pisaniu zdania sądowo-lekarskiego mieć na względzie, że nie zawsze czynność rzeczona popelniona jest w stanie umysłu, znoszącym wolną wolę i dopiero po dokładném ocenieniu danego przypadku w szczególności (in concreto), można wyrzec zdanie, o stanie umysłu podległego epilepsji w chwili dokonywanego czynu prawu przeciwnego. Oddział wniosek ten przyjął. (str. 284, Tom LIV.)

Kol. Janikowski czytał obronę w sprawie 15-letniej Maryi W. obwinionej o podpalenie, napisaną przez Patrona Trybunału pana Konst. Grzybowskiego. Pokazało się, że obwiniona czynu tego dokonała w stanie umysłu znoszącym wolną wolę. Poczém wywiązała się dyskusya o *pyromanii*, w której przyjęli udział obecni, a kol. Piąskowski odczytał wypracowane przez siebie uwagi nad wzmiankowaną obroną, (str. 109—110, T. LIV.) Kol. Dobieszowski mówił o aphazji, (str. 113.)

V. **W Komitecie epidemiologicznym** do nowego życia powołanym odbyto najwięcej posiedzeń, bo 13, przewodniczył kol. Helbich, a sprawozdania układał kol. Janikowski. *Przewodniczący* opowiedział o panującej epidemii w m. Kole, dokąd Rada lekarska wysłała Dra Kobylańskiego, który chorobę tę poczytał za najwyższy stopień gorączki tyfoidalnej z zajęciem opon mózgowych i rdzenia kręgowego. Mowiono dalej o panującej w Petersburgu epidemii zwanéj gorączką powrotną (*febris recurrens*), (str. 125, Tom LIV.)

Kol. Brodowski przytoczył, że w pismach rossyjskich pomieszczone jest sprawozdanie Dra Botkina, o zmianach pośmiertnych, jakie w grasującej w Petersburgu epidemii znaleziono w śledzionie i wątrobie. Pierwsza bywa powiększona 2—3 razy, przekrwiona, o kruchym mięszu. Wątroba

stale jest powiększona, za życia bolesna. komórki wątroby zwiększone, o zmętniałej zawartości. Skóra żółto zabarwiona, wsercna (*endocardium*) zaczerwienione, krew ciemna, skrzące miękkie, podbiegnięcia krwi w błonach surowiczych, w ogóle wszystkie znaki ostrego zapalenia mięsaszowego wątroby (*hepatitis parenchymatosa acuta*). (str. 260, T. LIV.)

Kol. Chałubiński skreślił obraz panującej obecnie w Warszawie gorączki tyfoidalnej, która była łagodna i z mniejszym zajęciem układu nerwowego niż dawniej. Opisał dalej przypadek śmierci 20-letniej kobiety, u której kęпки gruczołów Paeyra dochodziły wielkości kurzego jaja, przy małej bolesności brzucha. Na rzuconą zaś kwestyą przez kol. Markusfelda, co do leczenia antygastrycznego, to kol. Chałubiński ogólny plan leczenia w panującej w r. 1865 gorączce tyfoidalnej skreślił w tych słowach, że trzeba znosić te podrażnienia, które się objawiają, strzegąc się aby z małej bolesności brzucha nie wnioskować o małym zadrażnieniu zawartych w nim narządzi. Znoszenie podrażnień winno się skutecznie w pierwszych dniach choroby, bo tym sposobem otrzymuje się przebieg choroby prosty i stosunkowo najłagodniejszy. (str. 270, T. LIV.)

Kol. Natanson zaproponował zmianę w szematach szpitalnych, które są przestarzałe i zalecił szemat ułożony na kongressie statystycznym w Berlinie, (str. 273). Dalej zwrócił uwagę na znaczną śmiertelność w Warszawie w gruźlicy t. j. około 1200 osób rocznie. (str. 278.)

Kol. Markusfeld doniósł o wypadku niemoty (*aphasia*) w następstwie kurczów macinnicznych (hysterycznych) u 18-letniej dziewczyny, cierpiącej na bladaczkę i nie niemającej jeszcze odpływów miesięcznych. Niemoc dwa razy powróciła i ustąpiła po dwukrotnym zastosowaniu baniek ciętych wzdłuż krzyża i użyciu środka przeczyszczającego. (str. 278)

Kol. Jodko mówił o panującym zapaleniu powiek dyphterytycznym u dorosłych, (str. 279).

Kol. Natanson o zapaleniu opon mózgowych u dziecka u którego przez parę dni była ślepotą i głuchota, jakie

wkrótce ustąpiły, a także o zapaleniu opon mózgowych donosili kol. Aptei -J. F. Nowakowski, (str. 453—463, T. LIV.) Nadto kol. Natanson opisał przypadek gorączki tyfoidalnej, w którym 15go dnia choroby wystąpiły objawy moczówki cukrowej (*diabetes melitus*), a jakie po zastosowaniu środków odciągających na karku ustąpiły, (str. 465).

Koledzy Helbich, Kulesza, Langowski, Majewski mówili o panujących chorobach, jak i o gorączce tyfoidalnej, szkarlatynie, odrze, biegunkach, dysenterjach, żółtacze, zapaleniu gardła kataralném i błonicowém (*diphtheritis*) i zimnicy, a kol. Malcz doniósł o pojawieniu się czarnej krosty w okolicach m. Błonia, (str. 471).

Kol. Sikorski mówił, że w dławcu (*croup*) stosował z pomyślnym skutkiem chlorek amonu (*amonium muriaticum*) wewnątrznie i w postaci płynu rozpryskanego (*pulverisatio*), opierając się na doświadczeniach zewnątrz organizmu czynionych, na zasadzie których, błony dławcowe najłatwiej rozpuszczają się w salmiaku, a przez czas krótszy w nim trzymane pulchnieją, (str. 472).

Kol. Natanson doniósł, że u żydów nie używających wieprzowiny, spotykał często tasiemca, (str. 473), a nadto uwiadomił zebranych, o uczynionym przez siebie wniosku na ostatnim zjeździe lekarzy i naturalistów niemieckich w Hanowerze, a mianowicie, z uwagi na małe korzyści jakie dotychczas epidemiologia ciągnie ze spostrzeżeń i sprawozdań o chorobach epidemicznych, spisywanych tylko tu i owdzie, według różnych planów i w dalekich od siebie odstępach czasu, zaproponował ustanowienie na obszarze całej Europy stacyj obserwacyjnych epidemiologicznych, z których peryodyczne np. dwutygodniowe doniesienia o chorobach epidemicznie panujących zbierałyby się w jednym punkcie środkowym. Za przykład postawił osiągnięte korzyści ze stacyj meteorologicznych. Wniosek ten na rzeczonym zgromadzeniu przychylnie był przyjęty, a silnie poparty przez prof. Hirscha w Berlinie, któremu kierunek téj sprawy w Niemczech poruczono, (st. 485).

Towarzystwo przyjmując projekt kol. Natanson a wydało stosowną odezwę do wszystkich lekarzy w kraju, (str. 94

166, T. LV), którzy z godną uznania skwapliwością, peryodycznie, potrzebne wiadomości do układania obrazów epidemiologicznych już drugi rok nadsyłają.

Farmacya: Kol. N a t a n s o n złożył nadesłane okazy soli szczawnickiej, oraz pastylki szczawnickie, robione na wzór pastylek Vichy, zawierające dwuwęglan sody, (str. 124, Tom LIV).

Kol. K a r p i ń s k i przytoczył swoje spostrzeżenia nad połączeniem jodu z mlekiem. Zauważał on, że po dodaniu jodu do mleka, barwa jodu ginie i jod utrwała się z mlekiem tak, że nawet krochmalem nie można go wyśledzić. Stosunek w tym razie wynosi jeden gran jodu na uncją mleka. Proponował przeto zużytkowanie tego związku na wyrabianie syropu lub mleka jodowego, dodając, że pierwszy już przyrzędził, który się dobrze przechowuje, (str. 459).

Kol. H e i n r i c h Teodor nadesłał Towarzystwu artykuł kol. W o j d e g o, o wyciągu mięsnym L i e b i g a, który to wyciąg wszedł w powszechne użycie, (str. 461).

Kol. K a r p i ń s k i uczynił uwagę, że wyskok (*alcohol*) doskonałym jest rozpuszczalnikiem dla oleju rącznikowego (*ol. ricini*) we wszystkich stosunkach, i że z tej własności można by skorzystać przy zadawaniu tego środka dla uczynienia go mniej wstrętnym, lub do robienia mazideł, w których skład mają wchodzić wyciągi roślinne (*extracta*), (str. 462). Dałć kol. K a r p i ń s k i wspominał o własności rodanku rtęci, z której przemysłowcy skorzystali i poczęli wyrabiać zabawki dziecinne, zwane *wężami Faraona*. Szkodliwość tych zabawek dla zdrowia, polegająca na wznoszeniu się par rtęciowych, zniewoliła rządy francuzki i saski do zabronienia sprzedaży tej na pozór niewinnej zabawki. Kol. K a r p i ń s k i na posiedzeniu Towarzystwa spalił kilka tak zwanych wężów Faraona, (str. 96, T. LV.)

Pamiętnik Towarzystwa z r. 1865 ogłosił wiele prac oryginalnych, z których ważniejsze wspominamy: K o e h l e r a: Pielgrzymki dzieci; przyczynek do dziejów epidemii chorób umysłowych, (str. 383, T. LIII). L e B r u n a: Sprawozdanie z czynności kliniki chirurg. z r. 186^{3/4}, (str. 1).

K r y s z k i: O ciśnieniu atmosferycznym ze względu na leczenie wodami mineralnymi, (str. 121.) **C h o m ę t o w s k i e g o:** Kilka słów o postępie psychiatrii w r. 1864, (str. 161). **F u d a k o w s k i e g o:** Rozbiór dwóch kamieni nerkowych, (str. 30, T. LIV). **M i n k i e w i c z a:** Porównawcze badania rozmaitych operacyj zaleconych przeciw żylakom, (str. 188 i 325). **S z o k a l s k i e g o:** O częstych u nas skaleczeniach przy użytku machin rolniczych, (str. 3). **M a l c z a M i e c z y s ł a w a:** O cholery, jój istocie i leczeniu, (str. 217 i 337.)

Oto jest obraz Koledzy waszych działań w ciągu roku 1865! starałem się przedstawić go najtreściwiej, z prośbą o sprostowanie uchybień, jeśli jakie zaszyły. Sądzę, iż przekonaliście się, że rok 1865 nie był płonny w owoce, nie brakło mu wcale na nowych pomysłach, wyprzedzających nawet inne Towarzystwa lekarskie w Europie: (Obrazy epidemiologiczne, Statystyka chorób chirurgicznych, preparata wykazujące zakończenie nerwów w rogówce (*cornea*), zastosowanie światła magnezynowego, cewnik pomysłu kol. Chwata, igła pomysłu kol. Brunera, utworzenie nowego oddziału psychiatrii i t. d.) a cechy niezaprzeczonego postępu na sobie noszące.

Uwaga. Liczby rzymskie oznaczają tom, przy liczbach arabskich oznaczających stronnice gdzie nie ma rzymskiej, domyślać się należy liczby tomu jaka wyżej przywiedziona została.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

POSIEDZENIA OGÓLNE.

Posiedzenie 7, dnia 19 marca 1867 r.

Prezes kol. Hoyer.

1. Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto, poczem

2. *Prezes* zawiadamia Towarzystwo, że dostał list od profes. *Virchowa*, w którym tenże dziękuje Towarzystwu za mianowanie go członkiem honorowym.

3. Kol. *Brunner*, odczytuje protokół z 41go posiedzenia Oddziału położnictwa, chorób kobiecych i dzieci.

4. Kol. *J. F. Nowakowski*, protokół z 28go posiedzenia Oddziału chirurgii.

5. Kol. *Apte* protokół posiedzenia 51go Oddziału epidemiologii i higieny publicznej, i Obraz epidemiologiczny miasta Warszawy za miesiąc styczeń r. b.

6. Posiedzenie zappełnia kol. *Baranowski* odczytaniem zajmującego sprawozdania z pracy dra *Chojnowskiego* „*O oddechu krtaniowym*,” podanej przez autora, w celu przyjęcia go na członka czynnego Towarzystwa. Sprawozdawca kandydaturę powyższą popiera, a zarazem proponuje, aby praca kol. *Chojnowskiego* była drukowana w Pamiętniku Towarzystwa.

Wniosek ten Towarzystwo przyjmuje i zarazem postanawia, aby i sprawozdanie drukowaném było.

Dr. *Braun*.

Posiedzenie 8, dnia 2. kwietnia 1867 r.

Prezes kol. H o y e r.

Obecných członków 14, i dr. Bruner (ojciec) jako gość.

Z powodu nieobecności Sekretarza rocznego, Prezes zaprosił do spisania protokołu kol. M. Brunera (syna), poczem

Kol. Bruner Mikołaj (syn) odczytał zapowiedzianą rozprawę, p. n: „*Kilka słów o organizmie, życiu, myśli, wiedzy i woli*, w której pragnął wykazać, że te objawy, które filozofowie własnościom duszy przypisują i ze stanowiska materialnego dadzą się wytłómaczyć. Jako powód do napisania tej rozprawy, podaje kol. Bruner czytana w r. z. tutaj, rozprawę p. n: „*O istnieniu duszy i jej udziale w chorobach umysłowych*,” przez prof. dr. Struvego, który powiada, „że duszę uważa, jako pewną rzeczywistą uporządkowaną i uorganizowaną substancję, posiadającą realny byt, obok innych bytów, z własnością świadomości.“

Przedewszystkiem przebiegł kol. B. historycznie rozwój pojęć materialnych i rozwój nauk przyrodniczo-lekarskich, następnie w krótkich zarysach streścił naukę o organizmie i komórce, aby przejść do tej części rozprawy, która miała rozwiązywać postawione zadanie, mianowicie rozebrał reflexa czyli tak zwane czynności odruchowe, które później posłużyć mu miały do wykazania, że nie ma wolnej woli absolutnej, lecz że ta jest względna i leży w reflexach.

Potem starał się wykazać powstawanie i rozwój myśli i myślenia na podstawach materialnych, od pierwszego poczucia siebie, aż do uznania się jako osoby i umiejętności rozróżnienia od ogółu, przytaczając liczne przykłady i zdania najwyższych filozoficzno-materialistycznych autoritetów, wywodząc ostatecznie, „że myśl również jak duch, dusza, nie jest bynajmniej produktem materialnym, lecz w jedną całość złączone kompleksy różnych sił, skutek działania wielu siłami lub własnościami obdarzonych materij.“ Starał się następnie znieść pojęcie „wrodzonych idei“ i „siły żywotnej“ dowodząc, że: „Życie nie podlega żadnym oddzielnym prawom, nie usuwa

się z pod wpływu sił materyalnych, lecz przeciwnie niczém inném nie jest, jak produktem wspólnego działania tychże samych sił“ zbliżając się tu do Virchowa, który powiada: „że życie jest tylko innym szczególnym rodzajem mechaniki, i to najzłożniejszą jój formą, w której zwyczajne prawa mechaniczne, w niewzyczajnych i rozlicznych warunkach do skutku przychodzą.“

Potém opierając się na licznych faktach i zdaniach takich powag, jak Moleschott, Vogt, Büchner, Liebig, Lawater, Goethe i t. p. starał się kol. B. wykazać, że nie ma „wolnej woli“, i że wszystkie te czynności, które my wolnej woli przypisujemy, są na równie wiecznych, silnych i niezłomnych oparte prawach, jak zjawiska świata materyalnego, w końcu wskazał drogę po której postępując unikamy złego, czynimy dobre i t. d. Kończąc, że wychowanie nasze powinno się opierać na kulturze naszego uczuwania i na okazywaniu nam najestetyczniejszych stron życia, wówczas i wola nasza, jako zależna od naszego rozumowania, będzie nas ku dobremu kierować, i że zawsze zdanie wiekopomnego filozofa Mendelso-
na: „za prawdą śledzić, piękne kochać, dobrego chcieć, najlepsze czynić“ powinniśmy mieć na pamięci.

Wreszcie prosi kol. Bruner o wybaczenie za przytaczane często zbyt elementarne wiadomości o naszym ustroju, i zwraca uwagę na to, że pomiędzy pojęciami filozofów realistów i filozofów idealistów, nader są ostre granice, i że nadzieję mieć można, że właśnie dla tego staną się kiedyś punktem pojednania idei obu tych obozów.

Kol. Prezes zapytuje czy kto nie chce zabrać głosu w dyskusyi nad czytany przedmiotem.

Kol. Fudakowski: W obce bezwzględnych twierdzeń w pracy kol. Brunera, obrona praw przynależnych idei a priori jest niezbędną. Że myśl jest ruchem materji, nikt tego jeszcze nie dowiódł, bo bardziej ożywiona zmiana materji, idąca obok większej umysłowej czynności, nie dowodzi wcale, że te zjawiska stoją do siebie w takim stosunku jak przyczyna do skutku; nie dowodzi, że ruch materji jest poprzedzającym, myśl zaś następczém; odwrotnie możnaby także

z pewnym uprawnieniem wnioskować. Jeśli kol. Bruner broni nauki twierdzącej, że pojęcia nasze mają swoje źródło tylko w zmysłowym doświadczeniu, a pierwsza idea eksperymentatora nawet wiódąca go w szereg badań jest ideą powstałą tąż samą drogą, to i temu bezwzględnemu twierdzeniu, sprzeciwia się uznanie nawet kapłanów metody eksperymentalnej, którzy idei a priori, nie wynikającej z empirycznych zapasów, któremi umysł ich rozporządzać może, przyznają niezaprzeczone prawo bytu.

Kol. Chomętowski: Przytoczone zdanie kol. Brunera, że choroby umysłowe nie zdarzają się u dzieci jest błędne, gdyż sam miałem w kuracyi dzieci chorobami umysłowymi dotknięte.

Kol. Natanson powiada, że gdyby ktoś był przeciwnych idej jak kol. Bruner, bynajmniej nie byłby odczytaną rozprawą i dowodzeniami przekonany. Przytaczanie zdań Vogta, Goethego i innych, nie jest wcale drogą do obalenia idei filozofów idealistów, wreszcie kol. B. sam częstokroć popada w idealizm w swoim materyalizmie, a raczej realizmie. Jedyłą bronią przeciw idealistom jest pojęcie siły. W końcu zwraca uwagę, że używany przez kol. Brunera wyraz prawdopodobnie, prawdopodobnie dla zastąpienia niemieckiego warhnehmen, nie jest polskim i nie ma tego znaczenia jakie ma właśnie wyraz niemiecki, tłumaczący się przez poznawanie.

Kol. Szokalski oświadcza się za zarzutami kol. Natansona i że jest z nim jednych poglądów, że nie może podzielać zdania aby wola, wiedza i t. d. były zjawiskami materyalnemi.

Kol. Hojer zarzuca koledze Brunerowi, że niepotrzebnie zajmował czas wykładem histologii i fizyologii, że widzi szczególne i nieco zastarzałe zapatrywanie się na komórkę, zaprzecza doświadczeniom przytoczonym przez kol. B. jakoby zwierzęta po wycięciu całego mózgu żyć mogły, gdyż przecięcie rdzenia przedłużonego śmierć sprowadza, że kolega B. nieuwzględnia zarzutów filozofów i że przedstawia swoje twierdzenia w zbyt dogmatycznej formie nie zastanawiając się nad

istotą poznawania, mianowicie nad kwestyą powstawania w naszym umyśle pojęcia materji, siły, ruchu i t. d. Że wiedza jest czynnością mózgu, a nie ruchem, trzeba było dowieść. Wreszcie dowody i zarzuty idealistów są także po części uzasadnione.

Na tém posiedzenie ukończono, lecz kolega Bruner z powodu spóźnionej pory zastrzegł sobie odpowiedź na wszystkie te zarzuty na przyszłym posiedzeniu.

W zastępstwie, Mikołaj Bruner.

ODDZIAŁ ANATOMII FIZYOLOGII I NAUK PRZYRODNICZYCH.

Posiedzenie 34, dnia 29 stycznia 1867 r.

Przewodniczący kol. Hoyer.

Treść. I. Fudakowski: o barwnikach żółci. II. Brodowski: przedstawia trzy okazy patologiczne: 1) macicę dwu dzielną, 2) macicę z płodem czteromiesięcznym, który rozwijał się zewnątrz macicy (*Graviditas extrauterina*), 3) torbiel jajnikową. — III. Nowe wybory.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia.

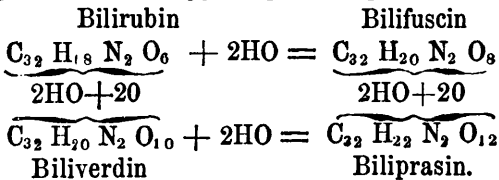
I. Kol. Fudakowski w uzupełnieniu wiadomości odnoszących się do istoty i składu chemicznego zawartości torbieli wątrobowej, przedstawionej na poprzedzającym posiedzeniu przez kol. Brodowskiego, donosi zebrany o wynikach swych badań chemicznych nad tym przedmiotem. Zawartość téj torbieli, (przysłana z kliniki terapeutycz.), przedstawiała brunatno czerwoną, gęstą masę, obok małej ilości takiegoż płynu. Jakościowy rozbiór chemiczny wykazał w niej mydło i tłuszcz, odrobinę tyrozyny, cholesterynę i niezmiernie małą ilość kwasów żółciowych obok białka i żółtoczerwonego barwnika żółci, który stanowił ilością swoją najważniejszy składnik téj masy strąco-

ny w krystalicznych grudkach. Nagromadzony ten barwnik posłużył do wyrobienia tych kilku barwników żółci, jakie obecnie rozróżniają. — Żółto brunatny, przez Berzeliusza już poznany barwnik któremu nadawano nazwy: *bilifulvin*, *bilifein*, *cholepyrrhin*, można otrzymać w czystszyim stanie niż to dotąd się stało, a pierwiastkowy jego skład stoi natenczas w bardzo prostym stosunku do innych barwników które zeń się wytwarzają.

Städeler, któremu zawdzięczamy ostatnie dokładne opracowanie barwników żółci, prócz bilirubinu (żółto czerwonego barwnika, któremu dotąd wyżej podane nazwy dawano): rozróżnił dokładniej jeszcze cztery inne barwniki powstające z tegoż bilirubinu. Ten ostatni barwnik, a pierwszy w szeregu, za pomocą chloroformu wydobyty z żółciowej masy krystalizuje w ładne eliptyczne tabliczki, o czym świadczy przedstawiony okaz. — Bilirubin w alkalicznym roztworze wystawiony na działanie powietrza zamienia się w barwniki zielone i brunatne; przemiana ta odbywa się zaś chytżej jeśli temperatura jest podniesioną. Tym sposobem ogrzewając chwilowo alkaliczny roztwór otrzymał kol. F u d a k o w s k i zielony barwnik nazwany przez Städelera *biliprasin* i kilka brunatnych barwników, które on z kamieni żółciowych wydobył i nazwał brunatnym barwnikiem (*bilifuscin*) oraz próchnicą żółciową (*bilihumin*). Wyskokowe roztwory tych barwników, (przedstawione na posiedzeniu), oprócz rozpuszczalności posiadają jeszcze następujące cechy: oliwkowo zabarwiony roztwór biliprasinu zmienia się w brunatny skoro się doda amoniaku, a kwas przywraca mu następnie pierwotną zieloną barwę. Przy próbie G m e l i n a (zmiana barw za dodaniem kwasu saletrzanego zawierającego nieco kwasu saletrowego), błękit znika prędzej i przeważa co do czasu trwania, czerwone zabarwienie gdy biliverdin (błękitnawo zielony barwnik, najpierw z bilirubinu wytwarzający się) przewagą błękitnej fazy przy téj próbie się odznacza.

Brunatny barwnik (*bilifuscin*) daje jeszcze tęczę barw przy powyższej próbie G m e l i n a, próchnica zaś żółciowa (*bilihumin*), zmienia tylko przytém swoją brunatną barwę

w czerwonej. — Biliprasin znajduje się zwykle w moczu przy żółtaczce, a zielone odbarwienie brunatnego moczu za dodaniem kwasu świadczy o jego obecności. Lecz na tém nie koniec, w żółci znajduje się może jeszcze' mieszanina zielonych barwników, bo odróżniono ich też już trzy, a zmienność tych barwników przemawia za tém przypuszczeniem. Skład pierwiastkowy bilihuminu dotychczas jeszcze nie jest znany: bo w wykonaniu rozbioru pierwiastkowego koledze Fudakowskiemu, również jak Städelero wi stanęła na przeszkodzie: zbyt mała ilość zebranego barwnika (5 miligramów). Rzeczone barwniki stoją w następującym wzajemnym stosunku co do ich składu i przetwarzania się jednego w drugi:



II. Kol. Brodowski przedstawił: 1) okaz macicy z płodem najzupełniej z mumifikowanym, który prawdopodobnie zmarł w końcu trzeciego miesiąca rozwoju swego zamacicznego, i znajdował się w lewej połowie dołu pęcherzo-macicznego przyczepiony ściśle do zewnętrznej bocznej powierzchni macicy i do jej więzu szerokiego: (*graviditas extrauterina*). Macica jajniki i przewody były zupełnie prawidłowe.

2) Drugi okaz przedstawiony przez kol. Brodowskiego tyczył się macicy dwudzielnej (*uterus bicornis duplex*) — Dwa oddzielne i jednakowe rózki macicy łączyły się pod kątem mniej więcej ostrym w dolnej części szyjowej (*pars cervicalis uteri*), która była podwójną. W tém miejscu była krótka ściana przegrodowa i trzy otwory zewnętrzne (*orifitia externa*) po jednym u każdego rózka a środkowy, znajdujący się w ścianie przegrodowej, prowadził do prawego rózka. Pochwa była pojedynczą. — Kol. Brodowski zwraca przy tém uwagę, iż zboczenie to rozwoju macicy podczas życia płodowego, które polega na wstrzymaném zrastaniu się wtedy dwóch oddzielnych przewodów Müllera, oznacza mianem: *uterus bicornis du-*

plex, dla odróżnienia od *uterus duplex separatus* v. *didelphis* gdzie istnieją dwie oddzielne macice i dwie pochwy wcale ze sobą nie połączone, z drugiej znów strony przy tak zwanój *uterus bicornis unicollis* rozdzielenie tyczy się tylko ciała macicy lub dna, szyja zaś jój jest pojedynczą i wspólną.

Nareszcie 3) przedstawia kol. Brodowski zwyrodniały jajnik wielkości blisko trzech głów, wyłuszczony drogą operacyjną (*per ovarotomian*) u dziewczyny około 18 lat liczącój. Narósł ta kształtu okrągłego, przedstawiała powierzchnią zewnętrzną nierówną; pokrytą tu i owdzie guzowatościami wielkości orzecha włoskiego i nawet większemi, o ścianach cienkich przeświecających, przy lekkim już nacisku pękających; jedne z tych pęcherzy wypełnione były płynem mętnym, mlecznym, drugie zaś przezroczystym i klejowatym. Po nacięciu całej narosli widać było wewnątrz liczne torbiele różnej wielkości, których zawartość stanowiła massa klejowata, do gęstego śluzu podobna; były one w rozmaitym stopniu rozwoju i ściśle obok siebie ułożone. Na ścianach niektórych torbieli, zwłaszcza większych, osadzone były torebki małe jakby brodawki, które po nacięciu przedstawiały wewnątrz małe jamki wypełnione również massą klejowatą. Badanie drobnowidzowe tych torbieli wykazało, iż ściany ich składały się ze zbitój tkanki łącznej, a od wewnątrz pokryte były wszystkie nabłonkiem słupkowatym, w mniejszych zaś torebkach komórki te nabłonkowe opatrzone były migawkami. Zawartość torbieli galaretowata, pod drobnowidzem badana, przedstawiała gdzie niegdzie komórki wielkie wypełnione massą klejową (*colloidalną*); szczególniej przedstawiły się te komórki w zawartości pochodzącój z drobnych torebek: w massie mętnój było wiele stłuszczonych komórek, wolnego tłuszczu i kryształów cholesteryny.

Kolega Brodowski opierając się na przytoczonych tu wynikach badań mikroskopijnych i drobnowidzowych, uważa to zwyrodnienie jajnika za narosł torbielową, klejową (*cysto-ida colloides*) i nadmienia, iż niniejszy okaz potwierdza zdanie Rokitansky'ego i Hodgkina, że przy powstaniu torbieli złożonój biorą udział ściany torbieli pierwotnej na których wyrastają liczne inne takie utwory; chociaż Virchow

i Förster utrzymują, że takie torbiele klejowate od samego początku są złożone i rozwijają się każda oddzielnie z podścieliska (*stroma*) jajnika, przez rozmnażanie się komórek tkanki łącznej, które po większej części ulegają przemianie klejowej, komórki zaś na obwodzie się znajdujące odkładają się na ścianach i stanowią nabłonek.

Po ukończeniu rozpraw nad tym przedmiotem;

III. Przewodniczący, oznajmia zgromadzonym członkom, iż obecnie przypada termin wyboru nowych urzędników oddziału na rok bieżący, i dla tego zaprasza ich do przystąpienia do téj czynności.

Przy téj sposobności zabiera głos

Kol. Natanson wnosi, aby oddział Anatomii, Fizyologii i Nauk przyrodniczych posiedzenia swe nadal odbywał na ogólnych zebraniach Towarzystwa, przez co daną będzie sposobność wielu kolegom do brania udziału w pracach tego Oddziału i korzystania z licznych interessujących okazów zwykle tu przedstawianych.

Wniosek ten przez wszystkich obecnych jednozgodnie przyjęty został i postanowiono: aby odtąd posiedzenia tego Oddziału odbywały się na zebraniach ogólnych Towarzystwa, raz na miesiąc we Wtorek po 1-ym każdego miesiąca, a to po ukończeniu porządku dziennego posiedzenia ogólnego. Gdyby zaś z przyczyny nagromadzenia się licznych czynności odnoszących się do tego Oddziału takowe nie mogły być załatwione na tych zebraniach, natenczas zwołane będą nadzwyczajne posiedzenia Oddziału w zwykłym terminie, t. j. w ostatnie Wtorki każdego miesiąca.

Następnie członkowie oddziału przystąpili do wyboru nowych urzędników. Po odbyciu głosowania okazało się iż obrani zostali: na przewodniczącego kol. Brodowski, na zastępcę przewodni. kol. Fudakowski, na sprawozdawcę kol. Portner, na delegata Oddziału do komitetu redakcyjnego Pamiętnika T. L. W. kol. Portner.

Na tém posiedzenie ukończono.

Portner.

ODDZIAŁ POŁOŻNICTWA, CHORÓB KOBIET I DZIECI.

Posiedzenie 41sze, z dnia 15 stycznia 1867 r.

Obecnych członków 9.

Protokół poprzedniego posiedzenia został odczytany, który przyjęto w zupełności, a następnie przystąpiono do wyboru nowych urzędników na rok bieżący, skutkiem czego na przewodniczącego zaproszono kolegę Dorantowicza, na jego zastępcę kol. Bernhardta, na sprawozdawcę kolegę Mikolaja Brunera. Poczem przystąpiono do zwykłych zajęć.

Kol. A p t e zwraca uwagę, że obecnie choroby położnic są rzadsze, lecz za to spostrzega pewne nienormalności w tworzeniu się płodu, skutkiem których dosyć częste bywają poronienia i porody przedwczesne. Dwa razy widział przyklejenie łożyska u dwóch pierwiastek; u jednej położnicy widział płód urodzony dojrzały w położeniu twarzowém, twarz była silnie obrzmiałą i zasiniałą; u tej samej położnicy łożysko było przyklejone i zaciśnienie ust macicznych, skutkiem czego przeprowadzenie ręki i oddzielenie łożyska wiele przedstawiało trudności. Daléj kolega A p t e spostrzegał często zapalenia płuc u dzieci, niekiedy bardzo groźne lub śmiertelne, nawet u dzieci 3 tygodnie życia liczących.

Kol. B e r n h a r d t spostrzegał u dzieci częste choroby kataralne.

Kol. C h w a t spotyka częste choroby mózgowie u dzieci, krup i zapalenia płuc.

Kol. D u d r e w i c z obserwował liczne wypadki zajęć dróg oddechowych, czasami po kilka dzieci w jednym domu, zwykle *broncho-pneumonia*. U dzieci silnych używa środków przeciwwzapalnych, u słabszych *Inf. cephaëlidis* i *Kali chloricum*. Oprócz tych chorób wiele miał wypadków odry (przy ulicy Karmelickiej), u 6 dzieci po krwotoku z nosa wkrótce nastąpiło polepszenie. Miał też w kuracyi dziecko, które w ospie dostało zapalenia płuc, skutkiem czego umarło.

Kol. K o r z e n i o w s k i spostrzega często odrę. Przytem komunikuje, że śledząc za dosyć częstemi wypadkami *spon-*

dylartrocacae starał się znaleźć środek, któryby mógł zapobiedz tworzeniu się ropy, wywołać granulacją i wstrzymać rozpad tkanek okolicznych; powodowany dobrym wypadkiem z zastosowania jodku rtęci u chorego dotkniętego próchniciem kości czaszkowych, takowy użył u dzieci dotkniętych cierpieniem zapalnym kręgow i w dwóch wypadkach już po użyciu 6 gr. w ciągu dni kilkunastu ilość odchodzącej ropy znacznie się zmniejszyła. (Przepisuje w formie następującej: *Rp.* Protojodureti hydrargyri gr. 3; *Extr.* cicutae, gr. XXIV, *Extr.* opii gr. 3 na 30 pigułek, z których trzy dziennie dzieciom podaje).

Kol. A p t e używał już dawniej tego środka w *otitis interna* po $\frac{1}{8}$ gr. i widział, że bóle w kości znikają, bynajmniej zaś ilość ropy się nie zmniejszała.

Kol. D o r a n t o w i c z jako częstą przyczynę głuchoty uważa ospę naturalną. Widział dziecko, które przebyło varioloidem, dziś zaś dostało ospy naturalnej. Ma obecnie w kuracyi dziecko lat 11 liczące, płci męskiej dotknięte chorobą Werlhoffa, lecz które przy użyciu chinu z kwasem solnym znacznie się poprawiło na zdrowiu.

Kol. K o r z e n i o w s k i komunikuje obserwacją kol. Oczapowskiego, który u dziecka dotkniętego ospą szczepił krowiankę i widział znaczne złagodzenie w przebiegu choroby.

Kol. D o r a n t o w i c z obserwował już to przed 4my laty.

Kol. K o r z e n i o w s k i wspomina, iż widział u S i m p s o n a, okazany mu przez jego asystenta dr. C a r u s a redresser, którego z pożytkiem używa przy zagięciach macicznych; składa się on z blaszki okrągłej wielkości grosza, w środku której znajduje się przyczepiona podwójna sprężynka stalowa, sprężystością swoją rozdzielająca się widelcowato i tym sposobem trzymająca się samodzielnie we wnętrzu macicy po jej wprowadzeniu. C a r u s zastosował ją w trzech wypadkach. Kobiety redresser ten znoszą dobrze i na trzeci dzień po założeniu już wychodzić mogą z domu.

Sprawozdawca M. B r u n e r.

ODDZIAŁ EPIDEMIOLOGII I HYGIENY PUBLICZNEJ.

Posiedzenie 49te, dnia 18 lutego 1867 r.

Przewodniczący kol. A p t e.

Obecnych członków 9.

Kol. A p t e przeczytał protokół z poprzedzającego posiedzenia.

Kol. N a t a n s o n, z nadesłanych 59 raportów ułożył i przeczytał obraz epidemiologiczny Królestwa Polskiego za miesiąc styczeń r. b.

Kol. S t a n k i e w i c z starszy najczęściej widywał kataralne cierpienia zwłaszcza u dzieci.

Kol. B e r n h a r d t leczył zapalenia gardła nie błonicowe, zimnice, niekiedy zamaskowane, lekkie tyfusy, dysenterye u dzieci i dorosłych; variolois u szczepionej osoby.

Kol. L i b c h e n, leczył reumatyzmy ostre stawowe powikłane z cierpieniami błon sercowych i opłucnej, ospę również dosyć często widuje i to zlewającą się. W tej wychwala bardzo kwas solny do środka stosowany. Podaje go niekiedy w ilości do 3 drachm dziennie dochodzącej, mieszając z dostateczną ilością wody, tak aby lekarstwo stanowiło, raczej napój. Skuteczność środka tego kolega doświadczył wielokrotnie i odczasu jak go używa chorego na ospę nie stracił.

Prócz tego widział gorączki tyfoidalne, zapalenie gardła błonicowe, i szkarlatynę.

Kol. P ł a s k o w s k i widział-wypadki odry i szkarlatyny u osób z jednej rodziny, lecz w różnych okolicach miasta zamieszkałych.

Kol. N a t a n s o n leczył zapalenie gardła różnego natężenia, lecz z małą skłonnością do procesu dyfterytycznego; zapalenia płuc u dzieci, u których skutecznie stosował zamiast wezykatooyi, bańki suche przez dłuższy czas (niekiedy do 3 kwadransów) naciągające i ostatecznie zbąblenie skóry

wywołujące (*Ventouses vesicantes*). Tak użyte bańki zwłaszcza na skórze delikatnej mają tę zaletę, że wywołując pęcherze na skórze, jednocześnie nie pociągają za sobą zadrażnienia nerek ani ogólnego odczynu, jako niekiedy bywa po przystawionej wezykatoryi. Dalej widział kol. N a t a n s o n zapalenie mózgu u dziecka śmiercią zakończone, lekkie tyfussy, w małej liczbie skarlatynę, lecz często mumps. Chorzy gruźkami chronicznymi dotknięci doznawają pogorszenia się stanu zdrowia. Spotykał także kolega N. dosyć często wyrzut na rękach i palcach w kształcie pęcherzów wodnistym płynem na pełnionych, szerzących się w około, który nie łatwo goił się i zabliznienie niekiedy kilka tygodni trwało. W ogóle liczba chorych mniejsza niż w ubiegłym miesiącu.

Kol. A p t e leczył zapalenie gardła, katar oskrzeli i zapalenia płuc u dzieci, katar żołądka sam lub żołądka i kiszek u dorosłych, w jednym wypadku z nadzwyczajnem bólamy w brzuchu i kurczem w kończynach dolnych połączony. W tym wypadku kilka dawek większych makowca przyczyniły się do uleczenia choroby. Dalej kilka przypadków zapalenia otrzewnej, w których dla ostatecznego zniesienia stanu zapalnego i pobudzenia absorbcyi z widocznym skutkiem użył kolega zewnętrznie stężonego roztworu saletranu srebra. Dalej leczył reumatyzmy, pomiędzy któremi częściej widywał nerwoból reumatyczny 5 pary nerwów, kilka razy paroxyzmami zjawiający się i chininą w wysokich dawkach szczęśliwie leczony. Oprócz wymienionych leczył kilka wypadków *otitis interna* z nadzwyczajnemi bólami; w jednym wypadku po wypłynieniu ropy z przewodu zewnętrznego ucha, objawił się paraliż nerwu twarzowego. Nierzadkie też spotykał poronienia u młodych kobiet w pierwszych 4 miesiącach ciąży.

Poczém komitet do ułożenia szematu chorób, odbył drugie posiedzenie.

W z. Dr. A p t e.

Posiedzenie 50, z d. 2 marca 1867 r.

Przewodniczący kol. A p t e.

Obecni: Koll. Apte, Bernhardt, Kinderfreund, Korzenowski, J. F. Nowakowski, Natanson, J. Stankiewicz.

Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto. Obecni członkowie komunikowali spostrzeżenia swe co do rodzajów chorób w 2ój połowie ubiegłego miesiąca napotykanych. Zebranie tych spostrzeżeń wykazało w ogóle, że stan zdrowia ludności tutejszej w czasie wspomnionym był dość zadawalniający, że ważniejszych chorób epidemicznych nie zauważono i że panowały tylko przeważnie cierpienia, które do obecnej pory roku w naszym klimacie odnieść się dadzą. Do tego rodzaju cierpień zaliczono katary dróg oddechowych, począwszy od zajęcia krtani oskrzeli aż do samych pęcherzyków płucnych; przewodu pokarmowego, od zajęcia gardła, żołądka, kiszek cienkich aż do zadrażnienia wypustnicy (*int. rectum*) pod postacią czerwonki, (*dysenteria*) u dzieci (koi. B e r n a r d t).

Oprócz chorób kataralnych zauważano gorączki durzycowe z wysypką i z przebiegiem łagodnym dwutygodniowym, niektóre wysypki jak wietrzną ospę, pokrzywkę,—2 przypadki tężca (kol. K o r z e n i o w s k i),—liczne przypadki tak zwanój zimnicy maskowanój (*intermittens larvata*) dosyć często pod formą bólu głowy. peryodycznego a u jednego dziecka z gwałtownymi bolesciami w brzuchu, z sinością i zniżoną temperaturą ciała nocną porą występującą a chininą szczęśliwie uleczoną, (Kol. A p t e).

Z powodu téj ostatniej choroby (*f. intermitt. larv.*) wszczęła się dyskusya, którój początek dała uwaga kol. N a t a n s o n a nad niewłaściwością nazwy zimnicy maskowanój, nadawanój rozmaitym nerwobólom, częstokroć od najrozmaitszych przyczyn zależącym. Sprawozdawca (Kinderfreund) przyznając całą słusność téj uwagi i nie przywią-

zując się do samej nazwy powyższej, którą również za niewłaściwą uważa, sądzi jednak, że jest pewna forma nerwobólu głowy, najczęściej połowę tejże zajmującego, z przebiegiem periodycznym, regularnym i ostrym, łatwo i radykalnie chininą uleczyć się dającego. Tę formę potrzeba koniecznie odróżnić od innych nerwobólów, jak migreny, prosopalgii i t. d., które zwykle są długotrwałe i chinie bynajmniej nie ustępują. Zdanie to popiera kol. A p t e co do innych form chorobnych przywołując dwa przypadki dawniej przezeń spostrzeżane, z tych w jednym perjodycznym szczykościsk przestankowo występujący (*trismus*) śmiałą dawką chininy po nadaremnie użyciu metody przeciwzapalnej został uleczone, a w drugim zapalenie płuc, które dziwne okazywało przestanki (*intermissio*), że nawet znaki fizykalne ustępowały. Otóż i w tym przypadku chinina zupełne sprowadziła uleczenie. Kol. Natanson objaśnia działanie tego środka przez wpływ swój na nerw sympatyczny i nerwy naczyniowe (*n. vasomotorii*), których pobudzenie wywołuje niedokrwistość (*anaemia*) w różnych przyrządach i usuwa tym sposobem przekrwienie (*hyperemia*) części chorobą dotkniętych, lub uśmierza nerwobóle.

Kol. Korzeniowski z téj samej wychodząc zasady nawet w zapaleniu stawów i okostnej z silnemi połączonych bólami znaczne dawki chininy z dobrym skutkiem używa i kilka odnośnych przypadków przytacza.

W końcu *przewodniczący* zwraca uwagę kolegów na doświadczenie Dra Black'a z Filadelfii z eterem siarczanym robione, w których środek ten kilkakrotnie zewnątrznie użyty okazał się bardzo skutecznym w owrzodzeniach błonicy gardła, grzybkach, a nawet ranach atonicznych pokrytych brudną warstwą.

w z. Dr. Kinderfreund.

Posiedzenie 51, z d. 16 marca 1867 r.

Przewodniczący kol. A p t e.

Obecni: kol. Apte, Helbich, Kinderfreund, Natanson, J. F. Nowakowski, Portner i Żłobikowski jako gość.

Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Natanson odczytał obraz epidemiologiczny Królestwa Polskiego, za miesiąc luty, ułożony na zasadzie 60 rapportów tak ze szpitali warszawskich jako téż przez kolegów z prowincyi nadesłanych.

Następnie obecni członkowie z kolei udzielali spostrzeżenia swe odnoszące się do chorób panujących w 1éj połowie marca r. b. Summa tych obserwacyj dała możność skreślenia obrazu chorób panujących za czas wyżéj wspomniony w sposób następujący.

Główne miejsce co do liczby zajmowała grupa chorób kataralnych tak przyrzędu pokarmowego jak i dróg oddechowych. Zapalenie kataralne gardła, katar żołądka i kiszek bardzo były częste, do tych trzeba odnieść liczne przypadki dysenteryi u dzieci (Helbich), i dwa przypadki cholery sporadycznej (Żłobikowski), z których jeden miał miejsce u dziecka, drugi zaś u kobiety dorosłej, z kurczami 36 godzin trwającemi, jednakże wyzdrowieniem się kończący. Daleko liczniejsze były katary dróg oddechowych: krtani, tchawicy i oskrzeli, które w niektórych przypadkach przedstawiały obraz gryppy (*influenza*-Helbich) Obok tych chorób zauważano w mniejszej liczbie zimnice czyste, maskowane, nerwobóle szczególnie 5éj pary a nawet zapalenia opon mózgowych. Gorączka tyfoidalna, w ogóle przez obecnych kolegów mniej często była spostrzegana; w pewnej części miasta a mianowicie w 4ym cyrkule sprawozdawca liczne przypadki tego rodzaju zauważał.

Chorób wysypkowych mniej spostrzegano, o kilku przypadkach wspomniano wietrznej ospy i pokrzywki (*urticaria*). Liczne były zastrzały (*panaritium*) i zapalenia gruczołów przyusznych epidemiczne.

w z. Dr. Kinderfreund

ODDZIAŁ CHIRURGII, OKULISTYKI I SYFILOGRAFII.

Posiedzenie 28, z d. 4 lutego 1867 r.

Przewodniczący kol. Girsztowt.

Obecni: kol. Belke, Chwat, Girsztowt, Jodko, Korzeniowski, Kwaśnicki, J. F. Nowakowski, Orłowski, Portner, Sommer, Stankiewicz, Wszebor.

Treść: I. Girsztowt: Cleidotomia. II. Wyprostowanie gwałtowne (redressement forcé) i wypiłowanie szyjki kości udowej w chorobach stawu biodrowego. III. Ogromny kostniak czaszki. IV. Jodko: Zaciemek traumatyczny ograniczony. V. Girsztowt: Syphilis vaccinalis. VI. Korzeniowski: Obrażenie kręgów grzbietowych, złamanie obu goleni zakończone wyzdrowieniem.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia, kol. Girsztowt przedstawia 24 letniego Napoleona Zylk, subjekta handlowego, od lat 14 dotkniętego skurczeniem mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego prawego (*contractura m. sternocleidomastoidei*) z następnym stałym przechylem głowy na prawo (*caput obstipum*). Powodem do tego cierpienia była blizna w mięśniu rzeczonym pozostała po ostrém częściowém jego zapaleniu, zakończoném ropieniem, które jednocześnie pojawiło się w sąsiednich gruczołach limfatycznych. Dnia 27 stycznia b. r. kol. Girsztowt przy pomocy koll. Kwaśnickiego i Wład. Stankiewicza przeciął podskórnje oba dolne brzusce (mostkowy i obojczykowy) skurczonego mięśnia, a w parę dni później założył choremu krawat z grubój tektury dla utrzymania głowy w należytém położeniu. Obecnie w 7 dni po uskutecznonj operacyi, chory w zupełności uleczony z 14-letniego swego kalectwa, głowę trzyma prosto i swobodnie na strony poruszać może. Po operacyi nie było wcale zapalenia tkanki łącznój (*phlegmone*), które niekiedy występuje po tenotomiach. Opierając się na

tym przypadku i na wielu innych podobnych w praktyce swojej napotkanych, kol. Girsztowt w przykurczeniach mięśniowych (*contractura muscularis*) oddaje pierwszeństwo tenotomii przed *brisement forcé*.

Kol. Girsztowt pragnie zasięgnąć rady zebranych kolegów w następującym przypadku. Młody, obecnie 14-letni chłopiec, przed 4-ma z górą latami spadł z konia na okolicę biodrową prawą, poczem wkrótce tak w biodrze jak w kolanie odezwały się bardzo silne bóle, które po przystawieniu pijawek i spokojném leżeniu dały się uśmierzyć. W kilka jednak miesięcy te same bóle powróciły; na około krętarza wielkiego potworzyły się przetoki, z których ropa odtąd ciągle się sączy, sama zaś kończyna stale przybrała kierunek nieprawidłowy, zgiąwszy się pod kątem prawie prostym w biodrze i w kolanie. Od tego czasu chory chodzić może oparty na dwóch kulach. Stojąc, przykurzoną kończyną nie dostaje wcale do ziemi ale brzegiem wewnętrznym stopy prawej opiera się o goleń lewą. Ruchy bierne i czynne w stawie biodrowym są niemożliwe, wszystkie mięśnie kończyny chorój są w stanie zaniku, miednica przechyliła się na bok, kręgosłup w części swój lędźwiowej wygiął się ku przodowi i przybrał ruchomość niezwykłą kompensującą w części brak ruchów w biodrze. Zdaniem kol. Girsztowta, najprawdopodobniej jest tu cierpienie samego stawu biodrowego, które do otwarcia jego doprowadziło, gdyż zgłębnik przez przetoki zaprowadzony zdaje się dochodzić do panewki (*acetabulum*). Jeśli by to rozpoznanie okazało się prawdziwém, zapytuje się kol. Girsztowt w jaki sposób wypada leczyć chorego: czy wykonać *redressement forcé* dla wywołania ankylosis w dogodniejszym kierunku, czy przystąpić do wypitowania szyjki kości udowej?

Po wprowadzeniu chorego do sali posiedzeń i wybadaniu przez kolegów, kol. Korzeniowski oświadcza, że z danych zebrać się dających nie można jeszcze stanowczo wnioskować o cierpieniu samego stawu. Przy położeniu chorego na grzbiecie, oba kolana zupełnie sobie odpowiadają, niema więc ani skrócenia kończyny ani jój zwichnienia dobrowolne-

go w biodrze, które przy tak długim cierpieniu stawu zwykle się wykształca. Odżywianie chorego jest dobre co także nieprzemawia za chorobą samego stawu. Wreszcie nieruchomość stawu dałaby się z pewnością stwierdzić dopiero po zachloroformowaniu chorego. Cały ten stan mógłby zależeć od cierpienia krętarza wielkiego. Dlatego zdaniem kol. Korzeniowskiego należy dla uzupełnienia rozpoznania: 1° zachloroformować chorego; 2° rozszerzyć za pomocą cięć istniejące przetoki, poczem, jeśliby znaleziono tylko próchnienie (*caries*) krętarza wielkiego, odjąć część jego chorą, gdyby zaś znaleziono staw otwarty, dopełnić operacyi przez wypiętowanie szyjki kości udowej.

Kol. Stankiewicz ostateczne rozpoznanie uważa także za niemożliwe bez poprzedniego zachloroformowania i poprowadzenia cięć potrzebnych. Odrzuca jednak stanowczo *redressement forcé*, gdyż przypuściwszy, że jest choroba samego stawu, jego otwarcie i ankylosis, co na zasadzie zebranych dotychczas znaków za najprawdopodobniejsze uważa, bo ciągły odpływ ropy przez przetoki świadczy o niewygasłym jeszcze procesie zapalnym w samych kościach, dlatego *redressement forcé* mogłoby stan ten miejscowy tylko pogorszyć, a kończyna po odjęciu odpowiednich bandaży przybrałaby napowrót wadliwe swe położenie.

Kol. Girsztowt nie widzi w obecnych warunkach tak stanowczego przeciwwskazania do wyprostowania gwałtownego. Choroba samego stawu ma za sobą prawdopodobieństwo graniczące z pewnością. Za nią przemawiają początek choroby, jej przebieg i długotrwałość, kolejne pogorszenia i poprawy, przykurczenie kolana. Od czasu do czasu odchodziły kosteczki, obecnie ropienie się zmniejszyło, stan ogólny się znacznie poprawił, bardzo więc prawdopodobnie proces zapalny w kościach jest na dokończeniu, ankylosis ossea partialis wykształciła się i dlatego wyprostowanie gwałtowne (*redressement forcé*) jest możebnym. W każdym razie kol. Girsztowt zgadza się na uzupełnienie rozpoznania przez zachloroformowanie i poprowadzenie cięć dla rozszerzenia istniejących przetok.

Przewodniczący przedstawia następnie ciekawy preparat anatomiczny przysłany z Lublina przez Dra Ś n i a d k o w s k i e g o. Jestto czaszka na której spostrzegać się daje znacznych rozmiarów kostniak (*osteoma*) zajmujący na prawej połowie kość czołową, kość boczną i skroniową, wypełniający w większej części oczodoł i wystający do wnętrza czaszki. Na powierzchni wygórowania zewnętrznego dają się spostrzegać bruzdy odpowiednie przyczepowi mięśnia skroniowego a nawet przebiegowi pojedynczych jego pęczków. Jedne części kostniaka były w stanie *osteosclerosis* inne *osteoporosis*. Czaszka ta należała do kobiety długi czas w szpitalu lubelskim leczonęj, i do niej dołączone były 2 kości goleni (*tibia et fibula*) z tęg samęj kobiety pochodzące, na których wyrosłe kostne w kształcie cierni gęsto były osadzone.

Kol. J o d k o przypomina sobie, że w klinice dorpatkiej widział kostniak, na pozór ograniczony do części wewnętrznej ściany oczodołowej górnej, po usunięciu którego zapomocą dłuta nastąpiło zapalenie opon mózgowych i śmierć. Sekcyja wykazała, że kostniak odjęty był tylko częścią daleko większego znaczną część kości czołowej zajmującego. Drugi przypadek kostniaka operowanego podaje M a i s o n n e u v e: nowotwór znajdował się w zatokach czołowych, dał się odjąć za pomocą obczązków, poczem chory wyzdrowiał.

Kol. G i r s z t o w t zwraca uwagę na różnaitość pochodzenia kostniaków a ztąd częstą niemożność ich operowania. Podług budowy swęj kostniaki dzielą się na: 1) *exostoses eburneae*; 2) *E. spongiosae*; 3) *medullosae*, które we wnętrzu kości powstają. Klinicznie kostniaki dzielimy na: 1° *Exostoses epiphysariae*, które są tylko nadrostami i łatwo się od powierzchni kości oddzielić dają i 2° *E. parenchymatosae* zupełnie zlane z dawną kością. Te ostatnie podług W e b e r a mogą być: 1° pod formą grzebieni, kolców kostnych (*spina-ossea*) i znajdują się na miejscach odpowiadających przyczepom ścięgien, mięśni, powięzi; 2° pod formą grzyba na szypulce trzymającego się dawnęj kości, (*exostosis pedunculata*); 3° z szeroką podstawą ale zawsze tylko ograniczoną część powierzchni kostnej zajmujące, i 4° wreszcie zajmujące znacznie-

sze przestrzenie kostne i stanowiące przejście do *hyperostosis*.

Kości na których kostniaki są usadowione mogą pozostać niezmiennie, albo ulegają stwardnieniu (*sclerosis*) jak np. gdy diploë znika a jego miejsce zajmuje substancja korowa kości (*substantia compacta*) albo wreszcie kość stawu rozrzedza się (*rarefactio*) i mięknie. Co do punktu wyjścia kostniaki powstają: 1° z okostnej (*E. periostalis*), albo 2° z chrząstki (*E. cartilagine*) występując na spojeniu epiphysis cum diaphysi, albo 3° *Enostoses*, z tkanki szpikowej, najczęściej in orbita. Operować się dają tylko te które z kością nie są zlane, a przynajmniej na wązkiej tylko siedzą szypułce, jak *Exostoses epiphysariae*. Taki właśnie kostniak wielkości pięści, pod pachą usadowiony, odjął kol. Girsztowt Siostrze miłosierdzia, dotychczas obowiązki swoje spełniającej w Szpitalu Ś. Rocha.

Kol. Jodko wprowadza chorego u którego wskutek obrażenia traumatycznego soczewki, po 12 tygodniach rozwinęła się katarakta do małej tylko części soczewki ograniczona, co jest bardzo rzadkiem, zwykle bowiem katarakty traumatyczne szybko na całą soczewkę przechodzą. Chory igłą ukłuł się w oko, igła weszła przez sam brzeg rogówki i zdawało się że doszła tylko do komórki przedniej; były bowiem objawy zapalenia tęczówki, która częścią uwięzła w ranie zewnętrznej a częścią przylepiła się do soczewki nie okazując ze swjej strony żadnych zmian. Po 2 tygodniach kol. Jodko wykonał iridectomię od wewnątrz, odlepił tęczę od soczewki i atropiną utrzymał ją w oddaleniu. Przed 20 dniami, po upływie 12 tygodni od wypadku z igłą, spostrzegł szarawy odbłask który przy świetle bocznem okazał się pochodzić od skataraktowanej małej części soczewki. Ograniczenie processus przypisuje kol. Jodko temu, że igła wdrążając do komórki tylnej przekłuła torebkę soczewki (*capsula lentis*) przy brzegu soczewki, gdzie znacznie mniejszą okazuje elastyczność aniżeli w środku, przez co ranka zadana prędzej zagoić się mogła, tamując tem samym dłuższe działanie cieczy wodnej (*humoris aquei*) na substancją soczewki.

Kol. G i r s z t o w t przedstawia chorego cierpiącego na *sypphilis vaccinalis*. Jest nim Majer G..., 20 lat wieku liczący, który w 8 dni po urodzeniu obrzezany do półtora roku życia był zdrow zupełnie. Wtedy po zaszczepieniu mumpsu w kilka tygodni wystąpiło obrzmienie gruczołów limfatycznych pod pachą i pod żuchwą; okazała się wysypka naprzód na twarzy, później na kończynach, penis, scrotum, urethram i capillitium, która to wysypka w ciągu 8 dni miała ustąpić leczeniu. Do 13 lat, pomimo tego, ropnie podskórne (*gummata*) nieprzerwanie tworzyły się na głowie zagajając się po wyjściu ropy. Od 13 roku podobne ropnie występowały także na okolicy mostkowej i przedramieniowej lewej. We Wrześniu 1866 roku ropnie te znów wystąpiły na głowie i karku ze strony prawej; wreszcie na tylnej ścianie przełyku (*abscessus retropharyngealis*), co go zmusiło do szukania pomocy lekarskiej w szpitalu Ewangelickim. Chory przedstawiał obraz następujący: wycieńczony, chudy, cera brudno-żółta, na wierzchołku głowy wrzód kształtu gruszkowatego wielkości dłoni, na środku dna którego znajdują się 3 przetoki prowadzące do kości nierównej i szorstkiej. Sześć takich samych przetok na brzegu wrzodu daje się wykryć, które sączą posokę krwawą. Na kości tyłogłowej takież sam wrzód wielkości 3ch groszy z 3-ma przetokami. Wrzód trójkątny na skroni prawej z 5ma przetokami. W okolicy mięśnia mostko-sutkowego blizna fioletowa z trzema przetokami i blizna biaława gwiazdzista. Wrzody znajdują się jeszcze na bocznej prawej okolicy karku pomiędzy mięśniami mostko-obojęczykowo-sutkowym i kapturowym, na połączeniu łopatki prawej z obojęczykiem i na mostku. Oprócz tego blizny przyrosłe do kości pod sutką lewą i na przedramieniu prawem. Po otwarciu abscessus retropharyngei pozostała przetoka prowadząca do kręgów szyjowych.

Przepisano choremu jednoczesne zażywanie rtęci i jodku potasu do wewnątrz, opatrywanie wrzodów roztworem winianu potasu i żelaza i płukanie gardła roztworem chloranu potasu. Skutkiem tego leczenia po 6ciu tygodniach przetoki

prawie wszystkie się pozagajały, wrzody pokryły się bliznami, ogólne odżywianie się polepszyło.

Kol. Korzeniowski opowiada przypadek szczęśliwego uleczenia kobiety, która spadła z wysokości drugiego piętra i uległa złamaniu kości obu goleni, wyrostka poprzecznego 7go kręgu grzbietowego i rozerwaniu więzów wyrostków ciernistych. Przez kilka dni chora ta doznawała napadów zaduszania połączonych z zasinieniem, które co chwila kazały się spodziewać jęj śmierci, nie było jednak prócz zatrzymania moczu innych objawów porażenia.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sprawozdawca Dr. Wszębor.

Nowe dzieła.

Clinique photographique de l'hôpital Saint-Louis, par M. A. Hardy, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, chevalier de la Légion d'honneur, et M. A. de Montméja, ex-interne provisoire des hôpitaux, chef de clinique ophthalmologique. 1 vol. petit in 4^o avec environ 40 planches photographiées et coloriées.

Note sur la cicatrisation des os et des nerfs, par le docteur Dubrueil, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1867, in 8^o de 7 pages,—Prix: 50 c.

Historique de l'art des accouchements, par le docteur Verrier. Paris, 1867. In-8^o de 30 pages. —Prix: 1 fr.

OBRAZ EPIDEMIOLOGICZNY

KRÓLESTWA POLSKIEGO

za miesiąc marzec 1867 roku.

Oddział higieny publicznej i epidemiologii Warsz. Tow. Lek. otrzymał za miesiąc marzec r. b. 55 doniesień, a mianowicie:

I. *Z gubernii Warszawskiej*: z miasta Warszawy oddział epidemiologiczny; z miasta Radymina, dr. Babczyński; z m. Jadowa, dr. Bokiewicz; z m. Mińska, dr. Komaniewski.

II. *Z gubernii Kaliskiej*: z m. Sieradza ddr. Stanisławski i Wągrowski; z m. Łęczycy, dr. Sztam; z m. Szadka, dr. Kaczkowski; z m. Wielunia, ddr. Kontkiewicz i Grabowski.

III *Z gubernii Petrokowskiej*: z m. Rawy, dr. Zagórowski; z m. Łodzi, ddr. Sierzel i Lohrer; z m. Częstochowa, dr. Muliewicz; z m. Żarek, dr. Szklarski; z m. Bendina, dr. Pilecki.

IV. *Z gubernii Radomskiej*: z m. Radomia, ddr. Rewoliński, Smith, Chocianowski, Ignatiew, Przychodzki, Gośławski, i pan Brusendorff, (sposrzenia meteorologiczne). z m. Opocznej, dr. Wawnikiewicz; z m. Szydłowca, dr. Ronthal.

V. *Z gubernii Kieleckiej*: z m. Kielc, ddr. Andrzejowski, Sulicki i Łuszczkiewicz; z m. Miechowa, dr. Buchner.

VI. *Z gubernii Lubelskiej*: z m. Lublina, ddr. Okorski i Śniadkowski; z m. Nowo-Alexandryi, dr. Pasiutewicz; z m. Kazimierza, dr. Rodcewicz; z m. Kraśnika, dr. Łukaszewicz; z m. Szczebrzeszyna, dr. Baroc; z m. Białgoraja, dr. Piramowicz; z m. Hrubieszowa, dr. Krajewski.

VII. *Z gubernii Siedleckiej*: z m. Siedlec, dr. Korabiewicz; z m. Węgrowa, dr. Wyszomirski; z m. Sterdyni, dr. Rosicki; z m. Sokołowa, dr. Maleszewski; z m. Janowa, dr. Maleszewski; z m. Garwolina, dr. Jahołkowski; z m. Włoda-

wy, dr. Smorczewski; z m. Międzyrzeca, ddr. Stano i Kozłowski.

VIII. *Z gubernii Płockiej*: z m. Płońska dr. Jędrzejewicz; z m. Sierpca, dr. Strzelbicki.

IX. *Z gubernii Łomżyńskiej*: z m. Pułtuska, dr. Wasiewicz; z m. Makowa, dr. Darski; z m. Ostrołęki, dr. Łazowski; z m. Łomży, dr. Popławski.

X. *Z gubernii Suwałkskiej*: z m. Kalwaryi, dr. Zaleski; z m. Maryampola, dr. Smólski; z m. Wiłkowyszek, dr. Gutowski.

Spostrzeżenia o zeszłorocznej epidemii cholery nadesłał dr. Ronthal z Szydłowca.

Miesiąc marzec był dosyć pogodny, wilgotny i bardzo chłodny. Średnia temperatura niższa od normalnej o $0,5^{\circ}$ R. od temperatury lutego r. b. o $2,6^{\circ}$ R.; a od temperatury marca r. z. o $3,4^{\circ}$ R. wynosi $1,8^{\circ}$ R., najwyższa $+ 9,5^{\circ}$ R. (dnia 31.) najniższa $- 18,4^{\circ}$ R. (dnia 15). Najzimniejsze były pierwsze 24 dni miesiąca. Największa zmiana dzienna temperatury o 10° R. przypadła z dnia 12 na 13 podczas gdy księżyc był w pierwszej kwadrze i najbliżej ziemi (perigeum). Wysokość barometru zmienna; *max.* 28. c. 4.45 l. p. (dnia 2) *minimum* 27 c. 1.41 l. p. (dnia 20), średnia 27 c. 8.03 l. p. wyższa od normalnej o 0.17 l. p. Średnia wilgotność 97,3, większa od normalnej o 10,3. Deszcze i śniegi rzadkie i nieobfite. Wiatr najczęstszy południowo-wschodni, często zachodni i północny, (Obserwatorium w Warszawie).

W Radomiu średnia temperatura miesiąca wynosiła $- 0,71^{\circ}$ R. *max.* $+ 11^{\circ}$ R. (dnia 26), *min.* $- 14,5^{\circ}$ R. (dnia 18). Podniesienie temperatury zauważano dnia 25. (Brusendorff).

W Nowej Alexandryi temperatura *max* $+ 8,25^{\circ}$ R. (dnia 30), *min* $- 13,45^{\circ}$ R. (dnia 18), średnia $- 1,94^{\circ}$ R. (Pasjutewicz).

W Szczebrzeszynie temperatura *max.* $+ 11^{\circ}$ R. (dnia 30 i 31) *min* $- 10^{\circ}$ R. (dnia 14). (Baroc).

W Ostrołęce temperatura *max.* $+ 9^{\circ}$ R. (dnia 31) *min.* $- 15^{\circ}$ R. (dnia 13), średnia $- 1,9^{\circ}$ R. (Łazowski).

W Kalwaryi mróz dochodził do $- 18^{\circ}$ R. (Zaleski).

Na całej przestrzeni Królestwa przeważają ciągle *katary*, głównie organów oddechowych. Najczęściej zajęte są oskrzela. Choroba ta zdarza się u osób wszelkiego wieku, najwięcej jednak postrzegana była u dzieci, u których przy zajęciu krtań i tchawicy naśladowała krup (Stanisławski i Wągrow-

ski). Na tejże podstawie, zdaje się, rozwijało się *zapalenie płuc* również na całej przestrzeni Królestwa postrzegane, a chociaż w ogóle łagodnie przebiegające, u dzieci jednak, mianowicie przy zaniedbaniu w leczeniu i w dyetycznym zachowaniu szczególnie po wsiach znaczną powodującą śmiertelność (B u c h n e r). Usposobienie gruźlicze również wpływało na zgubne zejście choroby przez pojawiające się przytęm krwotoki i rozwijające się topnienie gruźleńców. Nieraz takiemu zapaleniu oskrzeli i płuc towarzyszyło *zapalenie opłucnej* z obfitym wodnistym lub nawet ropiastym wysiękiem, z przebiegiem niekiedy szybko śmiertelnym. Częstym powodem do pojawienia się powyższych cierpień dróg oddechowych, były zaziębnienia po karnawałowych zabawach. W Kraśniku zauważano przeważnie zajęcie prawego płuca z towarzyszeniem cierpienia wątrocy. W Mińsku kolega K o m a n i e w s k i uważał potrzebę puszczenia krwi, i robi uwagę, że „jedno krwi puszczenie nie wystarczało, charakter przeto choroby był zawsze złośliwy.“

Koklusz rzadszy niż w poprzednich miesiącach, w ogóle stracił na gwałtowności. Zwiększa się jednak w Łodzi, Częstochowie, Opocznej, mianowicie zaś w Miechowie, gdzie przez powikłanie z zapaleniem dróg oddechowych znaczną powoduje śmiertelność.

Kataralne zapalenia gardła nierównie są rzadsze.

Takież *zapalenia oczu* widywano częściej niż poprzednio, mianowicie w Wieluniu, Częstochowie, Radomiu, Hrubieszowie, Jadowie, Sterdyni i Łomży. W Częstochowie przechodziły w ropiaste zapalenie ogólne oka, w Sterdyni przy zaniedbaniu widziano owrzodzenia rogówki z pozostającym bielmem (leucoma).

Katar żołądka i kiszek powodowane postępnym jedzeniem (Kielce), lub nadużyciem trunków w ogóle nie bardzo były liczne; cholerynę widziano w Sokołowie (ośm przypadków), w Lublinie i Łomży. W Częstochowie, Radomiu i Nowej Alexandryi postrzegano je stowarzyszone z *żółtaczką*. *Dysenteriją* notowano w Łodzi, Częstochowie, Mińsku i Łomży.

Reumatyzmy w ogóle mniej liczne niż w poprzednich miesiącach, widywano najwięcej w Opocznój, Mińsku i Sterdyni; często u panien z powodu zaziębienia po tańcach. Kolega Rosicki widział dobre skutki okładów z zimnej wody w początku choroby, a w *ischias* pomagało szybko podskórne zastrzyknięcie morfiny. Kolega Muliewicz przy reumatyzmie stawu kolanowego zalecił smarowanie z równych części tynktury jodowej i tynktury opium i ciepłe okładania, i chory w ciągu czterech dni wrócił do zdrowia. W Warszawie postrzegano liczne reumatalgie, mianowicie w twarzy i głowie które (jak donosi również kolega Jędrzejewicz w Płonsku) ustępowały użyciu chininy. Ztąd dosyć powszechnie przypuszczenie, wzmocnione jeszcze powrotami i przestankami właściwymi tej chorobie, że to są zimnice maskowane. Zbijaliśmy to zdanie na posiedzeniach Oddziału i sądzimy, że nie można przypisywać zimnicy wyłącznego przywileju leczenia przez chininę, inaczej, że niekoniecznie jest zimnicą co chininą się leczy.

Zapaleń czystych oprócz wyżej wspomnianych zapaleń dróg odechowych mało widziano przykładów; a mianowicie zapalenia kiszek, macicy, nerek, pojedyncze tylko przykłady. Na uwagę zasługują zapalenia opon mózgowych częściej widywanych w Warszawie i Sterdyni, gdzie dzieci do pięciu lat tej chorobie podlegały, z śmiertelnością bardzo wielką.

Zimnice coraz są częstsze; przy zaniedbaniu widziano puchlinę, co dowodzi złośliwego ich charakteru.

Do najczęstszych i najważniejszych chorób w kraju panujących zaliczyć należy *gorączkę tyfoidalną*. Co do niebezpieczeństwa choroby doniesienia są bardzo różne, po największej części jednak przebieg był łagodny. W Sierpcu „nie było domu prawie aby ktoś nie zachorował; w jednym domu zwykle inne z kolei osoby choroba zajmowała. Śmiertelność jednak na tak ogromną liczbę osób była prawie żadną, jedna tylko staruszka umarła.“ W Węgrowie widziano kilka przypadków połączonych z zupełną utratą wzroku, który z powrotem do zdrowia chorzy odzyskali, także kilka przypadków połączonych z przuszczami wielkości laskowego orzecha i dro-

bniejszemi wrzodziankami. Najczęstszymi objawami towarzyszącymi były krwotoki z nosa i z kiszek, zajęcie oskrzeli, i prawie stale wysypka właściwa.

Prawie równie częstym, szczególniej południową i wschodnią część Królestwa zajmującym był *tyfus wysypkowy* i *petociowy*. Jednym pasem panował w Żarkach, Częstochowie, Kielcach, Opocznój, Radomiu, Szydłowcu, Kraśniku, Białgoraju, Hrubieszowie, dalej w okolicach Włodawy (wsi Krzywowierzbie, Waryki, Lubień), Pułtusku, Płonsku i Łomży. Przebieg często groźny, śmiertelność chociaż nie zbyt duża, ale większa aniżeli z gorączki tyfoidalnej. „Zaraźliwość nie da się zaprzeczyć (pisze kolega M u l i e w i c z); kilka rodzin dostarczało mi w tym względzie dowodu, gdzie wszyscy członkowie kolejno przebywali tę chorobę, nawet nie mieszkający razem, tylko doglądający chorych krewnych; to samo bywało z osobami obcymi doglądającymi chorych przyjaciół. Zimne obmywania ciała, china i wino w czasie właściwym (nigdy z początku), pomimo najcięższej formy, zapobiegały w tój epidemii śmiertelnym zejściom; wszyscy wyzdrowieli.“

Z chorób wysypkowych *plonica* prawie wszędzie się zmniejsza liczebnie, w wielu miejscach zupełnie znikła, tylko z Częstochowa donoszą o znacznej śmiertelności z tój choroby, gdzie przy zgorzelinowém zapaleniu gardła zauważano złe skutki stawiania pijawek.

Odra wzmaga się. W okolicach Szydłowca powoduje dość znaczną śmiertelność, mianowicie przy nieczystém powietrzu w ciasnych mieszkaniach, niestosownej temperaturze, zadawaniu miodu do picia, poczem przyłącza się często zapalenie płuc. Toż samo postrzegano w Płockiem, gdzie nieraz zapalenie płuc bywało obustronne i wtedy bardzo niebezpieczne (S t r z e l b i c k i). W Łomży bardzo liczna przedstawiała wysypkę gęstą do szkarlatyny podobną, i niekiedy pojawiał się kaszel do krupu podobny; przebieg nie groźny. W Ostrołęce student przybyły z Łomży zaraził odrą 4 siostry dorosłe i matkę, które prawie jednocześnie dostają silnych krwotoków macicznych, bólu głowy, krzyża i kończyn dolnych, a jedna z siostr popada w szal (mania furibunda); przed wybuchem wysypki nabrzmiewają

gruczoły szyi, karku, pod pachami i w pachwinach, stan gastryczny i katar oskrzelowy. Wszystkie wyzdrowiały i gruczoły wtedy poznikały (Ł a z o w s k i). W Sterdyni pokazywał się *kur* u dzieci, które przebyły szkarlatynę, odrę lub ospę.

Ospa bardzo się rozszerza. Przebieg ma prawie wszędzie bardzo łagodny, tak, że raczej uważaćby ją należało za warioloidy. W szpitalu jednak Śgo Alexandra w Kielcach widziano parę przypadków, któreby można nazwać *czarną ospą*; całe bowiem ciało pokryte ospowemi wyrzutami napełnionemi czarną posoką; przytém ciągle krwawienie z nosa, kaszel z flegmą zafarbowaną i krwawa dyarya. Około 12 dnia choroby śmierć zawsze następowała. W powiecie Mińskim we wsiach do gminy Jakubów należących zachorowało na ospę 6, wyzdrowiały 4. W Płonsku widziano ospę zlewającą się z ropieniem do połowy ciała. Kol. Jędrzejewicz pisze, że „niewiadać wpływu czasu szczepienia na formę choroby. Ze szczepionych przed pewnym jednakowym czasem, z równą ilością blizn u jednych bywa forma ospy rodniej, z ciężkimi przypadłościami, u innych tylko *variolois*. Dzieci nie szczepione, pośród chorych ospowych nie koniecznie zarazie ulegają. Rewakcynacja u wielu dorosłych przyjmuje się pomimo kilkokrotnego szczepienia, u innych od razu.“ W niektórych miejscach pojawia się *ospa wietrzna* (*varicella*).

Pleśniawki widziano w Opocznój, gdzie przy zaniebaniu z przystępującą biegunką były przyczyną śmierci.

Błonica (*diphtheritis*) dosyć jest rzadką, natomiast *krup* coraz bardziej się szerzy. Widziano go w Żarkach, Szydłowcu, Radomiu, Mińsku, Radyminie, Węgrowie, we wsiach Macoszyn, Sapiechów i Mazonowce w powiecie Włodawskim, w okolicach Pułtuska. Wszędzie bardzo niebezpieczny. Kol. K o m a n i e w s k i „zadawał kwiat siarczany w wielkich dozach, z pomyslnym do zadziwienia skutkiem.“

Pokąsanych przez psy wściekle leczono w Żarkach (trzy przypadki) i w Kielcach (2 przypadki).

Księgosusz objawia się w jednej gminie powiatu Nowo-Alexandryjskiego, w Sosnowicy pod Włodawą. W Płonsku panuje od końca lutego. W Sterdyni i w Sokołowie ustał

Karbunkul panuje w Płonsku.

Wścieklicznę u psów widziano w Kielcach i Sterdyni.

Warszawa dnia 12 kwietnia 1867 r.

Dr. Natanson.

OBBAZ EPIDEMIOLOGICZNY

MIASTA WARSZAWY.

za miesiąc kwiecień 1867 roku.

Stan powietrzni czytaj w Obrazie Epidemiologicznym Królestwa.

Katary dróg oddechowych, najczęściej u dzieci.

Katary żółtka i kiszek, niekiedy gorączkowe, bardzo częste.

Zapalenie płuc i opłucnej, dosyć częste i u dorosłych; charakter ich łagodny. W początku choroby niekiedy wyprysk twarzy, (*herpes febrilis*).

Zapalenia gardła zwyczajne, dosyć częste.

Błonica w gardle i na częściach sromnych u dzieci, tu i owdzie. Posypywanie kwiatem siarkowym skutkuje.

Zapalenia opon mózgowych u dzieci, bardzo częste, przebieg nie zawsze łagodny.

Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych u dorosłych, tu i owdzie. Raz widziano je u dwóch osób w jednej familii i jednem mieszkaniu. Dwa przypadki tęcza.

Zapalenie otrzewnej całe i częściowe, kilka przypadków.

Reumatyzm stawowy ostry, tak miejscowy jak przeskakujący częściej niż w miesiącu marcu. Nie zawsze łagodny; widziano następstwa zatorowe.

Gorączka tyfoidalna, bardzo częsta, charakter łagodny, przebieg najczęściej dwutygodniowy, między 6 i 8 dniem bywa wysypka.

Ospa złagodzona, w różnych częściach miasta, nie liczna.

Zimnica dosyć częsta.

Zalewy mózgowo, częstsze niż w miesiącu marcu.

Wąglík (antrax) na różnych częściach ciała.

Zastrzał (panaritum) dosyć częsty.

Obłęd pijacki częsty.

Poronienia i krwotoki maciczne, dosyć częste,

Dr. A p t e.

O URETROTOMII WEWNĘTRZNEJ

przez **Józefa WSZEBORA,**

Doktora medycyny, lekarza ordynującego w szpitalu Dzieciątka Jezus.
Członka Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Wstęp i wiadomości historyczne.

W znaczeniu ogólném uretrotomia (οὐρήτρα cewka moczowa, τεμνενv ciąć) jest rozcięciem na pewnej przestrzeni ścian cewki moczowej. W znaczeniu ściślejszém, obecnie w nauce chirurgii przyjętém, przez uretrotomią rozumiemy przecięcie *zwężonej* cewki moczowej w celu przywrócenia prawidłowej jój przestworności. Uretrotomia w ogólném znaczeniu od bardzo dawnych czasów znana jest w chirurgii, już to dla wyprowadzenia na zewnątrz ciał obcych w cewce moczowej uwięzłych, już to dla wypuszczenia nagromadzonego w pęcherzu moczu, gdy przyczyną jego zatrzymania było zwężenie samej cewki, i w tym ostatnim razie nosiła ona we Francyi nazwę „*boutonnière*.“ Uretrotomia w ściślejszém znaczeniu jest operacją najnowszych czasów; jak z jój określenia widzimy w zwężeniach cewki moczowej odpowiada ona wskazaniu samej choroby (*indicatio morbi*) podczas gdy *boutonnière* czyniła zadosyć tylko wskazaniu objawowemu (*indicatio symptomatica*). W początkach naszego stulecia *Desault* i *Chopart* potępili stanowczo *boutonnière* uznając ją za niepotrzebną i niebezpieczną i powagą swoją wyrugowali ją z praktyki chirurgicznej. Dosięgnąć i przeciąć można zwężenie albo od zewnątrz ku wewnątrz, albo od wewnątrz ku zewnątrz. W pierwszym razie operator dochodzi do zwężenia poprzedniém rozcięciu części miękkich od skóry ku błonie śluzowej, w drugim cięcie idzie od błony śluzowej ku skórze. Ztąd podział uretrotomii na *zewnątrzną* i *wewnętrzną*. W roku

1844, James S y m e w Edyburgu uleczywszy zupełnie dawne zwężenie opierające się tak rozszerzaniu za pomocą świeczek jak i wewnętrznemu nacięciu, a to przez rozcięcie od zewnątrz na przewodniku przeprowadzonym przez samo zwężenie, podniósł tę operacyą do znaczenia ogólnej metody leczenia zadawnionych zwężeń, jako prężej uleczającej i trwalszy zapewniającej skutek od stopniowego rozszerzania. (*Stricture of the urethra by James Syme Edinburg 1849*). S é d i l l o t profesor w Strasburgu roku 1852, operacyę tę nazwał *uretrotomią zewnętrzną* i ograniczył jęj zastosowanie do tych tylko zwężeń przez które żadnego narzędzia przeprowadzić nie można, zastępując ją w innych razach utetrotomią wewnętrzną. Ta ostatnia znaną już była od 1819 roku, to jest od czasów Arnotta w Anglii i Amussat'a we Francyi; pierwsze nawet jęj ślady dają się spotykać wcześniej daleko. Już w pierwszej połowie XVI wieku, Alfons Ferr i, który w Neapolu wykładał chirurgią i zajmował się nią praktycznie, usuwał zwężenia twarde i modzelowate za pomocą kateteru ostrego i tnącego zarazem, którym przez zwężenie przechodził. Ostrzegał przytem, że nienależy się obawiać pokazującego się krwotoku, który jeśli pochodzi z samego zwężenia zapewnia dobry skutek operacyi. Była to pewnego rodzaju uretrotomia od przodu ku tyłowi, po której Ferr i żadnych szczególnych ostrożności nie zalecał, utrzymując, że mocz posiada własności oczyszczające i osuszające na mocy których sprowadza zabliznienie bez żadnych innych środków (1). Gdy jednak pomimo operacyi zwężenie się powracało, zastosowywał środki silnie żrące.

Ambroży P a r é (1517—1590 r.) uciekał się do operacyi wewnątrz cewki w razach twardych zwężeń. Nieobecność odpływu była dla niego dowodem, że zwężenie jest właśnie takiej natury. Celem jego operacyi nie było przecięcie zwężenia a zniszczenie takowego przez zeszkobanie i rozerwanie. Miał do tego dwojakiego rodzaju narzędzia. Jednym z nich był kateter ołowiany w odległości pół cala od końca swego pęcherzowego opatrzony licznemi nierównościami nakształt

(1) Maigaigne: „Annotations d'Ambroise Paré.“ t. II, str. 573.

pilnika. Wprowadziwszy ów kateter do zwężenia nadawał mu ruch naprzód i ku tyłowi, obracając nim zarazem, przez co rozrywał i rozraniał powierzchnią zwężenia; krwotoku jaki przytem postępowaniu miał miejsce nie zatrzymywał, chcąc przez znaczniejszy ubytek krwi zmniejszyć napięcie w chorych częściach. Drugim narzędziem Ambrożego P a r é był kateter wydrążony, srebrny, przez środek którego przechodził pręt metalowy podtrzymujący rodzaj kapturka przykrywającego koniec pęcherzowy kateteru. Po zaprowadzeniu narzędzia aż do zwężenia przeprowadzał przez nie kapturek posuwając pręcikiem, a gdy uznał że już po za zwężeniem się znajduje, wówczas napowrót go wciągał; w tym ruchu powrotnym brzegi ostre kapturka zabierały z powierzchni zwężenia warstwę pewnej grubości. Dla zupełnego skutku musiał operacją kilkakrotnie powtarzać. Jakkolwiek barbarzyńskie wydawać się może to postępowanie, Ambroży P a r é utrzymuje, że osiągnął niém bardzo pomyślne uleczenia.

W Hiszpanii, Franciscus D i a z autor dzieła „Tractado de todas las enfermedades de los rinones, vexiga y carnosidade de la verga y orina. 1588.“ Nauczał także przebijać zwężenia za pomocą ostrój trójgianiastój igły.

Ogół jednakże lekarzy uczonych, mianowicie we Francyi obawiał się operacyi krwawych wewnątrz cewki moczowej, odrzucając je stanowczo, do tego stopnia, że gdy w roku 1603 Turquet de Mayerne zoperował zwężenie króla Francyi H e n r y k a IV, fakultet paryzki uznał ten czyn za karygodny i zakazał swym członkom miewać z Turquet'em konsultacye, skutkiem czego ten ostatni zmuszony był zupełnie opuścić Francją i schronić się do Anglii.

Przez 200 lat następnych, chirurgowie robili niekiedy przekłuwania zwężeń nieprzezwyjęzonych za pomocą narzędzi mniej lub więcej zbliżonych do trokaru. Widzimy sposób ten zastosowany przez L a f a y e na osobie A s t r u c'a, autora dzieła: „Traité des maladies des femmes 1761.“ Właściwie jednak A s t r u c niebył dotknięty zwężeniem; nie mógł oddawać moczu z przyczyny guza usadowionego w pobliżu szyjki pęcherza i zatrzymującego narzędzia z zewnątrz zaprowadza-

ne. *L a f a y e*, kateter zakrzywiony i w obu końcach otwarty wprowadził przez cewkę moczową aż do samój przeszkody, którą wtedy przebił trójgrańcem wewnątrz kateteru ukrytym; poczem kateter dał się wprowadzić do samego pęcherza, gdzie przez kilka dni pozostał. Skutek operacji był bardzo pomyślny, *A s t r u c* uratowany od bliskiej śmierci, żył jeszcze lat 10 (1).

W podobny sposób postępowali w razach nieprzewycięzonych zwężeń: *P h y s i c* z Philadelphii, *D o e r n e r*, *S t a f f o r d*, *M a c g h i e* i inni.

W roku 1819, *A r n o t t* w Anglii zaproponował jako dodatek do punkcyi aż do jego czasów jedynie używanój (wyjąwszy przez *A m b r. P a r é*): 1° przecięcie zwężenia od wewnątrz i od tyłu ku przodowi za pomocą narzędzia o dwóch ostrzach rozchodzących się po przejściu przez zwężenie w kształcie litery T; lub też 2° wybranie całkowite miejsca zwężonego za pomocą ostrza kolistego podobnego do trepanu. Od tego czasu kwestya uretrotomii wewnętrznej ostatecznie postawioną została w Anglii i *S t a f f o r d* w 1827 r. podał kilka nowych narzędzi któremi tę operację wykonał. Później jednak chirurgowie angielscy mniej zajmowali się tą kwestyą i z wyjątkiem dzieła *P h i l i p s a* wyszłego w Londynie w r. 1832 i podnoszącego zalety uretrotomu *A r n o t t*'a żadnej ważniejszej pracy w tym przedmiocie nie wydali. We Francyi przeciwnie jak skoro *A m u s s a t* w roku 1827 przez podanie trzech narzędzi własnego pomysłu do uretrotomii wewnętrznej pobudził tę kwestyę do życia, nieprzestawała się odtąd w tym kraju rozwijać i doszła do tego stanu w jakim dziś się znajduje.

Historya uretrotomii nowoczesnej we Francyi rozpadą się na trzy okresy: 1° okres skaryfikacyi, 2° okres głębokich i długich cięć proponowanych przez *R e y b a r d*'a; 3° okres właściwej uretrotomii ograniczonój do tkanek stwardniałych.

A m u s s a t, a za jego przykładem *C i v i a l e*, *G u i l l o n*, *R e y b a r d*, *R i c o r d*, *S é g a l a s* i inni, zalecali skaryfikacye jako środek pomocniczy przy rozszerzaniu zwężeń za pomocą

(1) *C i v i a l e*: *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, t. I, str. 385.

świeczek w razach, gdy te ostatnie nie odnoszą skutku. Pierwszy skaryfikator podany przez A m u s s a t'a zakończony jest oliwką o żeberkach podłużnych ostrych i przez jój środek przechodzi pręt służący za przewodnika. A m u s s a t zapełniał łożem miejsca pomiędzy żeberkami, ażeby przy wprowadzaniu nie ranić ścian cewki przed zwężeniem, do którego doszedłszy zatrzymywał oliwkę i przeprowadzał głębiej sam tylko przewodnik; następnie nagłym ruchem przesunął oliwkę, której żeberka wywoływały liczne skaryfikacye w miejscu zwężoném. Inny skaryfikator pomysłu A m u s s a t'a skada się z pręta stalowego podtrzymującego na końcu swoim pęcherzowym z jednej strony półsoczewki, z drugiej ostrze. Narzędzie to wprowadza się do cewki ukryte w metalowej pochwie, z której stosownie do woli operatora występuje albo półsoczewki albo ostrze. Półsoczewki służy do bliższego określenia zwężonego miejsca przed wykonaniem cięcia, które nigdy nie przechodzi granic błony śluzowej, i idzie w kierunku od tyłu ku przodowi. R i c h o r d podał inny skaryfikator do cięcia od przodu ku tyłowi. Zaprowadza on do cewki moczowej cienki kateter rowkowany, który przechodzi przez zwężenie. Następnie po rowku kateteru przesuną pochwę z boków spłaszczoną i zakończoną oliwkowatém rozszerzeniem mieszczącym w sobie ostrze, gdy zaś dojdzie do zwężenia, przytwierdza śrubką kateter do pochewki i przez wysunięcie ostrza nacina zwężenie. Drugi skaryfikator tego samego autora, składa się z pręta opatrzonego głęboką podłużną bruzdą po której chodzi ostrze wypukłe. Przy końcu pęcherzowym pręta bruzda staje się płytką, przez co posuwające się ostrze występuje nazewnątrz, wprowadza się zakryte aż do zwężenia, tu zaś się wysuwa i nacina zwężenie od przodu ku tyłowi. C i v i a l e podał skaryfikator złożony z pochwy spłaszczonej, w której mieści się pręt stalowy zakończony ostrzem podłużném i stopniowo się zwężającym. Koniec ostrza przechodzi w zgłębnik przewodniczący długi na 15 millimetrów i który przy zamkniętém narzędziu sam tylko wystaje z pochwy. Przez posunięcie pręta podtrzymującego ostrze, toż ostrze występuje na pewną odległość, którą kursor na trzonie umieszczony wskazuje.

Za pomocą śrubki utrwalić można położenie wysuniętego ostrza i wtedy przesuwając cały przyrząd, zwężenie zostaje nacięciem. *Civiale* używa tego narzędzia dla zwężeń w części prąciowej cewki lub dla zrobienia skaryfikacji mającej ułatwić wykonanie uretrotomii wewnętrznej od tyłu ku przodowi.

W skaryfikatorze p. *Reybard'a* ostrze także zakończa się małym zgłębnikiem przeznaczonym do łatwiejszego i pewniejszego zaprowadzenia narzędzia do zwężenia; ale ostrze zakryte jest w końcowej rozszerzonej części pochwy takiego kształtu, że przy największym wysunięciu tylko połową swjej długości wystaje w kierunku pochwy, druga zaś połowa pozostająca w pochwie brzegiem swym ostrym przechodzi po nad brzeg pochwy od góry. Sposób użycia tego narzędzia jest taki sam zupełnie jak skaryfikatora *Civiale*.

Oprócz tych narzędzi istnieje wielka liczba skarafikatorów podanych przez różnych autorów; lecz powodzenie ich krótkotrwałe lub żadne wstrzymuje nas od ich opisu, napróżno obciążającego pamięć, bez żadnej naukowej korzyści. Wielka ta liczba pomysłów daje nam tylko miarę usiłowań chirurgów do udoskonalenia metody przez nich używanjej, dowodząc zarazem uznania przez nich samych jej niedostateczności. Powierzchnowe nacięcie zwężenia na chwilę tylko powiększa światło cewki, część bowiem zgrubiałych tkanek nietknięta nieprzestaje stopniowo się ściągać, a nowe blizny po skarafikacji powstałe zwężają cewkę w wyższym jeszcze stopniu aniżeli przed tą operacją. Nadto skaryfikacja pomimo swego powierzchownego i chwilowego działania nie jest wolną od niebezpieczeństw, które mogą towarzyszyć wszystkim ważniejszym od niej operacyom na drogach moczowych. Dla tego dziś w jednym tylko razie racjonalnie może być stosowaną, mianowicie, gdy idzie o wykonanie właściwej uretrotomii od tyłu ku przodowi za pomocą uretrotomu zakończonego oliwką, zwężenie zaś jest tak szcuple, że przeprowadzenia oliwki nie pozwala; wtedy skaryfikacja od przodu ku tyłowi umożliwia wprowadzenie narzędzia.

Pan Re y b a r d z Lyonu słusznie przypisując nieskuteczność skaryfikacyi zbyt płytkiemu nacięciu, w r. 1833 zaproponował długie i głębokie cięcia zajmujące nietylko całą grubość zwężenia, ale i całą ściankę cewki aż do tkanki łącznej podskórnej; długość zwyczajna tego cięcia wynosi od 5 do 6iu centymetrów, głębokość zaś do 4ch millimetrów. Pan Re y b a r d do wykonania swęj operacyi podał osobny uretrotom. Narzędzie to składa się z pochewki metalowej, opatrzonej podłużną szparą. Z boków pochewki znajdują się dwa podłużne paski stalowe, które przez ruch muterki na końcu zewnętrznym, oddalając się od ścian pochewki, błonę śluzową cewki rozciągają wszerz podczas cięcia. Nożyk za pomocą stosownego mechanizmu występujący w danęj chwili przez szparę pochewki, może mniejszy lub większy kąt z nią stanowić, przez co głębić lub płyćiej wdraża do tkanek. Narzędzie powinno być tak głęboko zaprowadzone do cewki by cała długość noża znajdowała się po za zwężeniem, które dopiero podczas ruchu powrotnego nacięciem zostaje. Po operacyi Re y b a r d starał się przez wprowadzanie świeczek utrzymać mechanicznie brzegi rany w oddaleniu, w celu otrzymania blizny szerokiej, cienkiej i podatnej. Paryzka akademia medyczna w uznaniu prac pana Re y b a r d'a głównie poszukiwań jego nad anatomią patologiczną zwężen i działaniem cięć, przyznała mu wielką nagrodę 10,000 franków (prix d'Argenteuil).

Pomimo tego metoda pana Re y b a r d'a niedługiém cieszyła się powodzeniem. Mogąc być stosowaną tylko do zwężen przestwornych a zatem nie powodujących zbyt wielkich zbozczeń w oddawaniu moczu, okazała się nadto w praktyce niebezpieczną z powodu krwotoku i groźnych ogólnych objawów występujących po tak obszernych cięciach. Panu Re y b a r d należy się jednak zasługa, że ostatecznie wykazał niedostateczność skaryfikacyi; chirurgowie zaś korzystając z jego doświadczeń, starali się zająć cięciem całkowitość stwardniałych i przedzonych tkanek, unikając obrażenia tkanek zdrowych sąsiednich. Tym sposobem powstała uretrotomia właściwa, trzymająca środek pomiędzy skaryfikacyami, a wielkimi cięciami pana Re y b a r d'a. Nazwiska pp. Civiale, Sédillot, M a i-

sonneuve głównie występują w tym trzecim i ostatnim okresie historii uretrotomii, którego początek datuje od roku 1855; to jest od czasu jak p. Maisonneuve zawiadomił akademią nauk o nowym swoim sposobie przeprowadzenia ostrza przez zwężenie. Obecnie uretrotomia wewnętrzna bardzo często stosowaną bywa we Francji, z coraz większym bezpieczeństwem w miarę doskonalenia się narzędzi i bliższego poznania ostróżności, któremi otoczyć ją należy. Dwa są główne sposoby jej wykonania: od tyłu ku przodowi jak zaleca Civiale, od przodu ku tyłowi jak robi Maisonneuve. W ostatnich latach wystąpił nowy sposób przecinania zwężeń od wewnątrz cewki moczowej, wynaleziony przez p. Désormeaux, prowadzącego oddział chirurgiczny szpitala Necker w Paryżu. Sposób ten który niewątpliwie da w przyszłości usługi, nie wszedł jeszcze w powszechne użycie.

W Niemczech jedni tylko specjaliści robią uretrotomią, Do takich należą Ivanchich w Wiedniu, Lippert w Frankfurcie, Seydel w Dreźnie, Schiltz w Kolonii, Stilling w Kassel.

W Petersburgu, jak słyszeliśmy, doktor Kozłowski robi uretrotomią wewnętrzną, używając do tego narzędzia własnego pomysłu.

I u nas uretrotomia znalazła zwolenników, którzy znaczenie jej pojęli i stosownie do wskazań zastosowali. Takiemi są: pp. Girsztowt, Le Brun, Korzeniowski, Kosiński i Orłowski.

Pierwszą i jedyną wzmiankę o uretrotomii wewnętrznej w Warszawie wykonanej, zawiera Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego wtomie XXXIX ogół. zbioru str. 280 z r. 1858. Wzmianka ta znajdująca się w sprawozdaniu szpitalnym prof. Le Bruna brzmi jak następuje:

„Bardzo prędko i szczęśliwie uleczył kol. Korzeniowski, chorego na zwężenia kanału moczowego, których cztery, w ciągu jednego posiedzenia, przeciął uretrotomem Civiala. Zaraz po operacji, zaprowadził do kanału świeczkę średniej grubości, później grubszą jeszcze, chory nie doznał żadnego gorączkowego odczynu i 3 dnia po operacji wyszedł ze szpitala.“

SPOSOBY WYKONANIA URETROTOMII WEWNĘTRZNEJ.

Jakkolwiek myśl uretrotomii jako krwawego rozszerzenia zwężonego miejsca jest prostą, wykonanie jęj przedstawia znaczne trudności i naraża na niebezpieczeństwa, które przez długi czas rozpowszechnieniu się tęg operacyi na przeszkodzie stawały. Trudności zależą głównie od usadowienia zwężeń w wązkim i długim przewodzie, w miejscu dla oka i palca niedostępném. Ci zatem którzy do rozcięcia zwężeń przystąpić chcieli, musieli przedewszystkiem starać się o narzędzie, któreby dozwoliło wprowadzić ostrze do samego zwężenia, bez obrażenia części niezwązonych, a następnie kierować tym ostrzem stosownie do celów operacyi.

Zobaczemy poniżej jak za pomocą uretrotomów trudności te jesteśmy w stanie przewyciężyć, i jak przez następne leczenie staramy się utrwalić rozszerzenie uzyskane uprzedzając zarazem groźne dla życia objawy, które przy najmniejszych nieraz ranach przewodów moczowych wystąpić mogą, jeśli zaniedbane zostaną pewne ostrożności.

Nim jednak do tego opisu przystąpić będziemy mogli, zastanówmy się przez chwilę, jakim warunkom cięcie w uretrotomii odpowiadać winno co do swego kierunku, głębokości i długości.

A naprzód co do kierunku rozumie się samo przez się, że cięcie to musi być podłużne to jest równoległe do kierunku samej cewki, bo tylko przy takim kierunku rozstąpienie się brzegów rany może wywołać powiększenie wymiarów poprzecznych przewodu, będące celem operacyi. Idzie zatem głównie oto, w jakim punkcie obwodu zwężenia ma być poprowadzone to podłużne cięcie.

Tu przedstawiają się dwa przypadki: albo tkanki zwężające cewkę stanowią warstwę jednakowej grubości na całym obwodzie zwężenia i wejście do tego ostatniego jest środkowe, albo przeciwnie, zgrubienie ścian odpowiada przeważnie pewnej tylko części tegoż obwodu i wejście do zwężenia znajduje się bliżej przeciwległej ściany czyli jest excentryczne.

W pierwszym razie dla celów operacji jest rzeczą obojętną w jakim kierunku poprowadzone zostanie cięcie, należy jednak unikać cięć bocznych, narażających na obrażenie małych tętnic udających się do ciała jamistego cewki (*art. bulbo-urethralis*).

W drugim razie cięcie powinno się odnosić do punktu największego zgrubienia. Takie cięcie prawie na sucho to jest bez żadnego krwawienia przywraca cewce o ile jest możebnym prawidłowy jej kierunek, podczas gdy cięcie dostatecznie głębokie w innym punkcie poprowadzone dosięgłoby części głębsze, zdrowe, narażając na krwotok i nie wpływałoby na poprawę kierunku cewki.

Co do głębokości, ta zależy od stopnia zgrubienia ściany, bo jak widzieliśmy już w części historycznej niniejszej pracy, celem uretrotomii nowoczesnej jest rozcięcie całkowite tkanek zgrubiałych bez dotknięcia głębiej leżących zdrowych.

Tak samo długość cięcia, odpowiadać winna długości zwężenia nie dotykając ściany cewki przed i po za zwężeniem leżąc.

Z tego co poprzedza łatwo wnieść można, że dla należytego wykonania uretrotomii należy posiadać pewne dane co do kształtu zwężenia, jego siedliska, grubości i rozległości tkanek je składających. Dane te możemy zebrać tylko za pomocą najtroskliwszego badania.

Nie będziemy tu wchodzić w szczegóły tego badania; ciekawy czytelnik znajdzie obszernie wyłożone w dziełach Civiala, Philipsa i innych. Powiemy tylko, że świeczka woskowa miękka, umiejętnie wprawna ręką użyta najczęściej wszystkie te dane podać jest w możności, pomnąc, że na jednorazowym badaniu zwykle polegać nie można. Kilkakrotne zaprowadzenie świeczki woskowej musi zatem poprzedzać uretrotomią. Postępowanie to może mieć oprócz tego dwa inne jeszcze cele. Naprzód możemy przez to chcieć zmniejszyć drażliwość błony śluzowej cewki moczowej, a tém samém zapobiedz kurczowemu jej ściąganiu się przy wprowadzeniu uretrotomu; powtóre w razie bardzo ciasnego zwężenia, przez które uretrotom lub jego przewodnik nie mógłby być przepro-

wadzonym, rozszerzając je do pewnego stopnia umozębniamy wprowadzenie narzędzia.

Może nam kto zarzucić, że za pomocą świeczki nie jesteśmy w stanie oznaczyć grubości tkanek zwężenia składających, a tém samym i głębokości cięcia. W samej rzeczy świeczka nie daje nam grubości ścian zwężonych, ale z wszelką dokładnością podaje średnicę zwężenia, z której wnioskować możemy jak głębokie ma być cięcie by cel uretrotomii został osiągnięty. Praktycznie oceniamy, że ten został osiągnięty, jeśli świeczkę 7 mil. średnicy przez cewkę przeprowadzić możemy, co nam dowodzi, że cewka powróciła do prawidłowej swój przestworności.

Jeśli zwężenie dane przepuszcza tylko świeczkę na 1 mil. średnicy, to musi mieć obwodu 3 mil.; że zaś prawidłowo obwód cewki wynosić powinien 21 mil. (odpowiedni do 7 mil. średnicy), potrzeba otrzymać powiększenie obwodu o $21 - 3$ to jest o 18 mil. Ponieważ przyjąć można z wszelkiém prawdopodobieństwem, że powiększenie obwodu zwężenia przy uretrotomii wyrównywa 2 razy wziętej głębokości cięcia, podzieliwszy 18 przez 2, otrzymamy 9 millimetrów na głębokość cięcia.

Obrachowanie powyższe znaleźliśmy w rozprawie napisanej przez dra Schiltz z Kolonii pod tytułem: „Ueber Innere Urethrotomie,“ drukowanej w Deutsche Klinik w roku 1866, i jako odpowiednią do potrzeb praktyki przytoczyliśmy ją wtém miejscu.

Cięcie przy uretrotomii jest prawie zupełnie niebolesne, tak że o użyciu chloroformu lub innego środka znieczulającego myśleć nie ma potrzeby. Przed samą operacją należy tylko wypróżnić pęcherz chorego by usunąć możność zetknięcia się moczu ze świeżą raną.

Za pomocą znanych po dziś dzień narzędzi możemy rozciąć zwężenia 3a sposobami: 1^o od *tyłu ku przodowi* przeprowadziwszy ukryte ostrze po za zwężenie; które przy ruchu powrotnym rozcinamy; 2^o od *przodu ku tyłowi*, gdzie ostrze posuwając się na kierowniku poprzednio wprowadzonym, przy pierwszym zaraz przejściu rozcina zgrubiałe tkanki; 3^o wre-

szcie od *wewnątrz ku zewnątrz* przy pomocy wziernika czyli endoskopu pana Désormeaux.

Uretrotomia wewnętrzna od tyłu ku przodowi.

Opiszemy tu postępowanie Civiala jako typowe dla tej uretrotomii. Służący mu do tego uretrotom składa się z dwóch głównych części: 1^o pochewka zakończona spłaszczoną z boków oliwką, w której ukryte jest ostrze; 2^o pręcik stalowy zakończony ostrzem i spoczywający w pochewce; za pomocą bardzo prostego mechanizmu przez pociągnięcie pręcika ostrze występuje z oliwki na zamierzoną odległość. Użycie tego narzędzia jest łatwe, działanie jego pewne; całe złożone i zamknięte przedstawia pręt cienki, zakończony oliwką na 2 do 5iu millimetrów grubą, długi na 19 do 24ch centymetrów. Civiale używa go w 3ch numerach. Rozmiary 1^o i 3 odpowiadają krańcowym powyższym cyfrom.

Operator wprowadziwszy instrument zamknięty do cewki, oliwkę końcową przeprowadza po za zwężenie, przyczem za jej pomocą stwierdza najważniejsze punkta rozpoznania, które poprzednio już oparł na znakach zebranych za pomocą świeczek i kateterów. Następnie wysunawszy ostrze na odległość 2 do 8 millimetrów, pociąga całe narzędzie ku zewnątrz dopóki nie dozna uczucia przewyciężonej przeszkody, poczem chowa ostrze i narzędzie wyjmuje. Po operacji dla uniknięcia zetknięcia moczu ze świeżą raną zaprowadza kateter elastyczny, który powinien pozostawać w cewce przez 24 godzin. Gdy chory nie znosi go tak długo, można go odjąć wcześniej, bo pobyt jego kilkugodzinny wystarcza by rana utraciła swoją drażliwość, a przeto mogła się zetknąć z moczem bez wywołania bólu.

Civiale leczenie zwężeń rozpoczyna zawsze od rozszerzania za pomocą świeczek, a uretrotomią robi dopiero wtedy, gdy już świeczki nic nie działają. Po uretrotomii wraca się do rozszerzania nie używając do tego świeczek elastycznych, ale kateterów cynowych. Pierwszy z nich wprowadza 3^o lub 4^o dnia po operacji i natychmiast go wyjmując stara

się końcem naciskać na ranę i oddalać jój brzegi od siebie w celu ich oddzielnego zablźnienia. Co dzień lub co dwa dni powtarza w ten sposób kateteryzacją, używając kateterów coraz grubszych, dopóki nieprzyprowdzi cewki do właściwych jój rozmiarów.

Jeśli jest kilka jednocześnie zwężeń, Civiale rozcina je wszystkie na tém samém posiedzeniu, gdy bardzo do siebie zbliżone jedném cięciem, gdy więćej od siebie oddalone wysuwając i chowając ostrze dla każdego zwężenia z osobna.

Jeśli rozcięcie zwężenia nie było zupełném, rozszerzanie następcze nie udaje się; wówczas Civiale niewacha się powtórzyć nacięcia, nawet kilkakrotnie jeśli tego zajdzie potrzeba jak to dowodzi następująca obserwacya (1).

L... Jan Edward, 47 lat wieku liczący, posiadać ziemski z Auch (w departamencie Gers) przechodził kilka tryprów w 20ym roku życia. Przed 3a laty zwężenie wykształciło się i leczone było świeczkami elastycznymi; chory zawiesił kuracyą jak tylko doznał ulgi. Ośm miesięcy temu oddawanie moczu znacznie się utrudniło; po zbytecznych wysileniach w pracy utworzył się ropień moczowy w śródkroczu, po którym przetoka się pozostała; w kilka miesięcy nowa przetoka tym samym sposobem powstała.

Dnia 19 lutego 1862 r. chory wszedł do szpitala bardzo zmęczony podróżą i zasmucony swym stanem: mocz wychodzi kroplami po największej części przez przetoki. Po 10 dniach usiłowań daremnych, mała świeczka woskowa przez zwężenie przechodzi; rozszerzanie postępuje wolno, zdrowie ogólne upada, brak apetytu, cera blada, mały kateter gumowy pozostawiony á demeure, nie jest znoszonym: silny dreszcz na wieczór dnia zaprowadzenia sondy.

Dnia 20 grudnia 1862 r. chory czuje się wiele lepiej, oddaje mocz łatwo, przetoki zmniejszają się. Śledzenie cewki oliwką uretrotomu stwierdza obecność zwężenia pod kośćmi łonowemi; uretrotomia od tyłu ku przodowi wykonaną zostaje, kateter zaprowadzony na dłużej, lekki krwotok. Przez 3 go-

(1) „De l'Urethrotomie“ Tillaux. p. 80.

dziny mocz wypływający kateterem, zabarwiony niewielką ilością krwi.

Gorączki niema, kateter pozostaje do 22 grudnia, kateter małych rozmiarów z wielkimi trudnościami może być przeprowadzony, przyczem odchodzi kilka kropel krwi; na wieczór silny napad gorączki z dreszczem i obfitemi potami.

Po 3ch dniach odpoczynku, kateter zaprowadzony na nowo, łatwiej przechodzi bez ukazania się krwi i bez gorączki. Nazajutrz grubszy kateter bez trudności przechodzi.

Następnych dni rozszerzanie odbywa się w ten sam sposób. Grubszy kateter będąc obciśniętym w ujściu, rozcięcie tego ujścia za pomocą uretrotomu Civiale (uretrotome á bascule) ma miejsce; chory utracza przy tem znaczną ilość krwi.

Dnia 6 stycznia 1863 r. nowa exploracya przewodu daje poznać miejsce nierozszerzone. *Nowa uretrotomia*, kateter à demeure, niema powikłań. W dwa dni potem, grube katetery łatwo przechodzą.

Dnia 14 stycznia, *ponowna uretrotomia* bez powikłań; przewód wrócił do podatności, grube katetery przechodzą łatwo; chory opuszcza szpital dnia 19 stycznia. Co tydzień przychodzi do szpitala, i za każdym razem gruby kateter zostaje zaprowadzonym. Po niejakiem czasie, gdy zaniedbał dalej to samo robić, przewód utracił na swój podatności i w jedném miejscu dawała się wykazać pewna sztywność. Dnia 6 lutego chory na nowo wpisuje się do szpitala, 7^o *poddaje się uretrotomii po raz czwarty*; poczem gorączki niema i wychodzi 10 lutego.

Co 2 tygodnie przychodzi dla przeprowadzenia kateteru. Uleczenie utrzymuje się należycie. Wzwoody prącia cokolwiek utrudnione; zakrzywia się członek poniżej żołądki w następstwie rozcięcia ujścia; niekształtność ta codziennie się zmniejsza. Do końca maja, chory przedstawiał się lekarzom w szpitalu.

Następująca obserwacya z własnej praktyki mojej zaczerpnięta, dla tego szczególnie zasługuje na uwagę, że od 20tu miesięcy, rozszerzenie uzyskane za pomocą uretrotomii spo-

sobem Civiala, utrzymuje się bez zmiany, pomimo zaniebdania przez chorego zaprowadzania świeczek:

Pan S... obecnie około 45 lat wieku liczący, były wojskowy, w miesiącu kwietniu 1848 r. zachorował na ostry katar zaraźliwy cewki moczowej (*blennorrhagia*). Podczas leczenia za pomocą wstrzykiwań, wystąpił zapalenie prawego przyjądrza (*epididymitis*). Po ustaniu ostrych objawów tego zapalenia, pozostał odpływ nie wielki białawy, i chory spostrzegł, że wzwody prącia stały się niezupełne. Użycie środków wewnętrznych, wstrzykiwań, wreszcie kąpeli parowych z zimnemi natryskami na krzyż i śródkrocze, sprawiły zupełny powrót do zdrowia na jesieni 1849 r. Poprawa ta niedługo się utrzymała, bo już w końcu tego samego roku, po nadużyciu kobiet, odpływ na nowo się pokazał i odtąd trwał bezustannie pomimo ciągłego leczenia najrozmaitszymi środkami przez lat kilkanaście, przyczem osłabienie ogólne i niemoc płciowa coraz się wzmagały.

Pan S... jako człowiek wykształcony i obdarzony zdolnością spostrzegania, był w stanie ocenić skutki rozmaitych metod leczenia, którym był poddawany i na żądanie moje podał mi na piśmie szczegółowy i pod wielą względami ciekawy opis stanu swego podczas trwającej choroby, z którego ważniejsze fakta podaję poniżej.

W roku 1851, po kilku kauteryzacyach metodą Lallemand'a, chory spostrzegł stopniowe zwięzanie się strumienia moczu i coraz częstszą potrzebę wypróżnienia pęcherza. W r. 1853 na wiosnę, w klinice uniwersyteckiej Kijowskiej stwierdzoną została obecność zwięzania. Zastosowano rozszerzanie za pomocą świeczek elastycznych i po kilku miesiącach przywrócono cewce w zupełności prawidłową jej przestworność. Ciągłe trwający odpływ i niemoc płciowa skłoniły leczących do kauteryzacji części prostatycznej i wprowadzania świeczek woskowych posypywanych ałunem z jednoczesnym zadawaniem środków żelazistych do wewnątrz. Postępowanie to nie odniosło pożądanego skutku, przeciwnie odpływ się powiększył i wystąpiło zapalenie lewego przyjądrza, po którym pozostał ból bardzo silny, chwilowo przystępujący po każdym oddaniu mo-

czu i rozchodzący się od jądra ku pachwinie. Pomimo tak niezadawalniającego stanu zdrowia, pan S... w miesiącu lutym 1854 r., na odjeźdźnym z Kijowa zaraził się szankrem z następczém zapaleniem i ropieniem w gruczołach pachwinowych, na co w Moskwie przebywał kuracją merkuryalną.

Rozszerzone zwężenie napowrót stopniowo się ściągało. Pan S... przybywszy do Petersburga w końcu 1854 r., musiał się poddać nowemu leczeniu za pomocą świeczek. I tym razem skutek był z początku zadawalniający, zwężenie dało się rozciągnąć, ale podrażnienie cewki wywołane wprowadzonymi świeczkami przeniosło się na jądro lewe, sprawiło zapalenie ostre tego organu (*orchitis*) z następném ropieniem i silnemi bólami. Po rozcięciu ropnia, znaczna ilość ropy odeszła i jądro pozostało przyrośniętém do skóry moszny w punkcie jój rozcięcia.

Od tego czasu ustały bóle przy oddawaniu moczu, ale pozostała skłonność do zapaleń jąder (które jak zobaczymy, później kilkakrotnie się powtarzały), odpływ zaś i niemoc płciowa dalej trwały.

W 1856 r. przy stosowaniu zimnych okładów na części płciowe, występuje na nowo zapalenie lewego jądra z ropieniem, wykształceniem się długotrwałej przetoki i powrotem dawnych bólów przy oddawaniu moczu. Za radą lekarzy chory udał się do Kreuznach, gdzie kąpiele z ługu macicznego i okłady z tegoż ługu przez dwa miesiące używane, znakomitą choremu ulgę sprawiły. Ustały bóle przy oddawaniu moczu, wzwody prącia powróciły zupełne, stan zdrowia ogólny nic do życzenia nie pozostawiał, ale odpływ z cewki i przetoka pozostały. Pan S... pojechał do Bruxelli, gdzie radził się dra Kromlinga, który stwierdziwszy obecność zwężenia w części jamistej (*pars cavernosa*) cewki moczowej, wykonał uretrotomię wewnętrzną, zaleciwszy choremu zaprowadzać później od czasu do czasu katetery cynowe.

Niedługo się pan S... cieszył tą poprawą zdrowia; już w roku 1858 spostrzegł, że wzwody członka są mniej częste i mniej zupełne. Dla odzyskania dawnej siły używał zimnych siedzeniowych kąpielei, wśród których po raz trzeci wykształca

się zapalenie lewego jądra z ropieniem, które zakończyło się zarośnięciem dawniej przetoki. W r. 1859, taż sama przyczyna sprawia zapalenie jądra prowadzące do ropnia i zagojenia bez pozostawienia przetoki. W 1860 r. kąpiele rzeczne dają powód do ponownego zapalenia prawego jądra i wytworzenia się ropnia. W r. 1862 r. dwu-tygodniowy pobyt w Kreuznach na chwilę poprawia stan chorego. W zimie 1863 r., po raz trzeci utworzył się ropień w prawym jądrze. W r. 1864, nowa kuracja w Kreuznach niewiele już działa na poprawę ogólną.

W miesiącu sierpniu 1865 r. pan S.... przychodzi do mnie się radzić. Odpływ z cewki jest cienki, białawy, dość obfity; potrzeba oddawania moczu powtarza się kilkanaście razy na dzień, w nocy budzi chorego, samo oddawanie moczu jest bolesne, mocz jest mętny, wzwody prącia nie mają już wcale miejsca. Zaprowadzone świecełki elastyczne i *bougies à boule* stwierdziły obecność zwięzienia w części błoniastej cewki moczowej. Świecełka nr. 13 Charrier'a z trudnością przechodzi do pęcherza. Chory natarczywie domaga się skutecznych choćby energiczniejszych środków. Z uwagi na dawność trwania choroby, kilkakrotne ponawianie się zapaleń jąder i przyjądrzy przy leczeniu za pomocą świecełek a zresztą na krótkotrwałość skutków tej metody w obecnym wypadku, postanowiłem zwięzienie usunąć za pomocą utretotomii wewnętrznej po uprzedniem zmniejszeniu drażliwości cewki moczowej przez kilkurazowe zaprowadzanie świecełek.

Dnia 10 września 1865 r. przy współdziałaniu kolegów drów Sikorskiego i Władysława Stankiewicza wykonałem uretrotomię za pomocą uretrotomu Civiala, przyczem zaledwie kilka kropel krwi odeszło. Kateter elastyczny nie dał się od razu przeprowadzić do pęcherza, dla tego nie chcąc przez dłuższe usiłowania drażnić świeżej rany, zastąpiłem go zakrzywionym kateterem metalowym zwykłych rozmiarów, który z największą łatwością przeszedł przez całą cewkę moczową. Zaleciłem choremu spokojne leżenie na grzbiecie i co pół godziny opuszczać koniec zewnętrzny kateteru, otwierać kruczek którym był opatrzony i wypuszczać mocz do podstawionej miseczki. Po 24 godzinach wyjąłem kateter, chory

oddawał mocz grubym strumieniem i bez żadnego bólu. Drezczu ani gorączki nie było. Na 3ci dzień chory wstał z łóżka. Przez cztery dni następne, lekkie i cokolwiek bolesne obrzmienie przyjądrza lewego, zmusza go do pozostawania w łóżku i użycia właściwych środków, przy których powikłanie to łatwo ustąpiło. 7go dnia po operacji już mogłem rozpocząć wprowadzanie kateterów cynowych począwszy od 6ciu millimetrów średnicy. Powtarzając to co drugi dzień, już po tygodniu kateter 7iu millimetrów zupełnie swobodnie przechodził. W ciągu następnego tygodnia wprowadzałem ten sam numer dla utrwalenia skutków operacji, poczem uznałem leczenie zwężenia za ukończone. Pan S.... oddawał mocz jasny i przezroczysty prawidłowo, bez bólesci, strumieniem grubym; z cewki moczowej wypływało jeszcze cokolwiek zupełnie przezroczystego śluzu, ale w tak małej ilości, że śladów na bieliznie żadnych nie zostawiał. Dla przywrócenia prawidłowych wzwodów prącia, przez kilka tygodni stosowałem faradyzacyą. Poprawa pod tym względem była tak znaczną, iż dozwoliła panu S.... wejść w związki małżeńskie w listopadzie tego samego roku. Od tego czasu spotykam niekiedy pana S...., obecnie (2 maja 1867 r.) mocz ciągle prawidłowo oddaje, pomimo że nie zaprowadza wcale kateteru cynowego jak miał zalecone; obowiązki małżeńskie spełnia należycie, choć jak dotychczas bezskutecznie, co zresztą zapewne nikogo dziwić nie będzie.

Streszczając powyższe spostrzeżenie widzimy, że w skutek długotrwałego nieżyty cewki wykształciło się było u pana S.... zwężenie w części prąciowej. Zastosowane rozszerzanie za pomocą świeczek wywoływało nadzwyczaj przykre powikłanie zapalenia i ropienia jąder, odnosiło zaś tylko chwilowy skutek, bo zwężenie po kilku miesiącach powracało. Nareszcie uretrotomia wewnętrzna wykonana przez dra Kromling w Bruxelli uwolniła chorego stanowczo od zwężenia, mówimy stanowczo, skoro upłynęło lat dziesięć od operacji i dziś żadnego zwężenia w części prąciowej stwierdzić nie można było. Nieżyt długotrwały podtrzymywany tém zwężeniem a może i środkami użytymi, sprawił powolne wytwarzanie się zwężenia, głębiej usadowionego, bo aż w części błoniastej; to

zwężenie stopniowo się zaciskając, zacierało coraz bardziej skutki pomyślne z usunięcia pierwszego zwężenia, wywołując ze swój strony objawy kataru pęcherza, które ustały dopiero po uretrotomii przezemnie wykonanej.

Uretrotomia od tyłu ku przodowi powszechnie wykonywaną bywa we Francyi za pomocą narzędzia *Civial'a*.

Jednakże *Ivanich* w Wiedniu i *Lippert* w Frankfurcie używają innych uretrotomów; pierwszy własnego pomysłu, ostatni posługuje się głównie uretrotomem *dra Langarda* z Hamburga. Z tego powodu podajemy poniżej krótki opis tych narzędzi:

Uretrotom *Ivanich*a jest długim, cienkim, prostym kateterem z rowkiem podłużnym, w którym posuwa się pręt metalowy podtrzymujący na końcu swoim ostrze; to ostatnie pociągnięte natrafia na wyniosłość na dnie rówka i w tem miejscu na zewnątrz występuje. Drugi koniec pręta podtrzymującego ostrze, okręcony jest sprężyną, która pozostawiona w spoczynku ostrze utrzymuje w zakryciu. Dla wydobycia ostrza potrzeba przewyciężyć opór sprężyny a ta jak skoro nacisk na nią wywarty ustanie, wraca do swego położenia i tem samym ostrze powrotnie do pochwy chowa. Urządzenie to daje w każdym razie zysk na czasie, bo operator już nie potrzebuje pamiętać o schowaniu ostrza, co przy niespokojnym zachowaniu się chorego zapewnia większe bezpieczeństwo. Chcąc mieć dwa cięcia boczne *Ivanich* koniec pręta wewnętrznego rozszczepia widełkowato i każde ramię opatruje ostrzem. Według tego autora, cięcie podwójne boczne nigdy złych skutków niesprawia, oprócz pojedynczego napadu gorączki i ulecza zwężenia w ciągu 6iu do 10u dni.

Uretrotom prosty służy dla zwężeń w części prąciowej; gdy idzie o rozcięcie zwężenia głębiej położonego *Ivanich* używa uretrotomu, którego koniec na długości 2 cali jest zakrzywiony. Ostrze występuje ze strony wypukłej kateteru, niedaleko od końca tak że cały instrument tylko o kilka linii po za zwężenie potrzebuje być zaprowadzonym. Ostrze jest na 4 do 5 linii szerokie. *Ivanich* posiada uretrotomy różnej grubości zaczynając od 1 1/2 millimetra średnicy. *Seydel*

zmodyfikował ten uretrotom przez dodanie zakończenia oliwkowego.

Uretrotom dra Otto Langgaaard z Hamburga jest bardzo skomplikowanej budowy. Obracając na lewo guzikiem zakończającym ręczną część tego instrumentu, z boku rurki kateteru występuje ostrze na odległość dającą się umiarkować przez mniejszą lub większą liczbę obrotów guziczka. Następnie pociągając za tenże guzik, ostrze wysunięte, przesuwa się w szparze $7\frac{1}{2}$ centymetrów długości mającej. Dr. Langgaaard ma zakład ortopedyczny i fabrykę bandaży i instrumentów chirurgicznych w Hamburgu, sam wygotowuje swoje uretrotomy, które odznaczać się mają wielkim wykończeniem i dokładnością w użyciu. Cały instrument ma 27 cent. długości a część jego wchodząca do cewki tylko 2 milimetry średnicy.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Nowe dzieła.

Hirschfeld Lud. Opis układu kostnego i stawowego (Osteologia i Arthrologia) wraz z uwagami fizyologicznymi. Tom I, zeszyt VI i zeszyt VII. Warszawa, 1867, str. 448.

Treść zeszytu VI stanowi opis rozwoju zębów i szczegółowy opis tułowia, jak kręgosłupa, żeber i t. d., dalej opis miednicy, a w zeszycie VII znajdujemy opisanie kości kończyn dolnych. Tak więc osteologią mamy prawie skończoną i wkrótce spodziewamy się ukończenia tomu I.

TINEA TONSURANS, v. HERPES TONSURANS.

przez Stanisława KOŚMIŃSKIEGO.

(Dokończenie.) (*)

AETIOLOGIA.

Jedyną przyczynę powodującą chorobę stanowi pasożyt roślinny odkryty przez Gruby (1844) i Malmsten'a (1845). Pierwszy dokładnie opisał jego własności botaniczne, nie nadawszy mu osobnej nazwy (champignon de la teigne tondante ou de l'herpès tonsurant). Malmsten nazwał go *trichophyton tonsurans*. Oba znajdowali go tylko in tinea tonsuranti głowy i sądzili, że pasożyt pobyt swój wyłącznie ogranicza na korzonkach włosów.

Trichophyton tonsurans (torulacea-Leveille, hyphomycetes Richard) należy do grzybków roślinnych najniższej organizacyi. Wyłącznie składa się ze *spor* swobodnych lub połączonych w kształcie paciorków. Właściwych elementów rurkowatych (mycelium) jakie spotykamy w innych grzybkach (achorion, oidium) tu wcale nie ma. Bazin jakżeśmy wyżej wspomnieli innego jest zdania.

Swobodne *spory* są to ciała okrągłe lub owalne 0,003—0,008 millimetra średnicy; długość ich czasami 2—3 razy większa jak szerokość. Kolor ich białawy, kontury wyraźne, światło mocno łamią, są bardzo twarde, trudno pod szklęm zgnieść się dające. Przy powiększeniu 200—300 razy przedstawiają się w kształcie komórek złożonych z cienkiej osłonki bez wyraźnego jądra. Rozpatrując je pod mikroskopem powiększającym 500 — 600 razy łatwo zauważać, że osłonka komórek składa się z dwóch warstw: *zewnątrznej* i *wewnętrznej*. Pierwsza składa się z roślinnej cellulozy,

(*) Zobacz Pamiętnik Tow. lek. T. LVII, str. 11 i 237.

druga stanowi t. z. *woreczek azotny* (utricule azoté Robin) (1). Warstwa ta wewnętrzna pod wpływem mocnych kwasów mineralnych marszczy się i odstaje od zewnętrznej, od której głównie zależy twardość spor.

Treść spor stanowi płyn azotny, krzepnący pod wpływem kwasów mineralnych; zawiera on in suspensione mnóstwo molekularnych ziarek podległych ruchowi Brown'a.

Elementy nitkowate pasożytu (trichophyton) przedstawiają się w kształcie koronki; są one złożone ze spor jeszcze nie zupełnie dojrzałych, różniących się od swobodnych tylko formą czworokątną, z mocno zaokrąglonemi kątami.

Elementy trichophyta również jak innych grzybków pasożytnych różnią się od komórek organizmu np. kulek ropy, kulek tłuszczowych, komórek tkanki rogowej etc. nie tylko własnościami swój budowy ale i niezmiennością pod działaniem odczynników chemicznych. Czysty alkohol, eter, chloroform nie wywierają żadnego wpływu na elementy pasożytów.

Alkalia gryzące, rozpuszczające elementy rogowe organizmu, ale wywierają niszczącego działania na grzybki pasożytne. Pod wpływem mocnych kwasów mineralnych (HCl, NO₅) azotna zawartość krzepnie, a osłonka wewnętrzna odstaje od zewnętrznej. Tinktura jodowa barwi *spory* na kolor żółtobury, nie dając charakterystycznej reakcji roślinnej cellulozy; reakcja ta następuje za poprzednim wpływem kwasów mineralnych; w takim razie kolor jest zielonawy, pochodzący z kombinacji niebieskiego koloru osłonki celluloznej i żółtego treści *spor*.

Rozmnażanie się trichophyta odbywa się w sposób bardzo prosty. Swobodna *spora* przedłuża się, segmentuje, tworzy się paciorkowa nitka, która doszedłszy do pewnego stopnia dojrzałości rozdziela się na swobodne *spory*.

Niektórzy nie przyznają trichofitowi osobnego rodzaju botanicznego, twierdząc, że trudno go odróżnić od innych grzybków pasożytnych. I tak Hebra zauważywszy, że na

(1) Charles Robin: Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et les animaux vivants, 257—264.

miejscach, na których długo leżały ciepłe okłady, ukazywały się trichofityczne krążki i żółta parchowa massa, wywnioskował tożsamość trichophyti i achorii, dowodząc, że oba te grzybki są tylko odmianami pasożytu rozwijającego się w kształcie pleśni w skwaśniałej massie ciepłych okładów. Twierdzenie to nie jest słuszne. Łatwiej przypuścić, że owe ciepłe okłady zawierały oprócz pleśni, *spory* tych pasożytów, co jest bardzo możebnym w obszernym oddziale chorób skórnych—i tym to *sporom* zawdzięczają swe pochodzenie tak kręgi trichofityczne jak i strupki parchowe.

Same pasożyty różnią się między sobą tak budową jak swym stosunkiem do włosów i naskórka.

Achorion więcej jest złożony jak *trichofit*. Jego elementy nitkowate są to istotne rurki, długie, gałęziste. Treść tych nitek różna, stosownie do stopnia rozwoju. Jedne puste, inne zawierają ziarenka molekularne a nawet ziarenka chlorophylu, inne więcej rozwinięte, mają w sobie dość duże ziarna zarodki przyszłych *spor*: w innych nakoniec (*thallus*, *sporangies*, *receptacula*) znajdują się już dojrzałe *spory*, których kontury szczególnie przy końcu zlewają się z konturami obejmującej je rurki. Podstawy tych nitkowatych elementów (przedłużonych *spor*) kończą się w massie ziarnistej, pomieszanej z mnóstwem *spor*. Nic podobnego nie widzimy w trichoficie, który wyłącznie składa się ze *spor*, a jeżeli te przedłużają się, nigdy wszakże nie zamieniają się na prawdziwe rurki. Ale różnica nie tylko zachodzi w budowie; sposób ułożenia tych elementów, ich stosunek do naskórka i włosów dowodzi także, że pasożyty te stanowią dwa różne gatunki we względzie botanicznym. Oba zaczynają swój rozwój w tém miejscu torebki włosowej, gdzie zakończają się kanaliki gruczołków tłuszczowych. Ale elementy *achorii Schönleinii* rozrastając się między włosem a jego pochewką rzadko przechodzą w istotę samego włosa; zwykle zbierają się one w górnej części torebki włosowej, tworząc u podstawy włosów znane strupki parchowe. Trichofiton rozrastając się między warstwami naskórka nigdy nie zbiera się w większych massach. Istota biaława jakby amiantowa, ukazująca się w pewnym

okresie choroby w kształcie łusek i pochewek u podstawy włosa nie ma żadnego podobieństwa z jasno-żółtymi charakterystycznymi parchowemi strupkami. Elementy trichofita rozmnażając się między warstwami naskórka i w torebce włosowej więcéj przenikają w samą istotę włosów.

Grzybek pasożytny *microsporon furfur*, *epidermophyton* (in pityriasi versicolori) pod względem budowy jest prostiejszy od achorion, więcéj złożony jak trichophyton. W nim oprócz *spor* widzimy liczne rurkowe elementy (*mycelium*), krzyżujące się z sobą w różnych kierunkach. Rurki te są zupełnie gładkie, puste, nie gałęziste. Niektóre z nich kończą się oliwkowém zgubieniem (nowo-tworząca się spora). Mamy tu osobny botaniczny gatunek, różniący się od trichofita tak budową, jak i miejscem pobytu. Rzeczywiście *epidermophyton* nigdy nie bywa na włosach; elementy tego rozrastają się między warstwami naskórka i przytém wyłącznie prawie kosztem powierzchownej, rogowej warstwy. Trichofit przeciwnie nie ogranicza się rogową warstwą naskórka, spory jego przenikają głębiej, dochodzą do powierzchni samej skóry (*corium, derma*).

Gruby i Malmsten sądzili, że trichophyton rozwija się tylko w korzonkach włosów. Bazin, Hebra, Baerensprung odkryli obecność jego w istocie białawej, ukazującej się w pewnym okresie choroby między włosami i u ich podstawy w kształcie pochewek i dowiedli, że pasożyt zawsze początkowo rozwija się między warstwami naskórka a następnie przechodzi na włos.

W początkach choroby pasożyt ukrywa się w substancji naskórka i ściankach torebki włosowej. Elementy jego rozwijają się między warstwą rogową i miękką naskórka, dochodzą do powierzchni samej skóry i wywołują cały szereg zjawisk reakcyjnych pod nazwą wysypek trichofitycznych. Z torebki włosowej pasożyt przechodzi na sam włos i rozrastając się zmienia budowę włosów tak, że te odłamują się u podstawy. Elementy pasożytu rozwijając się w substancji naskórka nagromadzają się w znacznej ilości między głęboką a powierzchowną warstwą, cisnąc na ostatnią, rozrywają ją i wy-

chodzą na zewnątrz pod postacią białawej łuszczyki (*pityriasis alba*). Przy takim rozroście występuje także pasożyt rozwijający się w torebce włosowej i tworzy u podstawy odłamanych włosów opisane już pochwki.

Mikroskopowe zmiany włosów są różne stosownie do czasu trwania choroby. Włosy wzięte z obwodu krążka trichofitycznego t. j. z tych miejsc gdzie dopiero zaczynają się ukazywać zjawiska pierwszego okresu, nie przedstawiają prawie żadnych zmian. Korzonki włosów wziętych ze środka kręgu trichofitycznego zawierają znaczną ilość spor, ułożonych między podłużnymi włóknami w kształcie paciorków. Oprócz tego i powierzchnia włosa pokryta jest *sporami* ułożonymi w postaci większych lub mniejszych grupp.

*Spor*y przenikając w substancję włosa przeszkadzają jego prawidłowemu rozwojowi i powoli zupełnie niszczą związek jego elementów. Ztąd pochodzą pewne zmiany w powierzchniowej formie i konsystencji włosów; tracą one giętkość, stają się kruche, trudno z korzonkami wyrwać się dają; nareszcie same się odłamują w odległości kilku milimetrów od powierzchni skóry.

We włosach uległych znacznym zmianom, trudno różnić substancją korową od części rdzeniowej: włókna podłużne są oddalone, przestrzenie między nimi napełnione *sporami*. Rozciągnięcie włókien bywa tak wielkie, że powierzchniowe włókienka łamią się i tworzą się otwory, przez które wychodzi masa pasożytna znajdująca się wewnątrz włosa. Związek korzonka z torebką powoli niszczeje i jeżeli uda się wyrwać włos cały, to on zwykle wychodzi bez pochwki. Górny koniec włosa jest nierówny, rozszczepiony nakształt pędzla. Na włosach często widzimy wypukłości zależne od nagromadzenia się istoty pasożytniej, a często także nieregularne czarniawe ciątka; czasami obejmują one cały obwód włosa i tworzą rodzaj pochwki, są to *spory* nagromadzone w ogromnej ilości.

Biaława łuszczyka pokrywająca powierzchnię tonsur składa się ze *spor* pasożytu zmieszanych z naskórkowemi elementami.

W 3im okresie choroby podług Bazin'a, pasożyt powoli znika pod wpływem obfitego ropienia w torebkach włosowych. Ma się także zmieniać jego organizacja; *spory* stają się mniejsze, pojawiają się puste gałęziste rurki *mycelii*. W ogóle w tym okresie pasożytu trudno odkryć; szukać go trzeba za radą Bazin'a we włosach najmniej zmienionych, będących na obwodzie części dotkniętych.

Pobyty pasożytu na miejscowościach bezwłosych ogranicza się prawie wyłącznie naskórkiem i torebką włosową; rzadko przechodzi na włoski, które jednak obłamują się. W samym naskórku nigdy nie bywa w znacznej ilości; ukrywa się między miękką i rogową warstwą, nie występuje na zewnątrz jak na częściach włosistych, prawdopodobnie obfity rozrost elementów pasożytu między warstwami naskórka możebnym jest tylko w obecności zupełnie rozwiniętych włosów. Łuszczenie mające miejsce na powierzchni trichofitycznych kręgów jest wynikiem tylko powierzchownego zapalenia skóry; gdyż w środku pierścieni, gdzie łuszczenie jest obfitsze jak na obwodzie, trudno odszukać pasożytu; szukać go należy we włoskach lub łuszczykach pokrywających obwodowy walik. Na paznogciu pasożyt także zaczyna się rozwijać między powierzchnią i głęboką warstwą. Rozrastając się w substancji paznogcia, trichophyt powoli niszczy blaszkę rogową i występuje na zewnątrz.

Zaraźliwość opisywanej przez nas choroby dawno, jeszcze przed 'odkryciem trichofitu była wiadomą. Wspominają już o tém Willan, Bateman, Underwood, Plumbe i Mahon. Późniejsze badania dowiodły, że wszystkie formy tej choroby są zaraźliwe t. j. nie tylko przechodzą z jednej części ciała na drugą ale nawet mogą być przenoszone z jednej osoby na drugą Cazenave (1), Baerensprung (2), Dévergie (3), Wiebe (4), przytaczają dosyć przykładów

(1) Cazenave: loc. cit. p. 198.

(2) Baerensprung: loc. cit. p. 155.

(3) Dévergie: loc. cit. p. 272. 542.

(4) Baerensprung: loc. cit. N. 16.

niezaprzeczenie dowodzących zaraźliwości wszystkich form naszej choroby. Baerensprung również jak Cazenave spostrzegali jakby epidemiczny pojaw tej choroby w zakładach naukowych, ochronkach (1). Podobne wypadki opisuje także Cramoisy (2) i Bazin (3).

Dawno już zauważali tak lekarze jak i nielekarze, że choroba była znana pod nazwą dartre, gale, trockene Rände, Kälberkrätze, psoriasis vitulina etc. jest zaraźliwa i może w pewnych razach przechodzić na człowieka (4). W ostatnich czasach choroba ta zwróciła na się uwagę tak weterynarzy jak i lekarzy. Malheurbe i Letenneur opisali ją pod imieniem *herpès tonsurant* z powodu zupełnego jej podobieństwa z chorobą tejże nazwy u człowieka; Raynal nazwał ją dartre tonsurante a Bazin i Baerensprung odkrywszy w niej trichofita stanowczo dowiedli tożsamości tej choroby z cierpieniem wywołaném obecnością tegoż pasożytu na skórze człowieka. Letenneur (5) często spostrzegał herpetem tonsurantiem w niektórych prowincjach Francyi (Wandea), na cieleciach żyjących zimą w nieczystych, źle utrzymanych oborach: pojawiały się wyraźne krążki, na których włosy albo wypadły albo były odłamane; krążki te powiększały się od środka ku obwodowi; powierzchnia ich była nierówna, pokryta białawą łuszczką. U ludzi trudniących się chowaniem chorych zwierząt, często ukazują się herpetyczne kręgi na rękach, przedramieniu, twarzy. Jeżeli zarażeniu podlegają miejscowości włosiste, to na nich rozwijają się zjawiska właściwe herpeti tonsuranti.

(1) Baerensprung: p. 142.

(2) Cramoisy: loc. cit. p. 50.

(3) Bazin: Recherches sur la nature et le traitement des teignes p. 147 abs. 17.

(4) Baerensprung: Ueber Herpes bei Haussäugethieren und seine Uebertragbarkeit auf Menschen. Annal. des Char. Krank. Berlin 1857. Beobacht. von Alibert, Fehr, Hentermüller, Epple, Heckmeyer etc. Gazette des hopitaux 1858 N. 5. rapport de Dévergie sur le mémoire de Raynal ayant pour titre de la dartre tonsurante du cheval et du boeuf contagieuse de ces animaux à l'homme.

(5) Cramoisy: loc. cit. p. 46.

Na rok jeszcze przed ukazaniem się broszury Letenneur'a (1) Cazenave zwrócił uwagę swoich słuchaczy na człowieka, u którego na policzku rozwinął się charakterystyczny *herpes circinatus* w skutek niesienia na plecach chorożego cielaka (un veau dartreux) (2). Bazin (3) przytacza także wypadek przeniesienia herpetis tonsurantis z koni na żandarmów. Podobne wypadki opowiadają Santlus, Höring, Hafner (4). Baerensprung (5) dla przekonania się o słuszności spostrzeżeń natarł sobie mocno skórę na lewym przedramieniu łuskami wziętymi z trichofitycznego kręgu cielęcia, po kilku dniach na miejscu natartém, ukazał się charakterystyczny *herpes circinatus*. Podobne doświadczenia z jednakim skutkiem dokonał Gerlach (6). Są także spostrzeżenia dowodzące, że *herpes tonsurans* może przejść z człowieka na zwierzęta (7).

Spory trichofita są jedynym czynnikiem zarazy. Mogą się one udzielać: 1) przez powietrze, 2) przez bezpośrednie lub pośrednie zetknięcie, 3) przy pomocy szczepienia.

Bazin jeszcze odróżnia przyczyny usposabiające (causes prédisposantes) od usposobienia (prédisposition, aptitude) stanowiącego według jego zdania wewnętrzny element choroby. Różnica ta nic nie objaśniając gmatwa i bez tego ciemną kwestyę o przyczynach usposabiających. Przyczyny te są bardzo mało zbadane. Dotąd nie znamy wcale wpływu miejscowości geograficznych, klimatu, pór roku na rozwój trichofita.

(1) Letenneur: Reflexions sur l'herpès tonsurant des animaux 1852.

(2) Gazette des hôpitaux 1858 N. 5. Ja także w jednej wiosce w Zakroczymskiem widziałem herpetem circinatum na rękach u pasterza zarażonego tą chorobą od cieląt.

(3) Bazin: Recherches sur la nature et le traitement des teignes p. 79.

(4) Baerensprung: loc. cit. p. 85.

(5) Tamże p. 86.

(6) Tamże p. 86.

(7) Cramoisy: loc. cit. p. 47.

Położenie socyalne mające takie znaczenie przy rozwoju niektórych chorób pasożytnych np: świerzby, nie okazuje wyraźnego wpływu na powstawanie herpetis, który właściwy jest tak wyższym i średnim klasom towarzystwa jak i niższym (Bazin). Co zresztą trudno zgodzić z faktem dawno znanym, że złe warunki higieniczne, szczególnie nieczystość usposabiają do chorób pasożytnych.

Płeć i wiek mają niewątpliwy wpływ na powstawanie opisywanej przez nas choroby. Częściej spotykamy ją u dzieci, szczególnie u chłopców.

Temperament podług Bazin'a wpływa tylko na własność wysypek symptomatycznych: limfatyczny temperament usposabia do pęcherzyków i pryszczycy; nerwowy — do grudek (*papula*); — krwisty do gruzelków i czyraków.

Delikatność i cienkość skóry, równie jak stopień rozwoju włosów większy mają wpływ na przebieg i trwałość choroby jak na jej powstawanie.

Bazin, jako przyczynę usposabiającą przytacza także *syphilis*. Oto wszystko, co można powiedzieć o przyczynach usposabiających herpetis tonsurantis. Ile one usposabiają i na czym zależy ten wpływ usposabiający?

Zarażenie składa się z dwóch elementów: 1) z przeniesienia *spor* i 2) z rozwoju ich na pewnej części organizmu. Wszystkie możliwe przyczyny usposabiające tak znane jak i nieznanne, mogą sprzyjać powstawaniu choroby tylko dwojakim sposobem: 1) albo ułatwiając przeniesienie czynników zarazy; albo 2) sprzyjając ich rozwojowi. Do pierwszych odnosi się nieochędostwo, nieczystość przy której *spory* łatwiej udzielają się i utrzymują na ciele jak w warunkach przeciwnych. Stan obnażony robi także niektóre części dostępniejszymi dla czynników zarazy; ztąd herpetem częściej spotykamy na głowie, szyi, rękach, jak na innych częściach ciała. Tu należą także warunki ułatwiające zetknięcie zdrowych osób z zarażonemi. Ztąd często te choroby u kobiet publicznych (Baerensprung), u epilatorów etc. Własności usposabiające wieku dziecinnego nie tyle zależą od organizacyi dziecięcia, ile od tego, że dzieci szczególnie chłopcy

więcej ulegają wpływowi powyższych warunków np. w zakładach naukowych przy zabawach, bójkach etc. Zdaje się, że u syphylityków herpes częściej spostrzegać się daje dlatego, że same okoliczności przy których zwykle udziela się syphilis ułatwiają przejście *spor* z jednej osoby na drugą.

O przyczynach usposabiających 2^o rodzaju t. j. sprzyjających rozwojowi trichophytu, jeszcze mniej powiedzieć umiemy. Tu odnoszą się niektóre stany patologiczne, równie jak wiek, płeć. Sposób działania tych przyczyn zupełnie nam nie jest znany; przypuścić możemy, że one usposabiają o tyle, o ile przyjmują udział w przygotowaniu gruntu dogodnego dla pasożytu.

ROZPOZNAWANIE.

Przy rozpoznawaniu (*diagnosis*) chorób skórnych, wywołanych obecnością trichophytu powinniśmy mieć na uwadze następujące okoliczności:

1) Układ czyli formę wysypki. Wysypki trichofityczne układają się w kształcie grupp, których forma z początku *okrągła*, powoli zamienia się na *pierścieniową*. W skutek połączenia się kilku kręgów lub pierścieni tworzą się obszerniejsze przestrzenie wyraźnie ograniczone linjami krzywymi, formy nieprawidłowej. Obwód ich nieco wystający czerwony, pokryty pęcherzykami, grudkami, krostami, strupkami; środek bledszy, suchy, nierówny, pokryty łuszczką.

2) Własność form elementarnych. Wszystkie wysypki pojawiają się w skutek powierzchownego lub głębokiego zapalenia torebek włosowych; i dlatego pęcherzyki, krosty, grudki są przedziurawione włosem lub włoskiem. Jeżeli choroba ukazuje się na częściach pokrytych gęstymi włosami, to włosy obłamują się, tworzy się wyraźna tonsura.

3) Sposób rozszerzania się. Każda grupa wysypki trichofitycznej rozszerza się równomiernie we wszystkich kierunkach od środka ku obwodowi t. j. centrifugalnie.

4) Zjawiska towarzyszące. Przy wysypkach trichofitycznych nigdy nie ma ogólnych oznak cierpienia organizmu. Bywa tylko swędzenie.

A. Rozpoznawanie choroby na miejscowościach bezwłosych.

1. Pierśnienie herpetyczne natury erythematycznej możnaby przyjąć za *roseola annulata* (Willan), *erythema circinatum excentricum* (Rayer, Dévergie). W formie tej tworzą się małe różowe plamki, wkrótce zamieniające się na pierścienie dochodzące do kilku cali średnicy. Pierścienie te podobnie jak trichofityczne rozszerzają się odśrodkowo, czasami nawet obwód ich jest nieco wzniesiony nad poziom części otaczających. Ale pierścienie *roseolae annulatae* ukazują się w znacznej ilości na kilku częściach ciała razem (szczególniej na piersiach, brzuchu, kończynach); poprzedzają je wyraźne objawy gorączkowe i stan kataralny błony śluzowej dróg pokarmowych i oddechowych; nigdy nietowarzyszy im swędzenie; po kilku dniach znikają, pozostawiając nader małe łuszczenie naskórka. *In herpete erithematoso* skóra przedstawia znaczne nierówności; w środku pierścienia nigdy nie bywa bezwarunkowo zdrowa, łuszczenie jest obfitsze i towarzyszące rozwojowi pierścienia.

2. Drugą wysypką układającą się w kształcie pierścieni lub półpierścieni jest *psoriasis annulata*. W tej formie ukazują się małe czerwonawe, wzniesione plamki podobne do płaskich grudek, w miarę powiększania się plamek, środek ich staje się normalnym, czerwonosć i puchlina ma miejsce tylko na obwodzie, który jest pokryty maleńkimi, białymi srebrzystymi łuskami ułożonemi dachówkowato. Pierścienie *psoriaseos annulatae* czasami łączą się z sobą, w takim razie odcinki zawarte między punktami przecięcia pierścieni znikają i tworzą się obszerne przestrzenie prawie zdrowej skóry, otoczone walikiem krzywym wzniesionym łuskowo-srebrzystym (1). Ale pierścienie *psoriaseos annulatae* są rozsiane w znacznej liczbie po powierzchni ciała; są one więcj wzniesione, nierówne jak *in herpete squamoso* (herpès psoriasiforme), łuski większe, mocno przylegające do skóry, koloru

(1) Baerensprung: loc. cit. p. 169.

srebrzystego; przy tém łuski tutaj są zawsze zjawiskiem pierwotném a *in herpete squamoso* mogą ukazywać się po innych formach elementarnych.

3. *Lichen circumscriptus* po większej części stanowi jedną z licznych odmian wysypek trichofitycznych (*herpes papulosus, licheniformis*). Różnica formy pasożytnej od nie-pasożytnej możebną jest tylko przy pomocy mikroskopu.

4. Niektóre wysypki syfilityczne przyjmują niekiedy formę cyrkularną; i tak czasami trudno odróżnić *herpetem siphyliticum* (syphilide herpétique) od *herpes erythematosus, vesiculosus (circinatus)* (1). Ale pierścienie syfilityczne są w ogóle koloru czerwono-miedzianego, nigdy nie towarzyszy im swędzenie, zajmują albo całe ciało lub tylko pewne miejsca wybrane; często są obecne inne niewątpliwe oznaki syphylidis; w razach wątpliwych rozstrzyga anamnesis i mikroskop.

5. Niektóre gatunki *lupi* z formy cyrkularnej i sposobu odśrodkowego rozszerzania się mają pewne podobieństwo z wysypkami trichofitycznymi, np. *lupus serpiginosus* (herpes exedens). Odróżnienie tu łatwe, gdyż *lupus* jest owrzodzeniem, pozostawia nieuniknione blizny, a przytém będąc podług Baerensprunga, zawsze cierpieniem syfilityczném, bywa zwykle w towarzystwie objawów niewątpliwych téj choroby.

B. Rozpoznawanie choroby na miejscowościach włosistych.

I. NA WŁOSISTEJ CZĘŚCI GŁOWY.

W ogóle trudno jest rozpoznać chorobę w pierwszym okresie jój rozwoju, gdyż skóra pokryta gęstymi włosami mniej jest dostępna dla oka badacza, a przytém wysypki trichofityczne na głowie rzadko przedstawiają wszystkie charakterystyczne oznaki. To nam tłómaczy, dla czego do ostatnich prawie czasów chorobę tę uważano tylko w znaczeniu

(1) Dévergie: loc. cit. p. 683.

2° jój okręsu (*linea tonsdens*). Dermatologowie albo nie zauważyli wysypek symptomatycznych, albo też przyjmowali je za rozliczne choroby capillitii, z którymi pod wieloma względami mają wielkie podobieństwo. Rozważmy te choroby.

1. *Eczema capillitii* jest chorobą bardzo częstą szczególnie u dzieci skrofalicznych. W okresie ostrym łatwo ją rozpoznać z obfitych wydzielin, zwilżających nie tylko włosy ale i poduszkę chorego. Ale w miarę jak choroba przechodzi w stan chroniczny, płynne wydzieliny zmniejszają się, znikają, są zastąpione obfitem łuszczeniem; włosy są jakby posypane szarą mąką, otrębami *porrigine furfuracee*, (Alibert). Czasami znów wydzielina skleja po kilka włosów, tworząc około nich pochwki cienkie, przezroczyste, szaro-srebrnego koloru, podobne do asbestu (*teigne amiantacée*, *asbestine*). Te czerwone, wypryskowe powierzchnie pokryte obfitym łupieżem tym są podobniejsze do niektórych form *herpetis (herpes furfuraceus squamosus)*, że często zajmują przestrzenie prawidłowo-okrągłe (*eczema circumscriptum numulare*), a wspomniane pochwki przypominają pochwki trichofityczne. Ale *eczema* zawsze zachowuje pewien stopień wilgotności; łupież w wyprysku jestto zeschnięta płynna wydzielina, przedstawiająca blaszki miękkie, żółte, nierównej wielkości; w chorobie pasożytnej jest łuszczenie drobne, biało-szare, mączniste. Przy *eczema capillitii* często spostrzegamy wyprysk na innych częściach ciała np. uszach. Przebieg choroby, anamneza ułatwiają także rozpoznanie.

2. Przy *pityriasis capitis* łuszczenie odbywa się nie na przestrzeniach ograniczonych ale na całej głowie, jest obfitsze jak *in herpete furfuraceo*. Jeżeli przy *pityriasis* włosy wypadają, to równomiernie na całej głowie, *in herpete* właściwie nie wypadają a obłamują się.

3. Najtrudniej rozróżnić *herpetem* w pierwszym jego okresie od gatunku *parchu* opisanego przez Bazina pod nazwą *favus scutiforme* (*en cercles en anneaux, favus numulaire*). W tej formie *favi*, równie jak *in herpete tonsurante* z początku ukazują się wzniesione erytematyczne plamy z łuszczeniem się naskórka. Łuszcзки zbierają się u podstawy

włosów tworzą rodzaj pochewek przypominających pochewki w 2im okresie *tinea tonsurantis*. Prawda, że stopień zniszczenia włosów, który jest znaczniejszy in herpete jak w parchu, może doprowadzić do należytego rozróżnienia, ale nie zawsze to łatwo, szczególnie kiedy w późniejszym okresie choroby, parchowe strupki odpadają pozostawiając włosy znacznym uległe zmianom. W tym razie podobieństwo jest tak wielkie, że Anglicy (Willan, Bateman, Plümbe) przez długi czas pod nazwą *porrigo scutulata* (vesicular, pustular ringworm) rozumieli nie tylko *favum scutiformem* ale i *tineam tonsurentem*. Przy rozpoznaniu tych dwóch chorób służą nam następujące dane: a) *In favo scutulato* plamy nie są tak wyraźnie ograniczone, są one więcej wzniesione, czerwieniejsze, boleśnieszsze; b) pochewki u podstawy włosów in favo ukazują się w tym okresie, kiedy włosy jeszcze zupełnie nie zmienione, *in herpete* jestto objaw daleko późniejszy. Przy tém in herpete włosy nie wypadają a obłamują się, powierzchnia tonsur jest szara, brudna, pokryta mącznistą łuską.

4. *Psoriasis numularis et annularis* (lepra vulgaris) bardzo rzadko zdarzają się na głowie; a przy tém bywa takż wysypka i na ulubionych miejscowościach téj choroby (zgięcie łokciowe, kolano). Powierzchnie dotknięte psoriasi numulari nigdy nie są prawidłowo okrągłe; in lepra vulgaris środek jest zupełnie normalny. Łuski in lepra są suche, wielkie, białawe, z metalicznym blaskiem. Po odpadnięciu łusek powierzchnie dotknięte in psoriasi są czerwone, znacznie wzniesione, nierówne, a w początkach herpetis plamy są różowe, bardzo mało wzniesione. In psoriasi włosy wypadają, in herpete obłamują się.

Często jednak oznaki kliniczne nie są dostateczne do diagnozy; w takich razach bez mikroskopu obejść się niepodobna. Zresztą pomyłki w rozpoznawaniu nieuniknione w tym okresie choroby, już w okresie 2im po utworzeniu się tonsury są niemożliwe.

5. *Alopeciu circumscripta areata* (*porrigo decalvans* Bateman, *teigne pelade-Bazin*, *vitiligo-Cazenave*) są formą okrągłą, sposobem odśrodkowego rozszerzania się przy-

pomina nieco 2gi okres herpetis. Ale in alopecia włosy zupełnie wypadają a nie obłamują się, powierzchnie dotknięte są gładkie, białe, nie łuszczą się.

W 3im okresie choroby podług Bazin'a, kiedy wskutek głębokiego zapalenia torebek włosowych ukazują się wysypki pryszczowe, tworzą się strupy, omyłki w diagnozie są nieuniknione, wtedy często herpes bywa brany za eczema impetiginodes, impetigo granulata etc. Czasami tylko obecność objawów 2^o i 1^o okresu na obwodzie powierzchni pokrytych strupami może naprowadzić na prawdziwą diagnozę, w braku zaś tego pozostaje tylko badanie mikroskopowe włosów, rozstrzygające kwestyę o naturze pasożytnej choroby.

II. NA WŁOSISTYCH CZĘŚCIACH TWARZY.

Dla rozpoznania *sycoseos* pochodzenia pasożytnego, Bazin radzi zwrócić uwagę:

1. Na objawy drugiego okresu będące na obwodzie powierzchni pokrytej strupami, gruzłami, czyrakami.
2. Na mogące istnieć trichofityczne pierścienie na policzkach, szyi.
3. Na obecność takich pierścieni na rękach, przedramieniu, etc.

Przy braku tych danych i niemożności odkrycia pasożytu przy pomocy mikroskopu, tylko ex juvenibus et nocentibus można wnioskować, według Bazin'a, o naturze choroby.

III. NA ORGANACH PĘCIOWYCH.

Jeżeli miejsca te są pokryte gęstymi włosami, to rozpoznanie z początku choroby przedstawia takie trudności jak na głowie. Jeżeli włosy są rzadkie i choroba przechodzi na otaczające części bezwłose, to rozpoznanie daleko łatwiejsze.

C. Rozpoznawanie *herpetis unguium*.

Zmiany paznogi zależne od obecności trichofitu są bardzo podobne do zmian spowodowanych rozwojem pasożytu parchu. Paznogie trichofityczne są białawe, parchowe szaro-

zólte. W wątpliwych razach należy się uciec do badań mikroskopowych.

ROKOWANIE.

Herpes jest chorobą w wysokim stopniu uporczywą. Nie wywiera on złego wpływu na ogólny stan organizmu, ale pozostawiony bez leczenia trwa przez czas nieokreślony.

Leczenie *herpetis tonsurantis* wymaga daleko dłuższego czasu jak leczenie parchu, gdyż epilacya jedyny środek przy zniszczeniu pasożytu, z powodu nadzwyczajnej łamliwości włosów trudniej wykonać się daje.

Zresztą na rokowanie mają wpływ różne okoliczności, i tak miejscowość choroby: im włosy są gęściejsze, tém choroba trudniej ustępuje. Płeć, wiek, budowa ciała odgrywają także pewną rolę przy rokowaniu: *herpes* u dzieci i mężczyzn uporczywszy jest caeteris paribus jak u dorosłych i kobiet, osoby nerwowe trudniej znoszą epilację, ztąd leczenie przewleka się. Używanie poprzednie różnych środków drażniących pogarsza rokowanie, gdyż środki te sprzyjają szybkiemu rozmnożeniu pasożytu i wywołują różne wysypki sztuczne (*éruptions artificielles*), nie pozwalające przystąpić do epilacji.

LECZENIE.

Leczenie opisanéj przez nas choroby, równie jak wszystkich w ogóle chorób pasożytnych skóry zasadza się na wykonaniu trzech wskazań: 1) zniszczyć pasożyt, jako przyczynę choroby; 2) zmniejszyć zjawiska symptomatyczne, jeżeli są zbyt uciążliwe; 3) usunąć, ile możności, komplikacje.

Zjawiska symptomatyczne zwykle same ustępują, po usunięciu przyczyny je wywołującej. Jeżeli objawy zapalenia są bardzo mocne, to staramy się usunąć je zwykłemi środkami: rozmiękczającemi okładami, kąpielami, lekkimi środkami ściągającemi i t. d.

Komplikacje jako skrofuły, syphilis, anaemia etc. usuwają się odpowiedniemi środkami wewnętrznymi.

Najgłówniejszém wskazaniem jest zniszczenie pasożyta. Choroby dotąd nie można uważać za radykalnie wyleczoną.

dopóki pasożyt jedyna jój przyczyna nie będzie zupełnie zniszczony. Do radykalnego wyleczenia choroby pasożytnej skóry nigdy nie ma przeciwwskazań; usunięcie jój nawet najprędsze nigdy nie pociąga złych skutków dla ogólnego stanu zdrowia.

Wszelkie środki wewnętrzne w leczeniu chorób pasożytnych skóry okazały się bezskutecznymi. Pierwszemu wskazaniu zadość uczynić można tylko działając wprost z zewnątrz na pasożyt różnymi środkami miejscowymi, znanymi pod ogólną nazwą *przeciw pasożytnych* (parasitocides).

Najczęściej z nich dla zniszczenia roślinnych pasożytów są: *sublimat*, *Hg. praecipitatum album*, *turpethum minerale* (*Hg. oxydatum subsulfuricum*, *subulfas hydrargyri flavus*) *cuprum aceticum*, *oleum cadinum*, *calcium sulfuricum* etc. Środki te nie niszczą elementów pasożytu, które jak wiadomo, nie zmieniają się pod wpływem nowych czynników chemicznych, więc one przytłumiają ich działalność życiową. Doświadczenie okazało, że cel ten bez szkody dla skóry osiągniętym być może środkami farmaceutycznymi, w których ilość istoty działającej odnosi się do ilości menstruacji jak 1: 100.

Powiększenie proporcji istoty działającej w maściach i roztworach wcale nie prowadzi do prędszego osiągnięcia celu, przeciwnie spostrzeżenia Bazin'a (1) dowodzą, że pasożyt rozmnaża się z nadzwyczajną prędkością pod wpływem zbyt drażniących środków.

W jakiegokolwiek formie będzie używany środek przeciw-pasożytny, główne zadanie stanowi bezpośrednie zetknięcie się jego z pasożytem.

Jeżeli pasożyt roślinny leży powierzchownie, jak to ma miejsce na miejscowościach bezwłosych, to przeciw-pasożytne maści i roztwory łatwo przenikają do warstw naskórka i do niegłęboko będących torebek maleńkich włosków, szczególnie jeżeli wcieranie środka dokonywa się z pewną siłą i naskórek poprzednio rozmiękczone za pomocą ciepłych okładów lub mydlanych przemywań. Ztąd roślinno-pasożytne choroby

(1) *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, p. 93.

miejsowości bezwłosych łatwo ustępują pod wpływem samych tylko środków przeciw-pasożytnych.

Daleko trudniejszém jest leczenie choroby na miejscowościach pokrytych gęstemi, zupełnie rozwiniętymi włosami. Tu już nie wystarczają same środki przeciw-pasożytne; nie mogą one przeniknąć do głębi torebek włosowych i do samej istoty włosa. I dla tego w tych razach wrywanie włosów poprzedzać musi użycie środków przeciw-pasożytnych. Podwójny jest cel epilacyi: 1) usunięcie wraz z włosem znacznej ilości pasożytu; 2) danie możności środkom przeciw-pasożytnym przeniknięcia do dna torebki włosowej.

Epilacya połączona z użyciem środków przeciw-pasożytnych, pierwszy raz zastosowana przez Bazin'a 1852 r. dała świetne rezultaty; choroby dotąd uważane za nieuleczone (parch etc.) zaczęto usuwać w krótkim czasie.

Epilacya nie jest środkiem nowym. Dawno już wrywano włosy przy leczeniu różnych chorób capilliti, ale ponieważ sposób ten leczenia nie był oparty na żadnych danych naukowych i nie odpowiadał panującym poglądom o naturze choroby, przeto nie miał wzięcia u lekarzy i pozostawał w rękach specjalistów, empiryków. Pierwszy Bazin *racyonalnie* zastosował epilacyę do leczenia chorób pasożytnych skóry.

Epilacyi dokonywają rozmaitym sposobem. Najdawniejszy sposób jest nałożenie *czapeczki* (jarmułki, calotte, pech-kappe) zasadzający się na tém, że na całą capillitium lub tylko część jego (calotte générale et partielle) nakładają bardzo lepki plaster a następnie odrywają wraz z przylegającymi włosami. Wrywanie w ten sposób włosów odbywa się nie w naturalnym ich kierunku, jest bardzo bolesne i nie zadowalniające, gdyż włosy odłamują się, korzonki zostają; operacyę powtarzać potrzeba. Bazin (1) wspomina o dziecku, które poddawano 70 razy tej męczącej operacyi.

Środki t. z. *epilatoria* niszczą tylko powietrzną część włosów nie działając na korzonki.

(1) Leçons théoriques et cliniques sur les maladies cutanées parasitaires p. 75.

W klinice Hebry epilacya dokonywa się palcami, ujmując włosy między wielki palec i klingę noża, ale palcami nie można uchwycić maleńkich na nowo wyrastających włosków. i dla tego sposób ten można zastosować tylko, kiedy włosy są dość długie i łatwo wrywać się dające np. w parchu.¹

Najlepszy i najużywający sposób epilacyi jest wrywanie włosów za pomocą szczypczyków. Sposób ten dawno był znany we Włoszech (Jos. Frank); we Francyi pierwszy o nim wspomina A. Paré; w Anglii S. Plumbé. Szczypczykami daleko łatwiej można ująć włosy i wyrwać je z korzeniem, gdyż wyciągają się w kierunku naturalnym; przy tem epilacya ta jest daleko mniej bolesna, bo na raz mniej ujmuje się włosów jak palcami.

Szczypczyki Deffisa są najlepsze. Jedne z nich mają formę zwykłego pincetu końce ich tylko są nieco szersze (3—4 mm.) i mogące się schodzić przy zbliżeniu na przestrzeni 1^o centimetra; powierzchnie stykające się z sobą mają bardzo drobne ząbienia. Przy pewnym stopniu rozwoju włosów szczypczyki te zupełnie są dostateczne do epilacyi. Drugie szczypczyki Deffis'a służą do wrywania włosów obłamanych, cienkich, małych. Szczypczyki te od poprzednich różnią się znacznie szerszemi (1 centimetr) i zagiętymi wewnątrz końcami; wazkie, nie ostre brzegi mocno stykają się z sobą i ułatwiają ujęcie drobnych włosków.

Operacya dokonywa się w sposób następujący: epilator palcami lewej ręki rozciąga skórę i utrzymuje ją nieruchomie; szczypczykami będącemi w prawej ręce ujmuje na raz 5—6 włosów i wrywa je w ich naturalnym kierunku. Po usunięciu włosów na przestrzeni 2—3 centymetrów kwadratowych, wcierają się w obnażone miejsca środki przeciw-pasożytne; dokonywa się to zaraz po wyrwaniu włosów dlatego, aby środki łatwiej przeniknąć mogły w otwarte Torebki włosów. Później kontynuuje się epilacyę. Przy pewnej wprawie 7—8 godzin dostateczne są dla epilacyi całej głowy. Czas ten podzielić można na 4—5 i więcéj posiedzeń.

Jedna epilacya rzadko jest wystarczającą; stosownie do okoliczności trzeba ją powtórzyć 3—5 a nawet 6 razy.

Jeżeli choroba nie jest rozprzestrzenioną na całą miejscowość włosów, można ograniczyć się wyrwaniem tylko chorych włosów. Trudno jest oznaczyć granice tej cząstkowej epilacji. Oprócz znanych zewnętrznych zmian włosów, epilator powinien zwracać uwagę na opór i ból, które są daleko znaczniejsze przy wyrwaniu włosów zdrowych jako chorych.

Naprzód należy włosy ostrzyż; jeżeli są strupki, to je trzeba usunąć, rozmiękczywszy wprzód ciepłymi okładami; jeżeli nie, to chore miejsca wymywają się wodą mydlaną. Za radą Bazina na 2—3 dni przed zaczęciem epilacji miejsca chorobą dotknięte namazywać należy oleo cadino, aby 1) zmniejszyć czułość skóry; 2) zniszczyć powierzchownie leżące pasożyty; 3) zmiękczyć włosy a przez to zmniejszyć ich łamliwość. Przed każdym posiedzeniem miejsca chore starannie wodą mydlaną wmyć należy. Dla pewniejszego osiągnięcia celu (zniszczenia pasożytu) nie tylko przy każdym posiedzeniu wciera się środek przeciw pasożytny (1 gr sublimatu na uncję wody), ale co dzień rano i wieczorem. W 5—6 godzin po każdej epilacji, miejsca obnażone za przykładem Bazin'a smarują się jedną z następujących maści:

Rp. Turpeti mineral. gr. XVI. Ol. amygdalar. Glicerini ana drachm. unam. Axung. porc. unciam unam. Misc. f. Ung.

Rp. Ol. cadini scrupul. II. Axung. porc. drachm. VI. M. f. Ung.

Baerensprung przekłada maść ex hydrarg. amidato bichlarato (gr. ij.—v. na jedną drachmę tłuszczu) nad wszelkie roztwory, gdyż te podług jego zdania, z powodu wydzielin gruczołków tłuszczowych, nie łatwo przenikają do dna torebki włosowej.

Przy *herpes tonsurans* brody, w 3im okresie to jest, jeżeli już utworzyła się mentagra tuberculosa lub pustulosa (*sycosis*) natury pasożytniej, Bazin nie czeka zmniejszenia się objawów zapalnych, ale natychmiast przystępuje do epilacji i użycia środków przeciw pasożytnych. Bazin twierdzi, że sposób jego leczenia daje najświetniejsze rezultaty w zastarzałych mentagrach; że często jedna epilacja była dostateczna do wyleczenia choroby trwającej 15 — 20 lat. Epilacja tu dokonywa się nie z celem zniszczenia pasożytu, ale dla usunięcia włosów, które jako już ciała obce podtrzymują zapalenie i ropienie.

Przy *herpes unguium* radzą spiłować rogową blaszkę paznokcia, i na obnażoną masę pasożytu działać środkami przeciw pasożytnymi, najlepiej roztworem sublimatu.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

POSIEDZENIA OGÓLNE.

Posiedzenie 9, dnia 16 kwietnia 1867 r.

Vice-Prezes kol. Brodowski.

1. Protokoły dwóch ostatnich posiedzeń odczytano i przyjęto.

2. Dr. Wincenty Brodowski nadsła rozprawę, „*O fizyologiczném działaniu ścieśnionego powietrza na organizm ludzki, oraz wykaz chorób leczonych za pomocą ścieśnionego powietrza w zakładzie pneumatycznym,*“ z prośbą o przyjęcie go na członka czynnego Towarzystwa. Przedstawiają go kol. J. F. Nowakowski i Bruner. Sprawozdawca kol. Baranowski.

3. Kol. Neugebauer przedstawia chorą dotkniętą zupełną utratą przegrody pęcherzo-cewko-pochwowej. Chora ta ma lat 22. Przed dwoma laty urodziła bez pomocy sztuki. Po porodzie nastąpiło wielkie obrzęknięcie części rodnych i mocz puścił się przez pochwę. W dniu 23 czerwca r. z. przybyła do szpitala ś. Ducha. Śledząc chorą kol. Neugebauer znalazł kloakę złożoną z kanału pochwy, cewki moczowej i pęcherza. Część pochwowa, szyjka maciczna zupełnie zanikła, pozostały mały otwór zarośnięty, periodu nie miała od porodu. Części rodne zewnętrzne zdrowe, tylko w wardze sromnej małej, prawej strony małej otworek. Dla leczenia kalectwa podobnego do powyżej opisanego robiono od dawna różne usiłowania. Vidal de Cassis próbował zeszcycia warg sromnych. Lecz takowe nie zostało uwieńczone pożądanym skutkiem; dopiero Maisonneuve operacją tę szczęśliwie wykonał. Dla utrzymania moczu starano się raczej o zupełne zeszcycie otworów części rodnych zewnętrznych, i o utworzenie otworu w wypustnicy (int. rectum).

Przystępując do leczenia wyżej pomienionej choréj kol. Neugebauer próbował przedewszystkiém czy nie uda mu się

zeszyć właściwego ujścia pochwy i cewki moczowej. Usiłowania te były niestety daremne, po kilku tygodniach więc przystąpił do właściwej infibulacji. Ta operacja udała się, zagojenie nastąpiło, pozostał tylko mały otwerek ku przodowi i drugi ku tyłowi. Ostatni ten otwór, długi czas nie mógł być doprowadzony do zarośnięcia, dopiero po kilkokrotném obranieniu warg sromnych zaklejenie nastąpiło. U chorój jak ją kolega przedstawia, cały otwór od ujścia pochwy do krańca zewnętrznego zarośnięty, pozostaje tylko mały otwerek ku przodowi, który jest w związku z otworkiem w wardze sromnej, mniejszej z prawej strony którym mocz odpływa. Chodziło koledze Neugebauerowi o to, aby dać chorój przyrząd najmniej uciążliwy, którym by otwór pozostały mogła zaciskać. Próbował tedy kolega N. przeprowadzić przez kanał cewki rodzaj spinki w kształcie broszki, którąby cewka moczowa była ściskana. Lecz nastąpiło obrzęknięcie, i przyrząd okazał się nieodpowiednim. Założył więc Kolega poprostu bandaż, który odpływ moczu wstrzymuje. Po odjęciu takowego, mocz odpływa a przy działaniu tłoczni brzusznej odpływ ten następuje strumieniem. Kolega Neugebauer wszelako chciałby bandaż ten innym przyrządem mniej dla chorój ambarassującym zastąpić, uprasza więc obecnych kolegów, czy który z nich w tym względzie nie mógłby swoją radą przyjść w pomoc.

Kol. Korzeniowski powiada, że chodzi przede wszystkim o ustalenie kanału, któryby można zatykać. I w tym względzie zdaje mu się najodpowiedniejszym kanał kostny w kształcie spinki. Spinka ta jest z dwóch części równych złożona, z których każda w sobie połowę kanału mieści. Części te pojedynczo się wprowadzają a po wprowadzeniu z sobą połączone stanowią całość. Wypadnieniu zapobiega brzeg wystający. Otwór zewnętrzny mógłby być zatykany koreczkiem.

Kol. Natanson proponuje założenie rurki podobnej do tej jaka się przy tracheotomii używa.

Kol. Korzeniowski zwraca uwagę, że utwierdzenie podobnego przyrządu jest trudne; jeżeli zaś chodzi o zaci-

śnienie otworu, to najlepsze usługi w tym względzie odda albo kompressorium N u n n y do ściskania cewki moczowej, lub też wielka serrefina z poduszeczkami.

Z powodu przypadającego Jubileuszu Prof. Brodowicza w Krakowie, kol. Szokalski proponuje, aby Towarzystwo telegrafem takowemu powinszowanie przesłało.

Towarzystwo propozycję Sekretarza stałego przyjmuje.

Kol. Bruner przedstawia chorego lat 34 liczącego, który przed paru miesiącami dźwigając belkę, naraz takową opuścił, i od téj pory doznawał bardzo silnego bólu na około główki kości ramieniowej prawej, w tymże stawie, jak również bólu rozchodzącego się po kości prawie do połowy ramienia. Przy tém pozbawiony został władzy podnoszenia ramienia do góry tak, że ono zaledwie mogło tworzyć kąt 30° w odchyleniu od klatki piersiowej. Przy badaniu chorego okazało się, że przy opuszczeniu obu ramieni, ramię prawe znacznie było dłuższe, a mięsień naramienny (*deltoideus*) prawy, wyciągnięty ku dołowi, przedstawiał wklęsnięcie na stronie zewnętrznej, odpowiadające stawowi ramieniowemu. Przy unoszeniu tego ramienia, naciskając jednocześnie drugą ręką staw ramieniowy, czuć się dawało to wgłębienie mięśnia nader wyraźnie, a obok tego widzieć było można, że główka kości ramieniowej, ku wewnątrz na przód i ku dołowi nieco jest nadwichniętą. Żadną siłą niepodobna było odchylić ramienia od klatki piersiowej, aby ztąd powstały kąt mógł mniej więcej prostemu odpowiadać, gdyż mięsień piersiowy wielki (*m. pectoralis major*) skutkiem nadzwyczajnego skurczenia ciągle trwającego, ramię do zewnątrz i naprzód ściągał. Lekki nawet nacisk na przebiegu nerwu zwichniętego ramienia (*n. circumflexus humeri*), silny ból sprawiał choremu. Zbliżanie łopatek do siebie jako téż i inne ruchy samą ręką i przedramieniem swobodnie dawały się wykonywać przez chorego. Kurczliwość mięśniowa tak na prąd galwaniczny, jako i indukcyjny, bardzo podwyższona. Z przytoczonych tu objawów kolega uznał cierpienie za *Paralysis musculi deltoidei traumatica, neuritis nervi circumflexi humeri et contractura m. m. pectoralis majoris* i rokowanie uczynił pomyślne.

Leczenie polegało przedewszystkiem na zniesieniu zapalenia i przekrwienia nerwów prądem stałym, następnie na zniesieniu skurczu mięśnia piersiowego a tym sposobem na oddanie pod wpływ woli mięśnia porażonego. Jakoż po trzykrotném zastosowaniu prądu stałego przez biegun dodatni na splot barkowy i na sam nerw zagięty ramienia (*circumflexus humeri*), ból zupełnie w ramieniu ustąpił.

Po 5ciu następnych posiedzeniach przy których kolega Bruner działał na nerw klatkowy przedni (*n. thoracici anter.*) tymże samym biegunem, kurcz i w mięśniu piersiowym ustąpił tak, że chory mógł rękę przeszło na 90° od klatki piersiowej odchylić. W dalszym ciągu stosowana faradyzacja na mięsień naramienny (*deltoideus*) i kapturowy (*cucullaris*) chorego do stanu normalnego doprowadziła. Jestto zatem zdaniem kolegi Brunera piękny przykład działania katalitycznego prądów galwanicznych przy zapaleniach nerwów a zarazem dowód własności antispasmotycznych tegoż prądu. Wypadek ten jest nader podobny do owego, który gdy Remak w Paryżu miewał swoje prelekcyje o własnościach prądu stałego, tyle rozgłosu narobił.

Kol. Natanson powiada, że jakkolwiek dużo się zajmował działaniem prądu indukcyjnego, jednakże nie zdołał dopatrzeć i przekonać się o elekcyjności prądu wstępującego i zstępującego. Wpływ faradyzacji może być dwojaki. Mięsień może być elektryzowany wprost lub przez nerwy. Jeżeli się elektryzuje mięsień, bieguny blisko siebie są położone, w takim razie prawie nigdy ruchu się nie wywołuje. Przeciwnie, jeżeli się postawi jeden biegun jakkolwiek na przebiegu nerwu, drugi w miejscu oddalonym wtedy się pewna grupa mięśni kurczy. Działanie to samo będzie, gdy miejsce biegunów odmieniono. Kolega Natanson przytacza to dla tego, aby zwrócić uwagę, czy przywiązywanie tak wielkiej wagi do szczególnego działania każdego z tych dwóch prądów nie polega na złudzeniu.

Kol. Brodowski przytacza, że wedle Duchenna włókna mięsne są pobudzone do kurczliwości i że Duchenne wprost przez działanie na mięśnie za pomocą lokalizowanój

faradyzacyi wywoływał kurczenia mięśni. Tym sposobem właśnie przekonał, że mięśnie międzykostne (*interossei*) przez prąd indukcyjny wprost pobudzane nie sprowadzają zbliżenia palcy, lecz takowe wyprostowują i zginają pod kątem prostym do dłoni. Co do porażenia traumatycznego, kol. Brodow. powiada, że wedle Duchenn'a mięśnie wtedy mniej są wrażliwe na prąd indukcyjny i jak on utrzymuje, to ilość kurczliwych włókienek prognozę stanowi. Paraliż taki bowiem sprowadza zanik włókien.

Kol. Bruner odpowiadając koledze Natansonowi dziwi się, że skoro tylokrotnie prądy indukcyjne zastosowywał, jednakże różnicy biegunów nie zauważył. Pochodzić to mogło, albo skutkiem używania bardzo zużytego aparatu, lub też wskutek niedokładnego spostrzegania. Jeżeli się jednak postawi jeden elektrod dobrego aparatu indukcyjnego na ramieniu na nerwie promieniowym, tam gdzie on najpowszechniej przebiega, a drugi na nerwie śródramieniowym, w równej wysokości co tamten, nieruchomie za pomocą nie zbyt szerokich gąbeczek, to przekonamy się, że albo zginacze, albo mięśnie wyprostne, przeważniej zostaną pobudzone, i to w prostym stosunku, do siły prądu. Jeżeli przy takim ustawieniu pod wpływem bieguna dodatniego na nerw promieniowy mięśnie wyprostne zostają skurczone, to przy nagłej zmianie biegunów, bez odejmowania elektrodów za pomocą odpowiedniego zwrotnika, gdy biegun dodatni wypadnie na n. śródramieniowy, natychmiast skurcz mięśni wyprostnych ustąpi, a objawi się w mięśniach zginających i ręka zostanie zamkniętą, co zarazem ma miejsce tak przy prądzie indukcyjnym Iej spiralnej, jak przy prądzie indukowanym czyli nawiedzionym drugieję rolki aparatu indukcyjnego. Doświadczenie to nader w oczy bijące, przy prądzie galwanicznym, można do nieskończoności obserwować i na prądach indukcyjnych. Działanie to wreszcie daje się wytłómaczyć z samej tylko budowy aparatów indukcyjnych, a mianowicie przez większe napięcie prądu dodatniego, co też w aparatach u których bieguny w fabryce nie zostały oznaczone, już od razu tym sposobem można na sobie samym rozpoznać.

Kol. Korzeniowski opowiada, że w ostatnich czasach robił amputację uda podług metody Teale. Zabliźnienie nastąpiło *per primam intentionem*. Operacja dokonana została 28 marca, dziś zaś chora jest zdrową.

Kol. Portner odczytuje protokół sekcji epidemiologicznej.

Kol. Apte także protokół, oraz sprawozdanie, z broszury Dra Ulricha, 10 Jahresbericht des schwedischen Heil Gymnastischen Instituts in Bremen.

Dr. Braun.

POSIEDZENIA ODDZIAŁOWE.

ODDZIAŁ POŁOŻNICTWA, CHORÓB KOBIET I DZIECI.

Posiedzenie 42, d. 12 marca 1867 r.

Przewodniczący kol. Dorantowicz.

Obecnych członków 10.

Protokół przeszłego posiedzenia odczytano i przyjęto, poczem przystąpiono do wyboru delegata do redakcyi Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego, skutkiem czego większością głosów obranym został kol. Dorantowicz.

Kol. Apte ubolewa nad nader małą liczbą członków oddziału, bywających na posiedzeniach. Dalej opowiada obserwacye z swojej praktyki prywatnej. Zwraca uwagę na często zbyt późną pomoc naszą, skutkiem samowolnego postępowania akuszerok. Przyzwany był do chorój krwawiącej od dni 4ch. Gdy przybył przekonał się, że osoba ta w 4 miesiącu ciąży, pozostawała bez pomocy, bo oprócz spokoju i napojów kwaskowatych nic więcej nie robiono. Chora użalała się na odchód z części rodnych nader cuchnący. Po wyjęciu z pochwy krwi zsiadłej, rozpadającej się skutkiem rozpoczętej zgnilizny, przekonał się, że usta maciczne były otwarte (zewnętrzne) wewnętrzne nieco zaciśnięte, przez które jednakże jakieś ciało mógł wyczuwać. Zalecił przestrzyknięcie pochwy i założenie tamponu, aby zatrzymać krwotok i sprawić roz-

szerzenie ust macicznych, a do wewnątrz przepisał kwas solny. Na drugi dzień otwór znalazł dostatecznie rozszerzony, lecz wydobycie nader wiele przedstawiało trudności. Po wprowadzeniu jednak ręki do połowy pochwy, zdołał obejść ciało w macicy będące palcem, skutkiem czego przekonał się, że był to płód już mocno rozmiękły. Płód zatem wydobyl, łożyska nie mógł wykryć; zalecił do wewnątrz kwasy a chora wkrótce przyszła do zdrowia. Wspomina téż o różności zdań co do postępowania przy poronieniach, czy dać pomoc czynną, czy wyczekać samodzielnego wydalenia płodu przez macicę, utrzymując, że czynna pomoc jest zawsze właściwszą.

Wczoraj kol. Apte wezwany był do rodzącej na ulicy Żytnej, u której już wody w małej ilości odeszły. Bóle były silne i długie lecz bezskuteczne. Płód stawiał się główką, lecz znaczne już miał przedgłowie, jednak egzamen zewnętrzny przez ściany brzuszne dozwalał określić położenie płodu jako 1-sze główkowe a auskultacya o życiu dziecka świadczyła. Postanowił przeto dla przyspieszenia porodu założyć kleścze, co bez wielu trudności się udało. Po półgodzinnej moze trakcyi udało się główkę dziecka wydobyc, lecz wydobycie ramion znów było trudne, co jednakże zwykłym sposobem zostało uskutecznióm. Dziecię urodzone blisko łokieć miało długości, a ważyć mogło przeszło 10 funtów. Łożysko przy ugniataniu macicy z łatwością odeszło.

Kol. Chwat przed dwoma tygodniami wykonał operacyą gynecologiczną. Kobieta zgłaszająca się do operacyi tylko wskutek krwawienia z macicy, przyjęta do szpitala starozakonnych, okazała się być dotkniętą przerostem wargi przedniej, znacznej wielkości. Skutkiem czego kol. Chwat wykonał odcięcie téj części ekrazerem, poczem chora na 8 dzień dostała *perimetritis* lecz takowe szczęśliwie przeszło. Zwraca uwagę kolega na często przychodzące zapalenia macicy, po większych operacyach dopiero w kilka dni po ich dokonaniu.

Niedawno robił operacyą przetoki pęcherzo-pochwo-wój, która bardzo dobrze się powiodła.

U dwóch dzieci miał wypadki krupu, z których jedno umarło (4-ro miesięczne).

Kol. Kinderfreund widział kilka wypadków poronień; jeden wypadek nader podobny do wypadku opowiedzianego przez kolegę Aptego, ten szczęśliwie ukończony. Wspomina téż o chorój przywiezionej mu do szpitala, niby skutkiem poprzecznego ułożenia płodu. Poród był w drugim okresie, a ściśle badanie wykryło położenie główkowe, wysokie. Anskultacya po prawej stronie brzucha wykryła bicie serca, a dotykanie główkę wysoko stojącą, po odejściu wód rozpoznanie zostało stwierdzone i oznaczone na drugie położenie główkowe.

U kobiet kolega K. widywał często odpływ z części płciowych (*fluor albus*).

U dzieci, w tym tygodniu miał dwa wypadki szkarlatyny, jedno z tych dzieci umarło.

Wreszcie widział wypadek bąblicy (*pemphigus*) noworodka, u którego rozpoczął się wyrzut bomblisty na plecach. W kilka dni po pęknięciu znów nowe bąble wyskoczyły; później więcej takich lecz mniejszych, co po kilku dniach ustało, znów po dniach 8iu erupcyja się rozpoczęła; trwała dni kilka i znów ustała, aby w kilka dni potem powrócić.

Kol. Bartoszewicz widzi częste cierpienia kataralne u dzieci i zapalenia płuc.

Kol. Dudrewicz mało widzi teraz chorób dziecięcych.

Kol. Konitz w miejsce zimnych okładów w poronieciach, które wstrzymują krwotok i przyspieszają wydalenie jaja płodowego w wypadkach gdzie chodzi mu o utrzymanie jaja płodowego, przekłada suche ciepłe okłady, które stan kurczowy macicy znoszą i wpływają zapobiegawczo, a oprócz tego u osób krwistych zaleca *digitalis*, mianowicie tam gdzie puls jest przyspieszony, u drażliwych zaś morfinę.

Spra wozdawca M. Bruner.

ODDZIAŁ CHIRURGII, OKULISTYKI I SYFILOGRAFII.

Posiedzenie 29, z d. 4 marca 1867 r.

Przewodniczący kol. Girsztowt.

Treść. Orłowski: Ogromny martwak (*sequestrum*) z kości udowej. Le Brun: Kamienie pęcherzowe wtórne po lithotrypsii. Girsztowt: rak wypustnicy (*carcinoma recti*).

Obecni: Koll. Girsztowt, Kwaśnicki, Le Brun, Mühlhausen, J. F. Nowakowski, Orłowski, Sommer, Wszebor.

Protokół ostatniego posiedzenia odczytany i przyjęty.

Kol. Orłowski przedstawia większą połowę główki kości udowej i prawie całą górną część tejże kości aż do epiphyzy dolnej, stanowiące martwak wyjęty przez niego żyjącemu po dziś dzień i w coraz pomyślniejszych warunkach zdrowia znajdującemu się choremu, nazwiskiem Sikorski Leon. Człowiek ten obecnie 20 lat wieku liczy, przed 8 laty zaczął chorować na udo lewe, które stało się siedliskiem nadzwyczaj silnych bólów. Oddano go na kurację do m. Grójcy, gdzie mu zrobiono dwa cięcia, jedno w dolnej i zewnętrznej części uda, drugie w okolicy krętarza wielkiego, z której to ostatniej rany wydobyto kawałki martwej kości. Pomimo to stan jego ciągle się pogorszał i w chwili przybycia do szpitala Dzieciątka Jezus kończyła chora przedstawiała się znacznie krótszą od udowej, obrzmiałą, w okolicy krętarza blizna z przetoką dochodzącą do ruchomej i obnażonej kości; w okolicy dolnej i wewnętrznej uda, druga przetoka przez którą zgłębnikiem dochodzono także do obnażonej choć daleko mniej ruchomej kości. Z obu tych przetok odchodziła znaczna ilość ropy cuchnącej.

Dnia 8 października 1866 r. Kol. Orłowski przy pomocy kol. Anteckiego i Wszebora zrobił cięcie podłużne idące od górnej przetoki na dół, na przestrzeni przeszło 10 centymetrów i sięgające do samej kości, w górnej części rany znajdowała się jama w częściach miękkich mieszcząca w sobie resztującą część główki kości udowej, poniżej zaś kość nowego

utworu (*capsula sequestralis*) stanowiła podstawę kostną uda. Przez dwa otwory in capsula sequestrali dawał się wy-czuć ruchomy martwak. Dla rozszerzenia tych otworów, po-łączono je przez rozcięcie kości nożycami L i s t o n a i kol. O r ł o w s k i wydobyl martwak przez członków Oddziału obe-śnie oglądany. Pozostała jama została oczyszczoną, chory opatrzony. Dnia 6 listopada kol. O r ł o w s k i wyjął drobniej-sze martwaki pochodzące ex capsula sequestrali. Chory przy posilnej dyecie coraz silniejszym się stawał, rana była w sta-nie najlepszym, dnia 4 grudnia na swoje żądanie, wypisany został ze szpitala, ale kol. O r ł o w s k i otrzymał wiadomość że dnia 10 stycznia stan ogólny jego zdrowia był zadawalający i że rana się zagaja; kol. O r ł o w s k i dodaje, że kolano u te-go chorego było zdrowe zupełnie.

Obecni kolledzy upraszają kol. O r ł o w s k i e g o o uzupeł-nienie téj tak zajmującej obserwacji.

Kol. G i r s z t o w t opowiada, że przed kilku dniami obser-wował podobny proces chorobowy z takim zakończeniem u młodego chłopca 14-letniego. Cierpiącym był 1szy członek średniego palca u ręki prawej. Od 3ch lat, było zapalenie okostnej i kości, od zewnątrz kość nowa się odkładała, palec był 2 razy grubszy, (spina ventosa dawnych autorów) ruchy utrudnione i bolesne, 4 przetoki dawały odpływ ropie; staw jednak śródreżczo-palcowy był nienaruszony. Kol. G i r s z t o w t po zrobieniu z kol. K w a ś n i c k i m cięcia na grzbietowej stro-nie palca, wydobyl kawałki martwaka, i ma nadzieję, że ocali choremu palec.

Kol. L e B r u n uważa, że ocalenie palca jest tylko wtedy pożądanem, gdy zarazem i czynność jego zupełną przywrócić możemy, w przeciwnym wypadku palec raczej zawadza chore-mu niż mu pożytek przynosi. Dla tego przy cięciach należy unikać obrażenia ścięgien wyprostnych mięśni, któreby póź-niej nieczynnymi mógł pozostać.

Kol. L e B r u n przedstawia kilka kamieni znalezionych po śmierci w pęcherzu zmarłego na suchoty płucne. Przed 2 laty chory ten miał pokruszony kamień i zdawało się, że wszystkie odłamki z pęcherza wyszły, tymczasem kamienie

po śmierci znalezione utworzyły się na drobnych odłamkach poprzedniego kamienia.

Kol. Girsztowt opowiada następujący przypadek. Przed trzema tygodniami wezwany został do chorój K... u której chorobę lekarze poprzednio wezwani oznaczyli jako *miserere*. Ogromne wzdęcie brzucha, puls przyspieszony, język podsycający, wydymanie, zaparcie stolca uporczywe, tak groźny składały obraz, że lekarze ci uznawszy *periculum in mora* radzili dawać rtęć metaliczną w wielkich dawkach, zrobić wypust sztuczny (*anus praeternaturalis*), wypuścić gazy nagromadzone w kiszkiach za pomocą trójgrańca. Kol. Girsztowt przybrał do narady kol. Le Brun a, który oświadczył się wraz z nim przeciwko tym środkom i ograniczył się do zimnych okładów i do podawania wielkich dawek opium do wewnątrz i w lewatywach. Nazajutrz zaś dodano do tego olej rycynowy łyżeczkami używany. Stan jednak chorój przez kilka dni nie polepszał się wcale, a gdy skarżyła się na ciągły ból w wypustnicy (*int. rectum*), kol. Girsztowt przystąpił do badania tego organu, pomimo, iż według zdania poprzednio leczących, badanie to nic nie objaśniało. Tymczasem kol. Girsztowt wprowadziwszy palec natrafił na guz twardy, okrągławy, z małym otworem w środku, otoczony mniejszymi guzami. Guz ten który przez kolegów obecnych przy chorój za raka uznany został, zamykał zupełnie światło kiszki i był powodem powyższych objawów. Kateter elastyczny został wprowadzony do małego otworu w guzie; przezeń odeszła masa gazów i kału płynnego i chora natychmiast znacznej ulgi doznała. Ponieważ niepodobna myśleć o operowaniu guza zbyt wysoko usadowionego, kol. Girsztowt zastrzykuje go kwasem octowym, od czasu do czasu wypuszcza gazy i kał za pomocą kateteru i zamyśla rozszerzyć otwór, który obecnie tylko sam kateter przepuszczać może. Przypadek powyższy dowodzi, że lekarz opierać swoje rozpoznanie powinien tylko na tych znakach, które za pomocą osobistego swego badania zebrał, nie spuszczać się na badanie obcą dokonane ręką.

Kol. Kwaśnicki polepszenie chorój powyższej za krótko trwałe uważa. Przypomina kollegom chorego na raka

we wpuście (*cardia*) tamującego przejście pokarmów do żołądka. Obecnie chory ten po zastosowaniu rozszerzania przełyku, trawi nawet podawane pokarmy stałe; pomimo tego siły jego coraz upadają i każą się spodziewać wkrótce niepomyślnego zakończenia choroby.

Na tém posiedzenie ukończono.

Posiedzenie 30, d. 1 kwietnia 1867 r.

Przewodniczący kol. Girsztowt.

Treść: I. G i r s z t o w t: Tuberculosis vertebrarum. II. O r ł o w s k i: Uretrotomia zewnętrzna z powodu kamienia cewki moczowej. III. L e B r u n: Periostitis traumatica po częściowém wypłowaniu szczęki dolnej z powodu osteosarcoma. IV. J o d k o: Nowy sposób G r a e f e g o operowania zaciemka. V. C h w a t: Odrodzenie się kości udowej na bardzo znacznej przestrzeni wypłowanój.

Obecni: Kol. Chwat, Girsztowt, Jodko, Le Brun, J. F. Nawakówski, Orłowski, Sommer, Stankiewicz, Wszebor.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia.

I. Kol. Girsztowt przedstawił p. Czajkowskiego Władysława, lat 21 liczącego, który po przeziębieniu się w czerwcu r. z. dostał nagle gwałtownego bólu w boku lewym, wskutek czego zmuszony był przechylać cały kręgosłup ku téj stronie. Obecnie skrzywienie kręgosłupa jest stałe, *scolliosis* jest podwójna, na boku lewym odstęp pomiędzy ostatnimi żebrami a kośćmi miedniczemi zaledwie wyrównywa szerokości dwóch palców, gdy ze strony prawej tenże odstęp wygodnie całą szerokość ręki w sobie mieści. Oprócz tego chory ten w okolicy przewodu Stenona (ductus Stenoniani) dotknięty jest przetoką, sączącą ropę i prowadzącą do obnażonej kości szczęki górnej prawej. W szczycie płuca prawego opukiwanie i osłuchiwanie przekonywają o zgęstnieniu miąższu płuc. Wygląd ogólny chorego odpowiada gruźlicy. Kol.

Girsztowt widzi przyczynę nagłego skrzywienia kręgosłupa w gruźlicy samych kręgów i pyta się, czy w takim stanie prócz leczenia ogólnego można co zrobić miejscowo dla choroby szczęki przez oddalenie kości zgorzelonych.

Kol. Le Brun jest zdania, że z wszelkiem działaniem operacyjnym należy się wstrzymać, aż do ograniczenia się procesu; tymczasem zaś zalecić choremu użycie tranu, żelaza, wód Buskich.

II. Kol. Orłowski donosi o chorym Władysławie M., który przybył do szpitala Dzieciątka Jezus d. 31 Sierpnia 1866 r. cierpiąc na bolesne i trudne oddawanie moczu od lat 8-iu. Przy bliższem badaniu za pomocą kateteru i palca wprowadzonego do wypustnicy (*intestinum rectum*) przekonał się kol. Orłowski że w części przynasiennój cewki moczowej (*pars prostatica*) znajdowało się ciało twarde, które za kamień uznał. Ponieważ chory był znacznie osłabiony z powodu długoletniego tego cierpienia, połączonego jeszcze z przewlekłym katarem żołądka i kiszek, zalecono mu z początku środki wzmacniające. Dnia 22 października wykonał kol. Orłowski uretrotomię zewnętrzną na samym kamieniu, który wyraźnie przez śródkrocze wyczuwać się dawał. Kamień nadzwyczaj miękki rozpadał się na drobne cząstki, których waga ogólna wynosi 8 do 10 drachm. We 2 tygodnie po operacji chory zaczął mocz oddawać drogą naturalną, a 17 listopada wypisał się ze szpitala z raną zupełnie zagojoną.

III. Kol. Le Brun opowiada następujący przypadek. Dnia 14 lutego r. b. przybył do kliniki chirurgicznej czeladnik sukienniczy, lat 27 wieku liczący, nazwiskiem Grünke z guzem kostnym (*osteosarcoma*), dobrze ograniczonym, na szczęce dolnej, ze strony lewej usadowionym. Od kła strony choréj ku stronie zdrowéj, kość była zupełnie zdrową. Dnia 20 lutego przystąpiono do operacji; po usunięciu zęba trzonowego pierwszego, przepiłowano kość piłką łańcuszkową, następnie przez cięcie części miękkich na brzegu szczęki do kąta i wyżej obnażono kość i przepiłowano powyżej kąta; gdy jednak pozostała kość okazała się być chorą, przedstawiając różne zatoki i jamki, prof. Le Brun zmuszony był kość tę

wyłuszczyć w stawie zuchwowym co z powodu odjęcia już częściowego kawałka kości ze znaczną trudnością uskutecznić się dało. Następnie nałożono znaczną ilość szwów krwawych. Przy operacji podwiązano cztery mniejsze tętnice. W kilka dni potóm, rana zewnętrzna zagoiła się, obrzękłość zapalna zmniejszała, odczyn ogólny był niewielki, gdy 13 dnia po operacji wystąpiły dreszcze z gorączką, obrzękłość całej pozostałej szczęki i części miękkich, rozwinęło się zapalenie okostnej i dziąseł (*periostitis et gingivitis*). Pomimo środków chłodzących, płukań, odlepiły się dziąsła, zęby zaczęły się chwiać. Obrzmienie i gorączka stopniowo się łagodziły. Po 10 dniach trwania takiego stanu wyjęto chwiejący się kieł ze strony chorój, przyczém przekonano się że kawałek brzegu zębodołowego jest ruchomy, odjęto z łatwością ten kawałek, który obecni członkowie oddziału obejrzeć mogą. Odpowiada on lewemu kłui i trzem sąsiednim przednim zębom. Od tego czasu upłynęło dni sześć, obrzmienie się zmniejsza i chory ma się coraz lepiej. Przypadek ten zasługuje tem więcej na uwagę, że *periostitis traumatica* rozwinęła się dopiero w 13 dni po operacji i że pomimo rozciągnięcia się prawie do całej pozostałej części szczęki, wywołała wytworzenie się martwaka stosunkowo bardzo małego.

IV. Kol. Jodko przypomina, że na jedném z poprzednich posiedzeń oddziału mówił kolegom o nowym sposobie operowania zaciemka (modificirte Linearextraction) przez prof. Graefego używanym. Obecnie prof. Graefe w sposobie tym wprowadził pewne zmiany; nie używa już bowiem haków ostrych i tępych dla wyprowadzenia na zewnątrz twardych zaciemków, uważając ich użycie za szkodliwe. Przy bardzo wielkich i twardych zaciemkach, posługuje się obecnie większym nożykiem dla przecięcia rogówki, przez co otwór się nieco zwiększa, a dla wyprowadzenia z oka zaciemka używa łyżeczki guttaperkowej, którą naciska na przeciwległy ranie brzeg rogówki. Postępowanie to nazywa autor Stürzmann o ever, a łyżeczkę a nesthaetischen Loeffel. Kol. Jodko 37 razy stosował ten sposób w swojej praktyce. Z tych w jednym tylko przypadku zakończenie było niepo-

myślne; w 4 rozwinęło się następne zapalenie tęczy i potrzeba było uzupełnić operacją przez dodatkowe wycięcie kawałka tęczy, a 32 przypadki zakończyły się zupełnie pomyślnie. Następnie kol. Jodko przedstawił chorą uleczoną za pomocą operacji od *ectropium*. Warunki do operacji były bardzo niepomyślne, bo całe czoło chorój było pokryte bliznami do tego stopnia, iż płatu z żadnego miejsca wziąć nie można było. Kol. Jodko połączył w tym razie dwa sposoby A m m o n a i J a e s c h e g o; wyciął kawałek zbyt długiej powieki i za pomocą kolistego cięcia mógł zsunąć pozostałą jej część na miejsce właściwe nie pozostawiając żadnego miejsca skórą niepokrytego.

Na zakończenie kol. Jodko przedstawia zwapniałą soczewkę, wydobytą z komórki przedniej, dokąd się była dostała wskutek upadku chorego.

V. Kol. Chwat przedstawia 18-letniego Józefa M., któremu z przyczyny powikłanego złamania uda ze sterczącymi w ranie odłamkami kości, zmuszony był wypilować część kości udowej na 7 cali długą, z oszczędzeniem okostnej. Obecnie po 4ch miesiącach kończyna chora jest zaledwie o 2 palce krótszą od zdrowej, chory jeszcze o kuli chodzi ale kość nowa przedstawia twardość należytą, będąc jeszcze cokolwiek grubszą. Wypilowany kawałek złamanej kości 7 cali długi kol. Chwat zebrany kolegom okazał.

Kol. Sommer operował dwa wypadki podobne. Wszelako długość kości wyjętej była w pierwszym razie tylko 4 cale, w drugim 3. Jeden z tych przypadków zakończył się śmiercią.

Kol. Girsztowt zwraca uwagę członków oddziału na powszechne mniemanie jakoby wyłuszczenia ze stawów (*exarticulatio*) miały dawać gorsze wypadki od amputacji. Jednakże chrząstka nie potrzebuje się oddzielać i może pokryć się granulacjami, zrastającemi się z płatem. Taki właśnie miał kol. przypadek przed kilku dniami: kolonista niemiec z prowincyi miał rękę zmiażdżoną w trybach maszyny. Kol. Girsztowt odjął mu ją w stawie, zrobiwszy dwa płaty przedni i tylny dla połączenia *per 2am intentionem*. Po operacji zalecił kąpiel przeciągłą operowanego członka, brodawkowanie

szło pomyślnie, ropy niewiele odchodziło i rana we dwa tygodnie się zagoiła, pomimo, że na 2 cale powyżej na kości sprychowej rozwinęło się ograniczone zapalenie okostnej, które wymagało cięcia dla wypuszczenia ropy.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sprawozdawca Dr. W s z e b o r.

Posiedzenie 31 z d. 6 maja 1867 r.

Przewodniczący kol. Girsztowt.

Treść. Unieruchomienie zbliżonych szczęk od lat trzech trwające, (kol. Le Brun). Articulatio spuria, polymasia ossium. Malum coxae senil- (kol. Girsztowt). Resectio tibiae (koll. Kwaśnicki i Orłowski). Resectio femoris (kol. Sommer). Resectio humeri (kol. Girsztowt). Extirpatio totius uteri (kol. Girsztowt).

Obecni: Koll. Belke, Girsztowt, Jodko, Kwaśnicki, Le Brun, J. F. Nowakowski, Orłowski, Sommer, Wszebor.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia, kol. Le Brun wprowadza kobietę przeszło 50 lat wieku liczącą, która od lat trzech dotkniętą jest coraz wzmagającą się trudnością otwierania szczęk, do tego stopnia, że obecnie żadnych stałych pokarmów przyjmować nie może, zęby górne przykrywają lub wstawiają się pomiędzy dolne, pokarmy zaś płynne lub pół płynne wprowadza do jamy ustnej przez otwór powstały w skutek wypadnięcia dwóch zębów trzonowych lewych. Kobieta ta o początku swojej choroby nic więcej powiedzieć nie umie jak tylko, że przed 3 laty, z niewiadomej przyczyny wystąpił ból z obu stron twarzy, z obrzmieniem podskórnem i niemożnością zupełniejszego roztwierania szczęk. Obecnie skóra jest nienaruszoną, ale pod policzkiem wyczuć można, tak od zewnątrz jak od jamy ust, mocno stwardniałe i powiększone mięśnie żwacze. Przy bliższem badaniu dostrzedz można, iż niewielki dobrowolny ruch zawiasowy w stawach szczękowych jeszcze istnieje, a ująwszy jedną ręką szczękę dolną i utrwalając drugą położenie głowy, ruch ten

wydatniejszym jeszcze uczynić można, przyczem daje się słyszeć pewne trzeszczenie pochodzące od tarcia powierzchni stawowych o siebie.

Po wyexaminowaniu choréj przez członków oddziału, kol. Kwaśnicki i Jodko oświadczają się za cierpieniem w samych mięśniach.

Kol. Le Brun uważa, że stanowczego rozpoznania ustanowić nie można. Prawdopodobnie jednak sądzi, że tu mamy do czynienia z pierwotnym cierpieniem stawów żuchwy, które doprowadziło do *ankylosis incompleta*; stan zaś mięśni uważa za następstwo ich nieczynności.

Kol. Wszebör badał już poprzednio chorą, która zgłaszała się do ambulatorium szpitala Dzieciątka Jezus. Jakkolwiek opowiadanie choréj może być niedokładnym, wszelako zestawione ze znakami badania, dozwala prawie na pewno wykluczyć zapalenie stawów jako przyczyny obecnego stanu. Bóle przy takowym zapaleniu musiałyby być silniejsze, chora by je zapamiętała; każde usiłowanie gryzienia byłoby wówczas połączone z bólem, o czym chora nie mówi. Zresztą stan obecny bardzo dobrze wytłumaczyć się daje zapaleniem chronicznym samych mięśni (*myositis*), skutkiem którego tkanka kurczliwa mięsna stopniowo zastąpioną została tkanką łączną nowego utworu, nierozciągliwą, która z postępem czasu ściągając się dąży do coraz większego zbliżenia obu szczęk do siebie.

Kol. Girsztowt przechyła się na stronę dopiero co objawionego sposobu pojmowania processu chorobnego; nie przeczy, że i w samych stawach wykształciły się zmiany, lecz nie odnosi ich do zrośnięcia powierzchni stawowych. Tu mamy do czynienia tylko *cum ankylosi fibrosa*. W skutek unieruchomienia szczęk, powierzchnie stawowe ciągle cisnąc jedno o drugą utraciły swoją chrzęstną powłokę, kości się obnażyły i dla tego przy ruchu słyszymy wyraźne tarcie jednej o drugą. Przy *ankylosis ossea* jakkolwiek by była czy pomiędzy całymi powierzchniami stawowymi czy tylko częściową, zawsze nieruchomość musiałaby być zupełną, czego tu nie ma. Co do leczenia kol. G. sądzi, że próbować należy stopniowego rozciągania skurczonych mięśni mechanicznymi

środkami (*Extensio lenta; gradata*). Gdyby te skutku nie odniosły wówczas możnaby przystąpić do myotomii.

Kol. Sommer proponuje dla zupełniejszego wyświetlenia rozpoznania zachloroformowanie chorąg. Zwolnienie choć częściowe mięśni pod wpływem chloroformu, pozwoliło by stanowczo uchylić domyślne zrośnięcie kostne stawów.

Kol. Girsztowt przedstawia ciekawe okazy pochodzące z 80-letniego starca zmarłego onegdaj. Sekcja dokonana została przez kol. Sommera. Starzec ten który w skutek *marasmus senilis* długi czas leżał w domu Schronienia starców gminy Ewangelickiej, przed parą miesiącami przywieziony został do szpitala Ewangelickiego z powodu znacznego pogorszenia jego zdrowia, zależnego, jak się okazało przy badaniu, od ostrego zapalenia opłucnej (*pleuritis*). Podczas tej choroby, przy przenoszeniu chorego z jednego łóżka na drugie, nagle łamie mu się udo lewe, ukośnie, *cum dislocatione ad longitudinem*. Po nastawieniu odłamków, złamaną kończynę ułożono na *planum inclinatum duplex*, nałożono następnie opatrunek gipsowy. To trwało 2 miesiące, podczas których chory coraz więcej upadał na siłach, dostał odleżeń (*decubitus*), wreszcie zmarł z wycieńczenia. Przy sekcji, odłamki złamanego uda okazały się złączone za pomocą stawu fałszywego (*articulatio spuria*) pozwalającego ograniczonego ruchu. Łamliwość kości (*fragilitas, osteopsathyrosis*) w danym przypadku, rozwinęła się wskutek tak zwanego odśrodkowego zaniku kości (*atrophia senilis excentrica interna*) przyczem chociaż zarysy i objętość kości zachowane zostały, *substantia compacta* jednak w znacznej części znikła, *stratum corticale* zupełnie ścieńczone, kanał szpikowy (*canalis medullaris*) rozszerzony i komórkami tłuszczu prawie płynnego zapełniony (*Lipomasia, degeneratio adiposa vet.*). Obok tych zmian na trzonie kości, w stawie biodrowym były następstwa chronicznego zapalenia, mianowicie chrząstka tak na główce kości udowej jak i w panewce zupełnie prawie znikła, główka kości udowej spłaszczona, gładka, jakby oszlifowana, twarda (*osteosclerosis*), ilość mazi w stawie zredukowana do *minimum*, na brzegach panewki złogi kostne (*osteophyta*), ztąd łatwo

dają się wytłumaczyć utrudnione i nieco bolesne za życia ruchy w tym stawie obok uczucia tarcia się powierzchni kostnych nader wyraźnego.

Kol. Orłowski przedstawia chorego, któremu zrobił wypiłowanie kawałka kości piszczelowej (*tibia*) długiego na $2\frac{1}{2}$ cala. Czerwiński Jan, 29 listopada 1866 r. przywieziony został do szpitala Dzieciątka Jezus ze złamaniem obu kości goleni w $\frac{1}{3}$ dolnej. Złamanie było powikłane nie wielką raną powłok ogólnych. Kol. Orłowski, ułożywszy złamany członek w żłobku Mayora, zalecił zimne okłady, pod którymi, po jakim czasie, rana zewnętrzna się zakleiła, gdy koło 16 grudnia rozwinęło się phlegmone, rana napowrót się roztworzyła, a zgłębnik przez nią wprowadzony dochodził do obnażonej kości. Dnia 20 grudnia, kol. Orłowski wykonał wypiłowanie samej tylko kości piszczelowej, bo kość łydkowa jakkolwiek złamana nie była obnażona, co dozwalało spodziewać się zrośnięcia jej odłamków. Po operacji musiano dwa razy otworzyć tworzące się zatoki, lecz obecnie rana się zagoiła i chory z pomocą jeszcze kul chodzić może.

Kol. Kwaśnicki miał niedawno podobny zupełnie przypadek w szpitalu Ewangelickim, dokąd przywieziono ucznia gimnazjum ze złamaniem goleni trwającym od paru tygodni, z wystawaniem przez ranę zewnętrzną obnażonych kości na pół cala, i z utworzonymi zatokami. Po wykonaniu wypiłowania sterzcących odłamków, w półtora miesiąca wszystko się zagoiło.

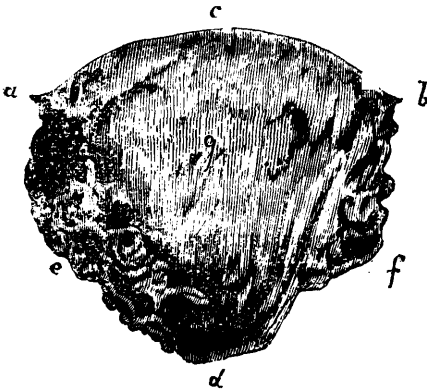
Kol. Girsztowt czyni uwagę, że byle części miękkie były zdrowe można nieraz znaczne kawałki kości wypiłować, nienarażając chorego na utratę członka. W 1863 r. mieszkaniec Lublina otrzymał *vulnus sclopetarium* w ramię. Po dwóch miesiącach ciągłych cierpień zwołano na radę lekarzy, i wtedy kol. G. przekonał się po zrobieniu cięcia, że kość ramieniowa (*humerus*) była potrzaskaną (*fract. comminutiva*), liczne odłamki pozbawione okostnej i podłużne szczeliny ciągnęły się na tak znacznej przestrzeni, że dopiero na cal jeden odległości od stawów ramieniowego i łokciowego kość była nienaruszoną. Na taki widok, jedni z lekarzy radzili zupełne

odjęcie, drudzy byli za wypitowaniem, które kol. G. wykonał odejmując całe $\frac{3}{4}$ długości kości ramieniowej. Po ułożeniu kończyny choréj w żłobku drewnianym i stosownym jéj opatrunku, zalecono choremu pożywną dyetę, używanie wina. W kilka miesięcy podczas których chory znajdował się w opiece kol. Kąkowskiego, kość zupełnie się odrodziła i czynności kończyny przywrócone zostały w całości.

Kol. Sommer zrobił we wsi Zatorach w tymże roku wypitowanie odłamków kości udowej w warunkach bardzo niepomyślnych, bo prócz złamania z potrząskaniem kości istniało nadto pęknięcie podłużne w kierunku ku stawowi kolanowemu, tak że wypitowany odłamek dolny natychmiast na dwie połówki się rozpadł; pozostała zaś dolna część kości udowej mogła mieć około 4ch cali długości. Wypitowane kości przedstawiały razem długość $3\frac{1}{2}$ cala. Pomimo tego wszystkiego chory ten jest obecnie zdrow zupełnie i chodzi jak najlepšíj.

Kol. Girsztowt przedstawia okaz wyciętej macicy w dniu 3 stycznia 1867 r. w naturze i na rysunkach, uwydatniających jéj zarysy, stopień zniszczenia, oraz budowę nowotworu patologicznego, będącego powodem zniszczenia tego organu. Macica uległa przeistoczeniu rakowcowemu, w skutku czego część pochwowa macicy prawie w zupełności, oraz znaczna część tylnej powierzchni ciała macicy, jak również jego brzegi zostały zniszczone. Dla ułatwienia opisu

Fig. 1.



dołączamy rysunki: fig. 1sza przedstawia ciało macicy (*corpus uteri*) z przodu, którego dno (*fundus*, lit. *c.*) na wejrzenie gołym okiem wygląda zdrowo; wymiar jego szerokości wynosi $5\frac{1}{2}$ centymetrów, powierzchnia przednia (lit. *g.*) której wymiar długości w linii środkowej

sięga 4ch centymetrów, w znacznej części zaczynając od dna aż do przesmyku macicy (*isthmus uteri*, lit. *d.*) wygląda też zdrowo; brzeg lewy (lit. *e.*) zaczynając od końca macicznego jajowodu, więzów szerokiego i okrągłego macicy (lit. *a.*) aż do przesmyku w zupełności zniszczony; brzeg prawy (lit. *f.*) w części jeszcze oszczędzony na przestrzeni 2ch centymetrów.

Fig. 2.

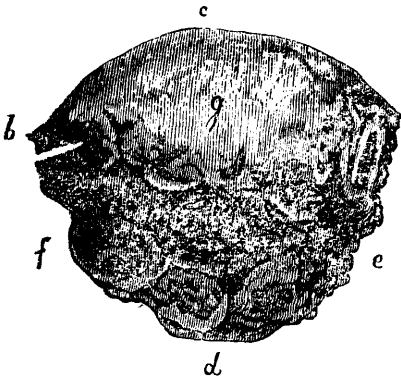


Fig. 2 przedstawia ciało macicy widziane z tyłu: tylna powierzchnia (lit. *g.*) zaczynając od dna macicy (lit. *c.*) i zstępując ku dołowi na przestrzeni 2½ centymetrów wygląda zdrowo, pozostała zaś część powierzchni (lit. *d.*) jak również brzeg lewy i prawy (lit. *e.* i *f.*) sprawia chorobną zupełnie zniszczone.

Figury 3, 4 i 5a wykazują anatomiczną budowę przestoczonej macicy, której chociaż dno i na pewnej przestrzeni powierzchnie przednia i tylna na wejrzenie gołym okiem zdają się być zdrowe, przy badaniu jednak drobnowidzowym, którego dokonał dr. Sommer, okazały się w zupełności rakiem (*canceroid*) zajęte.

Fig. 3 przedstawia: *a. a. a.* włókna mięśni gładkich; *b. b. b.* ogniska rakowca ze skrawka wziętego z pośrodkowej części dna macicy; cięcie prostopadłe do powierzchni, powiększenie 90.

Fig. 4 przedstawia: *a. a. a.* włókna mięśni gładkich; *b. b. b.* kolbowate ogniska rakowca; *c. c. c.* poprzecznie przecięte naczynia krwionośne; *d. d. d.* przestrzenie powstałe pomiędzy ogniskami rakowca i włóknami mięsnymi skutkiem traktowania przerodzonej macicy wysokiemi; *e.* siatka tkanki łącznej, ze skrawka wziętego z ciała macicy w pobliżu części ulegającej rozpadowi; cięcie równoległe do powierzchni, powiększenie 90.

Figura 3.

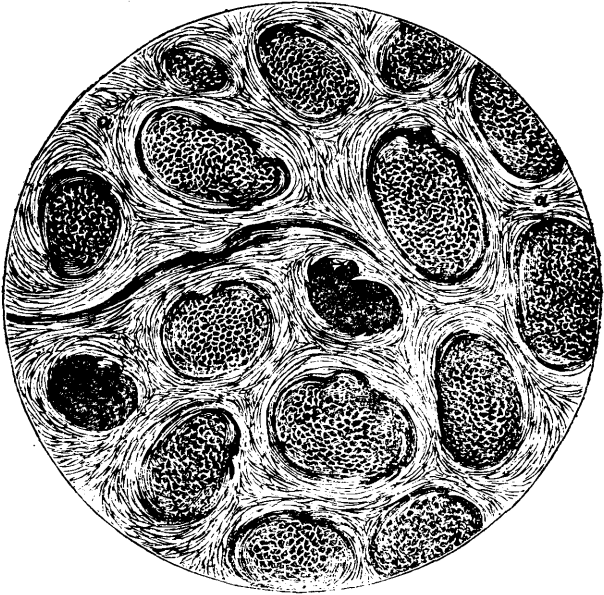
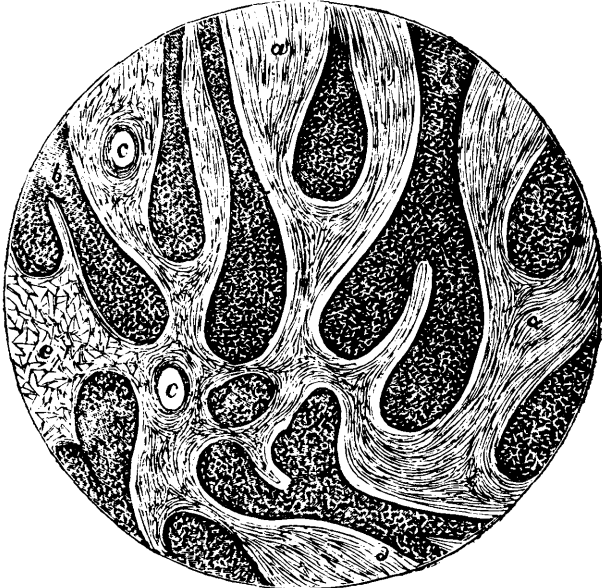
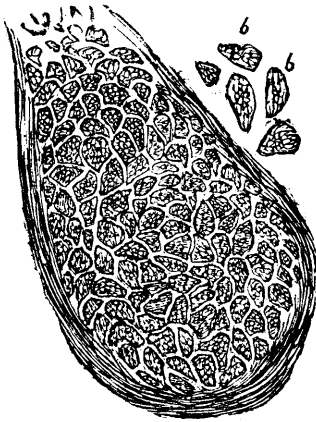


Figura 4.





Na fig. 5ėj widzimy skrawek równoległy do powierzchni macicy, wykonany na pograniczu części uległej rozpadowi, przedstawiający pojedyncze kolbkowate ognisko, wypełnione komórkami do typu nabłonka należącemi, nieco pokurczonemi; przestrzenie pomiędzy temiż powstały wskutek traktowania wysokiem badanėj macicy; *b. b.* pojedyncze komórki. Powiększenie 300.

Chociaż w obecnym przypadku szyjka macicy uległa chorobnemu zniszczeniu, uwzględniając jednak że ciało i dno macicy zostały wycięte, że zatem żadna część tego organu nie pozostała przy chorój, operacji téj nie możemy inaczej naukowo nazwać jak tylko wycięciem całkowitem macicy, na tych samych zasadach jak np. nazywamy całkowitem wypiłowaniem szczęki dolnej, operacją gdy niepozostawiamy żadnej części szczęki dolnej, pomimo że większa lub mniejsza część tejże szczęki mogła być processem chorobowym zniszczona.

Od czasu ogłoszenia opisu niniejszego przypadku, (Gazeta lekarska nr. 36) kol. Girsztowt w uzupełnieniu podanej tamże statystyki, podaje że po dziś dzień znanych już jest w nauce 80 całkowitych wycięć macicy przy rozmaitych wskazaniach, z których 41 a zatem więcej jak połowa wyzdrowiało.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sprawozdawca dr. W s z e b o r.

Posiedzenie 35, z d. 5 marca 1867 r.

Przewodniczący kol. Brodowski.

Przewodniczący przedstawia okaz patologiczny dolnej trzeciej części kręgosłupa, pokrytego częściami miękkimi, który pochodzi z dziecka sześciomiesięcznego, zmarłego wskutek obszernego zapalenia tkanki podskórnej w okolicy szyjowej. Przy oglądzie pośmiertnym tego dziecka, kol. Brodowski znalazł w okolicy podstawy kości krzyżowej, guzowatość miękką, wielkości małej pięści, pokrytą skórą znacznie ścięcioną, szczególnie na samym wierzchołku. Po przecięciu tego guza wypłynęła ciecz jasna i przezroczysta, a jama bezpośrednią miała komunikację z kanałem kręgowym, który na kości krzyżowej był zupełnie otwarty, to jest z powodu zupełnego braku łuków wszystkich kręgów rzekomych kości krzyżowej i ostatniego kręgu lędźwiowego, zamiast kanału prawdziwego istniała tylko rynna. Ściany tej jamy złożone ze skóry i opony twardej rdzenia, dały przyczep luźnym nerwom, podobnież sam rdzeń dolnym końcem przyrośnięty był do tych ścian. Co się tyczy przebiegu i kierunku nerwów w tej okolicy, to takowe przedstawiały pewne nieprawidłowości. Większa bowiem część nerwów przechodzących środkiem jamy zbiegała się promienisto do przyrośniętego tu rdzenia; ośrodkowe ich końce znajdowały się tuż przy boku rdzenia pokryte oponami miękkimi i wnikały do jego wnętrza na rozmaitych wysokościach, końce zaś obwodowe zaginały się jedne bezpośrednio prawie do otworu, za pośrednictwem którego jama komunikowała z kanałem kręgowym, inne zaś trzymały się na rozmaitej wielkości przestrzeni ścian jamy, następnie także się zaginały i podobnie jak tamte doszedłszy do odpowiednich sobie dziur międzykręgowych wychodziły na zewnątrz. Te włókna nerwowe, które brały początek z górnej połowy części rdzenia, znajdując się w tej jamie, wstępowały po bokach ku górze ró-

wniez do odpowiednich sobie dziur międzykręgowych, nerwy zaś powstające z samego końca téj części rdzenia miały przebieg poziomy.

Okaz ten przedstawia więc *hydromeningocele sacralis*, czyli zebranie płynu surowiczego w jamie pod oponą twardą. Co się tyczy powstawania téj masy ustroju, dotychczas jeszcze nie zdołano ustalić dokładnego zdania. Jedni patologowie (np. Cruveilhier) przypuszczają, że główną przyczyną téj wady jest przyrośnięcie rdzenia do listków zarodkowych jaja płodowego (w okresie rozwoju, gdy kanał kręgowy jeszcze otwarty jest) inni znowu (jak np. Virchow) sądzą, iż wada ta powstaje wskutek cząstkowej wodnej puchliny kanału rdzeniowego (*hydrops partialis canalis centralis medullae*). W niniejszym jednak przypadku żadne z powyższych objaśnień nie daje się zastosować; przeciwko bowiem pierwszemu przemawia ta okoliczność, iż skóra na całej przestrzeni wzmiankowanego guza najzupełniej jest wykształconą, przeciwko zaś drugiemu, przebieg nerwów przez środkową część jamy. Dla tego sądzą *przewodniczący*, że najbliższą przyczyną tego zбочenia w tym razie było zapalenie cząstkowe opon rdzenia w pierwszych tygodniach rozwoju płodu, pociągające za sobą przyrośnięcie w tém miejscu rdzenia z pewną częścią nerwów i nagromadzenie się wysięku w przestrzeni pomiędzy oponą twardą i oponami miękkimi. Tym sposobem wytłumaczyłoby się zarazem nie dojście do skutku zamknięcia się kostnego kanału kręgowego, a z drugiej strony pozostawanie dolnego końca rdzenia w miejscu które zawsze w dalszym ciągu rozwoju swego opuszcza, albowiem w stanie prawidłowym, kończy się już rdzeń na wysokości pierwszego lub drugiego kręgu lędźwiowego, poniżej więc téj okolicy znajdować się tylko powinna i znana nić końcowa (*filum terminale*).

Portner.

ODDZIAŁ EPIDEMIOLOGII I HYGIENY PUBLICZNEJ.

Posiedzenie 52, dnia 30 marca 1867 r.Przewodniczący kol. A p t e.

Obecnych członków 8.

Po odczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia z powodu wzmianki tam uczynionej o dość licznych przypadkach gryppy, zwraca uwagę.

Kol. Natanson, iż niewłaściwem jest nazwanie gryppą wszelkich katarów przewodu oddechowego, połączonych z gorączką, albowiem gryppą czyli influencją nazywamy tę formę chorobną kataru błon śluzowych, który poczynając się zazwyczaj w przewodzie oddechowym, rozprzestrzenia się na spojówkę oka, jamę nosową a nawet na kanał pokarmowy, i który występuje zwykle epidemicznie, będąc zależnym od wpływu miazmatu. Cechą tej formy chorobnej jest silne natężenie gorączki, połączonej nieraz z objawami nerwowymi, z konwulsjami i deliriami, przy znacznym upadku sił, które to objawy są zupełnie nieodpowiednie miejscowemu processowi chorobnemu, a podobne raczej są do gorączek infekcyjnych i to właśnie każe wnosić o zależności tej sprawy chorobnej od wpływu zarazka na cały organizm. Zwykle zaś katary, które podobne nieco są do gryppy z powodu towarzyszących im objawów gorączkowych, a które czasami się pojawiają, gdy nieistnieje epidemia, nazwane być winny *gorączką kataralną*. Następnie, kol. Dobieszewski odczytał obraz epidemiologiczny Królestwa Polskiego za rok 1866. Poczem obecni koledzy udzielali wiadomości o chorobach przez nich spostrzeganych w ciągu ubiegłych dwóch tygodni. Z zestawienia tych danych okazuje się, iż najczęstszymi były w tym czasie, jak zwykle, cierpienia przewodu oddechowego i kanału pokarmowego, mianowicie: katary błon śluzowych nosa, gardła, tchawicy, oskrzeli, a nawet zapalenia miąższu płuc i błony ich

surowiczéj; oprócz tego katary żołądka i kiszek. Zdarzały się również krwotoki z płuc i z nosa (kol. Natanson wspominając o tém, nie sądzi aby różnice ciśnienia powietrza w zwykłych granicach, miały wpływ na powstawanie tych krwotoków, jak to niektórzy utrzymują, zdarzają się bowiem nieraz liczne krwotoki przy bardzo nieznacznych tylko zmianach barometru i odwrotnie). U dzieci widziano liczne przypadki zapalenia opon mózgowych (kol. Apt e nadmienia, iż w takich przypadkach obok stosowania środków przeciwwzapalnych skuteczném jest przewiewanie bezustanne wachlarzem nad głową dziecka; w kilku razach otrzymywał pomyślne skutki przy takiém postępowaniu). Nie rzadkie były reumatyzmy stawów i zapalenia skóry (*erysipelas*) na twarzy i kończynach, wspomniano również o ostrém zapaleniu nerek, powstałém po zaziębieniu (Helbich).

Z chorób epidemicznych nadmienić wypada o kokluszu, który nie przestał u nas panować.

Choroby infekcyjne były dość liczne, spostrzegano gorączkę tyfoidalną z charakterem złośliwym i ciężkim przebiegiem, dalej dysenterya tak u dzieci jak i u dorosłych, również zimnicę i ospę.

Kol. Natanson opowiada, iż przy nerwobólach między żebrowych (*neuralgiae intercost.*) zastosowywał z bardzo pomyślnym skutkiem zastrzykiwanie podskórne morfiny: w jednym przypadku takiego nerwobólu przy naradzie z drugim kolegą, postanowiono zrobić zastrzykiwania atropiną, po zastrzyknięciu $\frac{1}{14}$ grana w roztworze, wystąpiły po upływie pół godziny objawy intoksykacji: głowa była mocno rozpalona, błona śluzowa ust sucha, wszystkie sekrecye wstrzymane, łącznica oka krwią nabiegła, tętno przyspieszone i utrata przytomności, źrenice zaś nie były rozszerzone. Po zastosowaniu zimnych oblewań na głowę, upuszczeniu moczu za pomocą cewnika i wywołaniu stolców przez enemę z dodatkiem środków rozwalniających, objawy otrucia ustąpiły i chory wyzdrowiał.

Kol. Żłobikowski wspomina o jednym przypadku nagle powstałego jąkania się w mowie. Miało to miejsce u stróża, który poprzednio zupełnie był zdrow i dobrze mówił, a wyszedłszy w nocy boso do bramy, gdy powrócił do swego pokoju zaczął się jąkać, zresztą żadne inne objawy chorobne nie wystąpiły. Zrobiony upust krwi z ręki spowodował znaczną poprawę.

W z. Portner

K R Y T Y K A.

SPRAWOZDANIE

T E O F I L A B E L K E G O

Z ROZPRAWY

Stanisława Koźmińskiego,

pod tytułem:

TINEA TONSURANS, v. HERPES TONSURANS.

Czytane na posiedz. Towarz. lekar. Warszawskiego.

Szczegółowy i systematyczny opis samej choroby zwanéj *tinea tonsurans*, poprzedzony jest obszernym wstępem zapoznającym czytelnika z historią chorób skórnych w ogólności. W nim to autor wspomina o klasyfikacjach dermatologicznych Willana, Aliberta, Baumesa, Schönleina, Hebrya i t. d., a naukowo uzasadniwszy wyższość tego ostatniego nad poprzednim, tenże za właściwy i najpraktyczniejszy uznaje.

Zgrupowanie processów chorobnych skóry według zasady anatomicznej, prac badaczy nad etiologią chorób ogólnej powłoki naszego ciała, a jednocześnie i rozumnie przeprowadzone wnioski z prac botaników i zoologów wykryły, iż przyczyną wielu chorób skóry są pasożyty natury roślinnej. Na téj to drodze trzymając się takich wskazówek Gruby pierwszy odkrył pasożyt *trichophyton tonsurans*, jedyną przyczynę choroby, której autor obraz nam skreślił.

Daléj zwolna i nawet stopniowo przeprowadza piszący dyskusye z pola kwestyj ogólnych, do coraz więcej szczegółowych, rozbiera i krytykuje różne poglądy autorów co do znaczenia takich pasożytów dla organizmu samego, zbija (różnemi przykładami popartemi może aż nazbyt mnogimi cytacyami) zarzuty przeciwników teoryi pasożytów i stawia następane wnioski, które są momentami najważniejszymi w powstawaniu i rozwijaniu się téj choroby.

1. Istotę choroby stanowi rozwój samego pasożytu we właściwej mu miejscowości prócz miejscowych względów. Warunki organizmu wewnętrzne o tyle tylko mają znaczenie w rozwoju pasożytu, o ile przyjmują współdział w przygotowaniu przyjaznego dlań gruntu.

2. Dla zarażenia się niekoniecznie potrzebném jest bezpośrednie zetknięcie się osoby zdrowej z chorą, lekkie bowiem zarodniki (*spori*) pasożytu łatwo mogą być przez powietrze przenoszone.

3. Choroba ustępuje wtedy tylko, gdy przerwane zostaną warunki sprzyjające rozwojowi pasożytu.

Wykazawszy tym sposobem niesłuszność zarzutów stawianych przez przeciwników teorii pasożytnój, zastanawia się autor nad faktami dowodzącymi, iż choroby pasożytne są chorobami wprost miejscowemi.

Choroba nie rozpoczyna się bowiem żadnemi zwiastunami, nie mamy żadnych objawów cechujących ogólne cierpienie organizmu; choroba objawia się bez względu na wiek, płeć, usposobienie, nigdy nie występuje na raz na całej powłoce naszego ciała, lub na znacznej jego części. Zachowuje się podobnie jak inne choroby skóry powstałe z przyczyn miejscowych, to jest nigdy nie wychodzi z granic na które podziałała sama przyczyna, a znowuż zaraźliwość wszystkich podobnych cierpień przy ich charakterze miejscowym dowodzi, iż przyczyną ich są właśnie pasożyty; wreszcie leczenie antipasożytne tak skuteczne, zaszczepialność, również są potężnymi dowodami wspierającymi zapatrywanie się autora rozprawy.

Po wyleczeniu chorób powstających z obecności pasożytów tak zwierzęcych jak roślinnych, przechodzi autor do opisu szczegółowego objawów chorobnych, wspomina na wstępie o 3ch okresach życia pasożytu według teorii Bazina, a dalej dla łatwiejszego określenia obrazu chorobnego rozpoczyna swój wykład od opisu choroby na częściach skóry nie pokrytych włosami.

Z objawów subiektywnych przytacza za najważniejszy swędzenie. Z obiektywnych zaś objawów zasługuje na uwagę

powstawanie najpierw plamy, która wkrótce rozszerza się we wszystkie strony, blednie w miejscu pierwotnego swego powstania i tym sposobem tworzy rodzaj charakterystycznego krążka. Na miejscu pierwotnie zaczerwienioném (*herpes erythematosus*) niekiedy występują pęcherzyki (*herpes vesiculosus*), grudki (*lichen circumscriptus*), krosty (*impetigo figurata*), łuszczenie (*h. furfuraceus*).

Te są najwybitniejsze cechy chorobne na częściach nie pokrytych włosami, podobnie rozpoczyna się choroba i na częściach okrytych włosami; warunki jednak anatomiczne w tych miejscach dają nam dalej inne charakterystyczne objawy. Autor idąc za Bazinem rozróżnia tutaj 3 okresy téj choroby, odpowiednio do 3ch okresów życia pasożytu.

1. Pasożyt schowany jest w torebce włosowej, choroba cechuje się krążkiem, włosy tracą swą barwę i połysk.

2. Pasożyt występuje na zewnątrz w postaci masy białawej, mączystej, jednocześnie włosy się łamią, tworzyć się poczyna określona łysina (*tonsura*), naskórek przytém łuszczący się mieszając się z masą pasożytu nadaje łysinie postać powierzchni pokrytej mąką (*pityriasis alba*). Kolor skóry zmienia się również, z czerwonego staje się sinym lub brudno szarym. W 3 okresie głębokie zapalenie torebek włosowych przechodzi w ropienie, występują krosty, cały obraz chorobny zaciera się, a stan taki łatwo wziąć można za impetigo.

Podobnyż przebieg ma choroba na twarzy porośłej włosami i na częściach płciowych. Autor rozdział ten kończy opisem choroby paznogi.

W etiologii skreśla kolega K. cechy botaniczne pasożytu, zastanawia się nad częściami składowemi samego grzybka trychophyton tonsurans, przytacza cechy mikroskopowe tychże części, wspomina o ich własnościach chemicznych i fizycznych, czyni wzmiankę o sposobie rozmnażania się trychophytu, zbija mniemania co do identyczności tego pasożytu z pasożytem parchu zwanym Achorion Schönleini, przytacza, (może nazbyt nawet śmiało mianowicie po ostatnich znanych doświadczeniach Ungra), rozróżnienia botaniczne obu tych pa-

sożytów opisuje budowę innych roślin pasożytnych, wspomina o zmianach mikroskopowych włosów, które są nader rozliczne odpowiednio do okresów choroby, wreszcie kończy ten bardzo długi rozdział dowodami zaraźliwości choroby czerpaniemi tak z medycznój, jako i weterynaryjnej praktyki.

Wspominając o rozpoznaniu choroby, radzi autor zwracać uwagę na następne okoliczności, uznane przez niego za najważniejsze, mianowicie:

1. na kształt wysypki; 2. na formy elementarne Wila na t. j. czy są pęcherzyki, grudki lub krosty; 3. na sposób rozszerzania się wysypki; 4. na zjawiska chorobie towarzyszące. Dalej pisze autor o rozpoznaniu różniczkowym (*diagnosis diferencialis*) od czerwienia (*erythema*), łuszczycy (*psoriasis annulata*), wysypek syfilitycznych i od niektórych form wilczaka (*lupus*); zastanawia się także nad cechami odróżniającemi tę chorobę pojawiającą się na głowie, od innych stanów chorobliwych głowy mogących dać powód do pomyłek w diagnostyce.

Dwa ostatnie rozdziały poświęcone są wzmiance o rokowaniu i leczeniu.

W rokowaniu dowiadujemy się, iż aczkolwiek choroba opisywana nader jest uporczywą i rzadko samodzielnie ustępuje, jednakże nigdy na ogólny stan organizmu złego wpływu nie wywiera; w rokowaniu wypada uwzględnić także, miejscowość samój choroby, wiek chorego, środki poprzednio używane i t. d.

Wskazania do leczenia daje autor następne: 1) zniszczyć pasożyt jako przyczynę choroby; 2) zmniejszyć zjawiska symptomatyczne zbyt dolegliwe; 3) usunąć powikłania w chorobie. Dalej następuje wyszczególnienie środków, które są najodpowiedniejsze dla wypełnienia tych 3 ogólnych wskazań; wreszcie całą rozprawkę kończy kolega K. opisem metody leczenia Bazina, którą *za nader racjonalną* i pożyteczną uznaje.

Oto jest streszczenie całej pracy kol. Koźmińskiego. Systematyczność i jasność wykładu, pewność założenia, loiczność wysnuwanych z tego wniosków, podstawy ściśle nau-

kowe poparte może aż nazbyt licznymi cytacjami, zalecają tę sumienną pracę i usprawiedliwiają zarazem moje nieco długie sprawozdanie; a aczkolwiek w całej rozprawie znać jeszcze ową nierównowagę, owe niezbyt harmonijne zlewanie się obu tych ogniw, na których wspiera się dzisiejsza Medycyna, to jest praktyki i nauki, aczkolwiek powtarzam część naukowa jest wydatniejszą może ze szkodą onych rozdziałów tak wielkie znaczenie mających dla lekarza i chorego, jak to dostrzedz możemy -w rozdziale „p. n. *Rozpoznawanie*,“ gdzie obrazy chorób podobnych do herpes tonsurans, tak mglisto są nakreślone, iż nie znający ich według danych wskazówek wcale by ich nie rozpoznał, aczkolwiek kolega na nowo popełnia ów błąd tylokrotnie przez piszących u nas powtarzany, tworzenia nowych terminów, jak np. pryszcz dla oznaczenia łacińskiego *pustula*, gdy mamy termin dawny przez wszystkich znany i używany i gdy na odwrót używa piszący wyrażeń obcych, gdy nasz język posiada własne jak np. zamiast zarody choroby *herpes tonsurans*, bardzo dobrze można mówić po polsku **Liszaj ołysiający**, pominąwszy te nie wielkie usterki, całość samej rozprawy jako przyczynek do literatury medycznej, zasługuje na pomieszczenie w Pam. Tow. a autora zaś samego przedstawiam na członka naszego Towarzystwa.

WIADOMOŚCI ZAKRAJO WE.

O katarze kiszek u dzieci, podług Steinera i Neureutera w Pradze.

Katar kiszkowy u dzieci występuje jako ostry i jako chroniczny.

Znaki anatomiczne *ostrego* kataru są: nastrzyknięcie, nabrzmienie, i rozpulchnienie błony śluzowej wraz z powiększoną wydzieliną. Nie zawsze wszystkie te znaki się znajdują; najstalszemi z nich są nabrzmienie i rozpulchnienie błony śluzowej, zwłaszcza w kiszkach grubych.

Chroniczny katar kiszek u dzieci przedstawia dwie formy anatomiczne.

W pierwszej kiszka bywa rozdętą, błony kiszkowe bezkrwiste, blade, jakby wypłukane, cienkie, przezroczyste i łatwo rozdzierające się.

Druga forma sadowi się głównie w grubiej kiszce; błona śluzowa téj kiszki bywa brudno czerwoną, szarawą, zgrubiałą i nierówną na powierzchni, tkanka łączna pod błoną śluzową będąca jest nabrzęknietą (oedematyczną). Niekiedy i błona mięśniowa kiszki grubiej również bywa nabrzęknietą, tak że grubość ściany kiszki powiększa się do czterech razy.

Charakterystyką chronicznego kataru kiszek u dzieci jest bardzo częste, niekiedy głębokie zajęcie gruczołów woreczkowych (*Folliculardrüsen*), które bywają nabrzmiałe, z obwódką czerwoną lub szarawą, gdzie indziej powierzchownie owrzodzone.

Tak przy pierwszej jak i przy drugiej formie kataru kiszek u dzieci, gruczoły kręzkowe, bywają obrzmiałe, niekiedy czarne, niekiedy zaś blado-czerwone, a czasem szarawe, ze znacznym rozrostem komórek. Następstwa chronicznego kataru kiszek występują jako ropiasta i krupowa dysenterya, jako owrzodzenie gruczołów woreczkowych, rzadziej

jako zniszczenie błony śluzowej wskutek owrzodzenia, jeszcze rzadziej jako polipowe narosty na błonie, lub stwardnienie jej wraz ze zwężeniem światła kiszki. Właściwie mówiąc przy owrzodzeniach gruczołów woreczkowych błona śluzowa jest nienaruszoną, lecz pod nią tworzą się małe ropnie. Niezmiernie częstą bywa właściwa zmiana w śledzionie, z rozrzedzeniem jej miąższu i przewaźnym rozwojem tkanki łącznej (*stroma*), tak nazwana śledziona *Sagowa* (*Sagomiltz*). Autorowie w tém przeistoczeniu śledziony znajdują przyczynę z powodu jakiej w niektórych wypadkach po oddaleniu kataru kiszek bezkrwistość nie daje się usunąć.

Objawy. Przy ostrym katarze kiszek u dzieci wypróżnienia stolcowe są rozmaite. Wypróżnienia zielono zafarbowane lub później nieco kolor ten przybierające (w kształcie skrzeku żabiego) bywają tylko u niemowląt i u dzieci w pierwszych latach życia; właściwy im jest odczyn i zapach kwaśny. Im więcej miejsca zajmuje katar w kiszce, im mniej pożywienia i im więcej płynów dziecię do wewnątrz przyjmuje, tem płynniejsze i bardziej rozrzedzone są wypróżnienia. W miarę większego rozrzedzenia, wypróżnienia bywają jaśniejsze i bezwonne i tém więcej zawierają nabłonka. Prócz tego towarzyszy wzdęcie brzucha, nie w tym wszakże stopniu jak w chronicznym katarze, burczenie w kiszkach, bóle przemijające; brak apetytu, pragnienie, suchość warg i błony śluzowej ust, z podwyższoną ciepłotą jamy ustnej, język białobłożony, gorączka.

Wypróżnienia przy chronicznym katarze kiszek rzadko bywają płynne, najczęściej papkowate, brunatne lub szarawożółte, odznaczające się przenikliwym zgnitym zapachem i w ciągu 24 godzin od 3 do 8 rano obficie wraz z niestrawionymi kawałkami pokarmu bywają oddawane.

Wzdęcie brzucha bywa daleko znaczniejsze niż w ostrym katarze; brzuch jest nakształt bębna napięty (żabi brzuch); kształt jego przypomina wodną puchlinę brzucha, lecz nigdy okolica pępka nie bywa wyrównaną. Na powłokach brzusznych niekiedy znajdują się małe, wielkości soczewicy tu i owdzie cienkimi wałeczkami połączone grudki. Są to naczynia lim-

fatyczne z ich zastawkami. Następstwem wzdęcia brzucha jest zmienione i utrudnione żebrowe oddychanie. Ból bywa mniejszy niż w ostrym katarze; apetyt w późniejszym okresie powiększa się; pragnienie nie wielkie.

Najgorszym i najniebezpieczniejszym zjawiskiem w przebiegu chronicznego kataru kiszek jest stopniowo wykształcająca się bezkrwistość i zanik (*atrophia*).

Przyczyny. Najczęstszą przyczyną kataru żołądka i kiszek jest niestosowne karmienie, jakoto nieregularne lub nadmierne podawanie piersi, stosunkowo zbyt stary lub za młody pokarm mamki, starość karmiącej, miesiączkowanie, lub nowa ciąża podczas karmienia wydarzona, wzruszenia moralne lub błędy dyetetyczne karmiącej. Tu także należy odstawienie dziecka od piersi. Autorowie naznaczają czas do odstawienia dziecka między wystąpieniem jednej lub drugiej grupy zębów, nie podając oznaczonej liczby miesięcy jako stałego prawidła dla odstawienia dziecka. Starać się trzeba odstawić dziecie stopniowo, unikając pełnego lata.

Źródłem powstawania kataru kiszek, u dzieci jest także sztuczne odkarmienie. W pierwszych 6—8 tygodniach trudno obejść się bez mleka, później zaś autorowie przekładają rosół mięsny, kawę żołądźkową nad mleko miejskie. Pomiędzy przyczynami następne podają: ząbkowanie, wpływ atmosferyczny, błędy dyetetyczne, robaki kiszkowe. Pomiędzy 1219 katarów dróg oddechowych, było 313 współczesnych zajęć kanału pokarmowego.

Rokowanie. Katar kiszek stanowi pierwsze i najważniejsze ogniwo w szeregu processów chorobowych, które organizm dziecięcia głęboko podkopują i bardzo często śmierci stają się przyczyną. Dlatego katar kiszek nigdy nie powinien być lekko traktowanym, co zwłaszcza zdarza się przy rozwolnieniu, jakie powszechnie ząbkowaniu przypisują. Stałym następstwem bywa zmniejszone odżywienie ze znanymi mu cechami, między którymi nadmienić wypada o zasunięciu kości potylicowej (*Intercalatio ossis occipitis*). W skutek zaniku mózgu, kość potylicowa zasuwą się pod kości ciemniowe i jednocześnie przednie ciemie nieckowato zapada się.

Dalsze następstwa kataru kiszkiowego u dzieci są: hydrocephalus, ślinogorz z wysypką grzybkowatą (*stomatitis aphthosa*), zaczerwienienie i ślimaczenie około wypustu (*anus*), wypadnięcie kiszki odchodowej, przeistoczenie wątroby i śledziony, rozrost gruczołów krezkowych, dysenterya ropiasta lub krupowa i nakoniec owrzodzenia gruczołów woreczkowatych. (Follicular-verschwörung).

Owrzodzenia te, cechują się szeregiem następujących po sobie zjawisk. Pojawia się gorączka, wargi i usta schną, apetyt zmniejsza się, pragnienie znaczne; wzdęcie brzucha powiększone, brzuch bolesny zwłaszcza w okolicy okrężnicy zstępującej, w rowie biodrowym lewym, (*fossa iliaca sinistra*). Wypróżnieniom towarzyszą silne bóle, następnie bywają mimowolne wypróżnienia zawierające ropę i ślady krwi. Ilość ich stopniowo zmniejsza się a nakoniec wypróżnienia składają się z kawałka ropiastego śluzu. Błona śluzowa wypustnicy (*intestinum rectum*) wysuwa się na zewnątrz, okolica wypustu ulega powierzchownemu owrzodzeniu (*excoriatio*), ogólnie wyniszczenie powiększa się i nogi obrzmiewają. Niekiedy bywa wstrzymanie chorobliwego processu, lecz nie na długo, a powrót choroby tem prędzej śmierć sprowadza.

Leczenie. Każdy wypadek wymaga właściwego leczenia. Przedewszystkiem należy uregulować karmienie. Przy katarze pierwotnym gorączkowym autorowie zalecają dekoktu salepu trzy uncye z pół uncją syropu, 10 kroplami elixiru Hallera i 1, 2 do 4 kroplami tinktury opijowej. Jeżeli stolce są bardzo częste, to zamiast kwasu Hallera dodaje się 3—6—8 gran ałunu. Następnie skutecznie działają proszek Dowera, ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ gr. p. d.) Tannina z makowcem. W rozwolnieniach podczas lata z wypróżnieniami wodnistymi okazały się skutecznymi połączenie toniczno-aromatycznych środków z pobudzającymi, jakoto Inf. Calam. arom., Rad. Caryophyllatae z kwasem Hallera, tin: aromatica acida i tinktura opii, wino. Przy kwaśnych wypróżnieniach u niemowląt, zalecają się absorbujące środki: lapid. cancror. Magnes. carb, Aqua calcis z aromatyczną wodą i małym dodatkiem rhei, a także proszek Dowera z rzewieniem (*rheum*). Silne bóle brzucha należy

uspokoić zapomocą kąpieeli, okładów z rumianku, wcierania unguen: aromatici. Przy nagłym upadku sił: gorąca kąpiel, drażnienie skóry, tinctura nervino tonica Bestuscheffii, a szczególnie wino.

W chronicznym katarze kiszek używają autorowie, opium, tanningę, octan ołowiu, proszek Dowera. W uporczywych wypadkach niekiedy dobrze skutkuje tinctura Rhei vinosa od 1—3 łyżeczek dziennie. U dzieci już anemicznych: chinina z opium lub z proszkiem Dowera, tinct. ferri muriatici. Jeżeli i te środki nieskutkują to W e s t zaleca: Dtum ligni Campechiani pół uncyi na cztery uncye, tinct. catechu gutt. 15—20, tinct. opii simp. gutt. 6—8. Połączenie to również jak Rathanhia, Columbo nie jest pewne. Saletran srebra nie okazał się tak skutecznym jak go zalecało. Działanie lekarstw należy wspierać (zwłaszcza przy cierpieniu grubych kiszek) lewatywami z ugotowanego krochmalu, salepu z dodatkiem tincturae opii. Weisse w Petersburgu przy rozwolnieniu u odstawionych od piersi zaleca surowe mięso; i aby go smaczniejszém uczynić dolewa się doń nieco Malagi lub dodaje nieco-cynamonu zproszkowanego. Przy wypadnięciu wypustnicy (*rectum*) H e n o c h radzi aby stolec oddawały dzieci leżąc, albo należy naczynie postawić wyżej na stołku, by przez to osłabić działanie tłoczni brzusznej:—prócz tego korzystne są lewatywy z zimnej wody i jakiego środka ściągającego (*adstringens*), a do wewnątrz ekstrakt wroniego oka. Przeciwno samowolnemu odchodzeniu stolca, niekiedy zdarzającemu się po chronicznym katarze kiszek okazały się skuteczne: zimne kąpiele przysiadkowe, lewatywy z zimnej wody i wewnętrzne użycie wroniego oka.

(Prager Vierteljahrschrift XXIII, 3.)

Dr. A p t e.

Wycięcie macicy i obu jajników, w torbiele złożone przelstoczonych. Śmierć. Operację tę wykonał Dr. Koeberlé na kobiecie 36 lat liczącej i na jój usilne żądanie, gdyż po zbadaniu dokładném guzów, przekonał się, iż operowanie w podobnych warunkach daje nadzwyczaj słabą

nadzieję pomyślnego wypadku. Okazało się bowiem przy operacyi, iż guz prawy spojony był, za pomocą silnych i obfitych w naczynia zrostów, ze ścianami brzucha i częściami miękkimi miednicy, guz zaś lewy z kiszka i siecią; nadto obadwa jajniki ściśle były złączone z bardzo wydłużoną macicą od której nie dały się należycie oddzielić. Rozdzielenie zrostów prawego guza, było bardzo trudnym; potrzeba było założyć „*ligature en masse*“ na krwawiące miejsca ściany miednicy, a nadto założyć z osobna tak na szyjkę macicy jak i szypułki obu jajników, pętle druciane za pomocą zaciskacza (*serre-noeud*) a dopiero pojedynczo je wycinać. Rana brzuszna sięgała 6 centm. po nad pępek, połączono jęj brzegi szwem, wyjąwszy w dolnym końcu przez który wychodziły druty 3ch pętel i końce nitki jedwabnej. Operacya trwała 2¼ godzin, krwi utracono 300 granów,— z guzów otrzymano 11 litrów płynu rzadkiego, same zaś guzy ważyły 18 kilogramów. Przez 5 dni po operacyi chora miała się dość dobrze, puls 90, apetyt i sen bardzo dobry. W ostatnich dwóch dniach okazało się mocne wzdęcie brzucha, lecz pomimo zadanych lewatyw i środków rozwalniających chora nie mogła oddawać wiatrów przez otwór stolcowy, jakkolwiek kał płynny w małej ilości wychodził. 6 dnia okazały się objawy zapalenia otrzewnej, które prędko zgon sprowadziły. Przy rozbiorze pośmiertnym znaleziono, iż pętla kiszki cienkiej nie daleko od przejścia jęj w kątnicę, uciśniętą była z dołu ku górze przez nitkę jedwabną, założoną w celu wstrzymania krwotoku; w pętli tęg, położonej najniżej w miednicy, zbierały się ciągle płyny, przeszkadzające gazom przedostać się do kiszki grubej, a wynikające ztąd nadmierne rozdęcie kiszek gazem zerwało świeże zlepy (*adhaesiones*) między kiszkami a brzegami rany wystawiając tak otwarte powierzchnie na działanie rozkładających się płynów a ztąd i zapalenie otrzewnej. Autor jest zdania, że gdyby był ściągnął nitkę ku dołowi za pomocą długiej rurki, lub przekuł kishkę dla wypuszczenia gazów, jako uczynił w podobnym wypadku Dr. Duménil z Rouen, życie chorąg mogłoby być ocalone.

(Gazette des Hôpitaux, 23 Février, 1867).

ROZMAITOŚCI.

Szkoła Główna. W dniu 11 kwietwia i 7 maja b. r. Bronisław Chojnowski odbył 2 próbne prelekcye, jako nowomianowany professor Adjunkt patologii i terapii specjalnej. Przedmiotem pierwszej prelekcji obranym przez p. Choj. była *ichtyosis*, a tematem drugiej wyznaczonym przez wydział lekarski były: „nowotwory skóry w ogólności, a trąd (lepra) w szczególności.“ P. Choj. od dwóch lat wykładał w Szkole Głównej o chorobach skóry w charakterze docenta.

W dniu 14 maja b. r. w sali Szkoły Głównej dr. Feliks Nawrocki powołany w charakterze prof. adjunkta do wykładu historii medycyny, miał próbną prelekcją na temat wyznaczony przez wydział lekarski: „o *stanowisku* Jędrzeja Śniadeckiego *w nauce fizyologii*.“ Dr. Feliks Nawrocki nauki lekarskie pobierał w Wrocławiu od 1858 – 1863. Znanym jest w świecie naukowym z prac na polu fizyologii.

W dniu 20 maja b. r. Dr. Edward Strasburger, docent botaniki przy wydziale matematyczno-fizycznym w Szkole Głównej, miał pierwszy wykład, którego głównem zadaniem była charakterystyka nowszego kierunku i dążności nauk przyrodniczych, mianowicie nauk zajmujących się badaniem świata organicznego i usprawiedliwienie głównych zasad, na których ten kierunek się opiera.

Lekarz truciciel. Pan J. K. z Kamieńca do Przeglądu lekarskiego nr. 15 donosi o następującym smutnym wypadku. W m. Bałcie dwóch lekarzy rządowych (powiatowy i miejski) poważniło się między sobą w czasie oglądania kandydatów do poboru wojskowego przeznaczonych, skutkiem tego jeden otruł drugiego. Zbrodniarz na ten cel użył strychniny, którą wsypał do wódki, w nieobecności gospodarza, do którego zaprosił się na śniadanie. Zgon nastąpił w niespełna pół godziny po czynie dokonanym; winowajca przyznał się

do wszystkiego, a wnosząc z okoliczności pomówić go trzeba o obłąkanie.

Baker-Brown przed Towarzystwem akuszeryjnym w Londynie.

Imię Baker-Browna znane jest każdemu lekarzowi. Rozgłos tego śmiałego i znakomitego chirurga rozszedł się po obu półkulach ziemi. Nic więc dziwnego, że wytoczony mu publiczny proces przez Towarzystwo akuszeryjne londyńskie, zwrócił uwagę i wywołał niezadowolenie prawie wszystkich dzienników lekarskich zagranicznych. Niepodobieństwem więc jest zamilczeć przed czytelnikami o dokonanym fakcie, który takięj wrzawy narobił w świecie lekarskim.

Baker-Brown niegdyś prezes, a obecnie Członek Towarzystwa akuszeryjnego w Londynie, wykluczony został z jego grona, na walnym zgromadzeniu, znaczną większością głosów. Stało się to dnia 3 kwietnia b. r. Posiedzenie wedle zwyczaju było zwołane na godzinę 8 wieczorem, lecz rozbudzona ciekawość zaszkłóm zdarzeniem, jak równie i mającemi się przedstawić oskarżeniem wraz z obroną, zgromadziła większość członków już o 7ej godzinie. Skoro zaś dr. Hall Davis zajął prezydyonalne miejsce, wszystkie inne miejsca zostały także zapełnione, jak w dniu walnego zebrania. Wielu członków (*fellows*) przybyło z odległych prowincyj, świadcząc o zainteresowaniu się, jakie ta kwestya wszędzie zbudziła. W chwili otwarcia posiedzenia sala była przepełniona. Gdzie 150 członków może być wygodnie pomieszczonych, tłoczyło się ich 237, a jednak w czasie ogłoszenia przez prezydującego otwarcia posiedzenia, panowało największe milczenie. Dr. Seymour Haden pierwotny oskarżyciel, wystąpił w szranki, rozwijając trzy główne punkta oskarżenia: 1) wykonywanie operacyj wycinania łechtaczki (*cliteridectomia*) na kobietach zamężnych bez zezwolenia męża, a nawet bez wiedzy samych operowanych; 2) uskutecznienie operacji wbrew zdaniu lekarza ordynującego, a obecnego przy operacji; 3) nakoniec oskarżenie dotyczyło przyjmowania i operowania w *London surgical Home*, chorych dotkniętych maniä samobójstwa, nymphomaniä, epilepsyä z demencyä, wtedy kiedy

zakład ten nie może pomieszczać takich chorych. I wreszcie Baker-Brown oskarżony był o złą wiarę w kwestyach faktów i szczegółów. Fakta ciężące, niezbite, z nazwiskami, datami na poparcie przytaczane, a nawet listy oskarżonego, służyły za podstawę do potępienia. Mówca, oskarżając Browna wymownie, z oburzeniem, wywarł na zebranych stanowcze wrażenie, szczególnie kiedy poparty został przez dr. Barnes, który zawezwał Browna aby odpowiedział, czy jest w stanie usprawiedliwić się z tego, iż nie operował kobiety, bez powiadomienia o naturze operacyj jej, męża i przyjaciół?

Z milczenia oskarżonego na to ciężkie wyzwanie, z jego słabiej obrony, złożonej wedle *Lancet* z mieszaniny twierdzeń bez dowodów, wzajemnych oskarżeń, podejrzeń o zawiść, jak niemniej z wymierzonych przeciw niemu, a nieodpartych zarzutów, można już było wnosić o przegraną sprawę. Tak też, mimo obrony p. Routh i jego odwoływania się do łagodnego wyroku, głosowanie stało się najwięcej znaczącym. Po najżywszej dyskusji do północy trwającej, wypadek głosowania był taki: za wyłączeniem 194 głosów; przeciwko 38; niegłosujących 5.

Początek uroczystości ogłosił wykluczenie p. Izaaka Baker-Brown'a z łona *Obstetrical Society*. Dodajmy, że przed rozejściem się, na wniosek p. Nunn, zawotowano podziękowanie radzie i prezesowi, dla usprawiedliwienia tego akademickiego wyroku i dla dania mu nowego uprawnienia.

P. Garnier w *L'Union médicale* opisując z podziwieniem powyższe zdarzenie, mówi: „że Towarzy francuzkie z dawnych czasów nawet, nie są w stanie dostarczyć podobnego przykładu, a gdyby zresztą znalazło się coś zbliżającego, to większość stowarzyszeń francuzkich przed ogromem publicznego skandalu cofnęłyby się z przerażeniem.“

Tu zaś i następstwa tego wyroku były natychmiastowe. Dla uniknięcia podobnego starcia, Baker-Brown usiłował podać się do uwolnienia w Towarzystwie lekarskiem londyńskim, które prośbę przyjęło z *dobrodziejstwem inwentarza*, po ocenie przyczyn, które proszącego do tego skłoniły. Lecz nie koniec na tem, lekarze i chirurdzy w zakładzie leczniczym

Baker-Browna zostający, podali się do uwolnienia; pozostał więc sam, odosobniony, bez możności prowadzenia zakładu, a oprócz tego prassa wywiera nacisk na cofnięcie mu wysokości opieki członków rodziny królewskiej pod którą zostaje. *Vae victis!* Z tego, w każdym razie smutnego wypadku, można powziąć przekonanie o wysokim poszanowaniu prawa przez anglików, którzy w jego obronie niewahali się spełnić podobnego rodzaju exekucji, *jeśli tylko* inne względy niemi nie kierowały, a o czém z daleka i bez znajomości miejscowych stosunków sądzić nie można.

Gazeta lekarska w nr. 43 i 45 donosi, że w Warszawie w końcu roku zeszłego było lekarzy 179 (tych w służbie rządowej 71); weterynarzy 19 (z tych rządowych 9); dentystów 8; dentystka 1; felczerów 255; akuszerok 431; aptek prywatnych 32; szpitalnych 3; składów materiałów aptecznych 7; kupców upoważnionych do sprzedaży farb zdrowiu szkodliwych 22; fabryk chemicznych 2; fabryk napojów gazowych 18 (z tych utrzymywanych przez farmaceutów 8, przez niefachowych chrześcian 2, przez niefachowych starozakonnych 8); zakładów wód mineralnych 2 (w ogrodzie Saskim piło wody osób 1506, w ogrodzie Krasińskim 1060).

W ciągu r. z. przez akuszerów miasta (Warszawy) podana była pomoc lekarska w porodach 2481, z których było: I) pod względem skutku: a) pomyślnych 2317; b) ze śmiercią matki 4; c) ze śmiercią dziecka 158; d) ze śmiercią obojga 2; II) ze względu gatunku porodu: 1) prawidłowych 2165, z tych a) główkowych 2158; b) nóżkowych 5; c) pośladowych 2; 2) przedwczesnych 111, z tych: a) pomyślnych 11; b) ze śmiercią dziecka 100; 3) nieprawidłowych 206: a) twarzowych 3; b) poprzecznych 69; c) z wypadnięciem rączki 14; d) z wypadnięciem sznurka 9; e) ze spazmami 2; f) z krwotokami 34; g) z ciasnością miednicy 75; III) udzielono pomoc ręczną 206: A) przez obrót 88: a) pomyślnie 60; b) ze śmiercią dziecka 26; c) ze śmiercią matki 2; d) ze śmiercią obojga 1; B) zakładano kleszcze 82; C) wyjmowano łożysko 35; IV) ze względu płodu: a) pojedynczych 2456; b) bliźniąt 24; c) trojaków 1.

Zakład leczniczy chorób oczu pod zarządem lekarza Dobrzańskiego w ciągu r. z. dawał pomoc mężczyznom 36, kobietom 27 (razem 63). Średni pobyt chorego w zakładzie wynosi dni 28; operacyj wykonano 33, mianowicie: katarakty 7, sztucznej źrenicy 13, zyza 12, wyłuszczenie kuli oka 1.

Cholera w Galicyi trwała od 3 lipca 1866 do 12 marca 1867 r. i już całkiem ustała. W ciągu tych 8 miesięcy w 121 powiatach, a 1012 miejscach, z ludnością 1,686,708 chorowało na cholereę osób 65,761, z których wyzdrowiało 34,425 osób, a umarło 31,336. (Przeгляд lekarski).

Ruch chorych wenerycznych w Warszawie w r. 1866 był następujący: 1) w szpitalu wojskowym Ujazdowskim było 2336; 2) w szpitalu wojskowym w Cytadelli 469; 3) w szpitalu ś. Łazarza 2810 (mężczyzn 708, kobiet 1941, dzieci 161); 4) w szpitalu starozakonnych 371 (mężczyzn 201, kobiet 121, dzieci 49); 5) w liczbie 11,466 osób nadesłanych do aresztu policyjnego lekarz znalazł zarażonych 453 (mężczyzn 115, kobiet 338; 6) w liczbie 838 włóczęgów przyaresztowanych przez służbę policyjno-lekarską znaleziono 64 zarażonych; 7) pomiędzy kobietami tolerowanemi zarażonych było 277; 8) w domach publicznych znaleziono zarażonych kobiet 764; g) sług z bawaryj, kawiarni 9. W ogóle 7543. (Cyfrę tę stanowią chorzy na rzerzączkę, szankra, syfilis). Gazeta lekarska nr. 44 r. b.).

N e k r o l o g i a.

W dniu 21 maja b. r. zmarł w Warszawie ś. p. Bartłomiej Frydrych, lekarz ordynujący w Oddziale obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus, Członek Warsz. Tow. lekarskiego, w 67 roku życia.

Dr. Blanchet, chirurg naczelny cesarskiego zakładu głuchoniemych we Francyi, umarł w wieku lat 48. Odnaczył się on tak nauką jak i piękną pracą na polu ludzkości, urzeczywistniając marzenie Itard'a kształcenia w mowie istot od urodzenia daru tego pozbawionych. Zdziwiający skutki jego usilnej pracy znane są powszechnie, a imię jego wymawiane ze czcią i wdzięcznością przez tych którym mówę przywrócił, zespoliło się niemal z nauką kształcenia głuchoniemych

Jobert de Lamballe, Członek instytutu i akademii lekarskiej, professor honorowy w paryzkim fakultecie lekarskim, chirurg honorowy szpitali, b. pierwszy chirurg Cesarza Francuzów, kommandor legii honorowej etc. Zmarł 19 kwietnia 1867 r.

SPIS RZECZY

zawartych w tomie I. seryi V. (Ogólnego zbioru t. LVII).

Stronica,

Skład Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, z listą imienną	
Członków w r. 1867	I—VIII
Przedmowa	

I. ROZPRAWY I PISMA WŁASNE.

Andrewicz Leon: Sprawozdanie z praktyki chirurgicznej, wykonanej w m. Kałuszynie i jego okolicach w r. 1865	1
Koźmiński Stanisław: Tinea tonsurans v. herpes tonsurans (Liszaj ołysiający)	11, 237 i 379
Stankiewicz Władysław: O raku jądra	34
Witkowski St. i Le Brun : Sprawozdanie z czynności kliniki chirurgicznej. Istniejącej przy wydziale lekarskim Szkoły Głównej Warszawskiej	68 i 141
Chojnowski Bronisław: O oddechu krtaniowym (respiratio laryngealis)	205 i 285
Nowakowski J. F: Sprawozdanie z czynności Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego za r. 1865	312
Wszebor Józef: O uretrotomii wewnętrznej	359

II. CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEK. WARSZAW.

Posiedzenia ogólne: 22 z r. 1866; 1—9 z r. 1867; 47, 48, 167, 258, 327 i 399	
Posiedzenie Oddziału położnictwa, chorób kobiet i dzieci: 37, 38, 39 i 40 z. 1866; 41, 42 z r. b.	50, 336 i 404
— anatomii, fizyol. i nauk przyrod. 32 i 33 z r. 1866; a 34, 35 z r. 1867	57, 260, 331 i 415
— chirurgii, okulistyki i syflografii 25 z r. 1866; 26—31 z r. 1867	104, 177, 343. i 407
— epidemiologii i higieny publicznej 35—46 z r. 1866; 47—52 z r. 1867 109, 182, 263, 338 i 424	
Natanson L: Obraz epidemiologiczny Królestwa Polskiego za miesiąc styczeń r. 1867	141
luty	198
marzec	350
kwiecień	356
Apte : Obraz epidemiologiczny m. Warszawy, za styczeń, luty, marzec i kwiecień	197, 283 i 356

III. WIADOMOŚCI ZAKRAJOWE.

Belke T. Wyciągi z pism zagranicznych	62
Apte M. Wyciągi z pism zagranicznych	190
Odezwa Towarzystwa medyko-psychologicznego paryzkiego	277
Niebezpieczne skałeczenie	279
Stelner i Neureuter : Katar kiszek u dzieci	431
Wycięcie macicy i obu jajników	435

IV. KRYTYKA.

Knop Adalbert: Die paradoxie des Willens oder das freiwillige Handeln bei innerem Widerstreben. Vom Standpunkt der forensisch-medicinischen Praxis. Sprawozdanie dra Henryka Struvego	268
Kosmiński St: Tinea tonsurans v. herpes tonsurans. Sprawozdanie T. Belkego	426

V. BIBLIOGRAFIA.

Nowe dzieła	46, 68, 130, 138, 236, 249, 378
-----------------------	---------------------------------

VI. NEKROLOGIA.

Atlas	68
Breslau	68 i 279
Placer Bolesław	140
Gogojewicz	204
Higgins	204
Frydrych Bartłomiej	441
Jobert de Lamballe i Blanchet	441

TREŚĆ PRZEDMIOTÓW

zawartych w Wiadomościach zakrajowych, w rozmaitościach i w czynnościach Towarzystwa lekarz. Warszawskiego.

Amputacja goleni	180
Anatomiczne wyroby	139
Antozonu powstawanie, własności	58
<i>Articulatio spuria</i>	416
Atlasa doktora morderstwo	68
Baker-Brown przed Towarz. akuszeryjném w Londynie	438
Barwniki żółci	331
Błonica (diphtheritis)	183
Brighta choroba	262
Bukowińskich lekarzy stowarzyszenie	67
<i>Caries</i> kolumny kręgowój	177
<i>Caries</i> kości czołowej	105
Chirurgii zachowa xczéj przykład	106
Cholera w okręgu krakowskim i lwowskim	67, 204, 441
Cholera w Warszawie	114 i 115
Cholerycznych sekcyje	125
Ciąża zawnątrz maciczna	175
Cięcie cesarskie	204
<i>Cleidotomia</i>	343
<i>Collodium elasticum</i>	56
<i>Cystoïda colloïdes</i> zob. Ovariatomia	—
Czeskich lekarzy Towarzystwo	140
Dobry przykład rodaka	—
Elektrycznością leczenie	258, 259
Eter siarczany przeciwko błonicy	341
Fakultet lekarski paryzki	280
<i>Fungus durae matris</i>	181
Gruźlica kręgow	410
<i>Herniotomia</i>	179
<i>Hydromeningocelēsacralis</i>	423
<i>Iridectomia</i>	347

	Strona.
Influenza	342
Kamforą zatrucie się	66
Kamień płucny	140
Kamienie pęcherzowe wtórne	408
Katar kiszek u dzieci	431
Katarakta ograniczona	347
Komitet do zmiany szematów szpitalnych	47
Kongress między-narodowy w Paryżu w r. 1867	62
Kości udowej znaczne odrodzenie	412
Kostniak czaszki ogromny	346
Krakowskie Towarzystwo lekarskie	67, 204
Kwiat siarczany przeciwko diphtheritis	189
Lekarz truciciel	437
Lithotomia	48
<i>Liquor Villati</i>	281
" <i>haemostaticus balsamicus Capodieci</i>	282
Łzy djabelskie	280
Macica dwudzielna	175, 333
Macicy wyciętej okaz	418
Martwak ogromny z kości udowej	407
Materyały do epidemii cholery 1866 r.	176
Mleczna kuracya	63
Nerwu twarzowego porażenie	259
Nerwów w rogówce zakończenie	57
Obrót za pomocą wewnątrz. i zewnę. manipulacyi	194
Odezwa redakcyi Pamiętnika	168
Opinia radców prawnych Tow. co do przedruku protok. posiedzeń	171
Opon mózgu zapalenie	197
Osteoma, zob. kostniak czaszki	334
Ovariotomia	58
Ozonu powstawanie, znaczenie i własności	281
Papier jedwabny zastępujący szarple	411
<i>Periostitis traumatica</i>	267
Płasawica (chorea)	333
Płód zmumifikowany	182
Płonica (scarlatina)	265
Porażenie połowiczne	68
Prazki wydział lekarski	48
Projekt zniesienia sekcyj w Towarzystwie lek. Warsz. ułożenia spisu treści całego Pamiętnika lekar.	49
Przegrody pęcherzo-cewko moczowej utrata, wyleczenie	309
Przepukliny leczenie radykalne	100
Przerost wargi sromnej	405
Rada zdrowia w Wiedniu	281
Rak wypustnicy (Carcinoma recti)	409
Rakowiec macicy (Cancroid uteri)	419
Resekcyja kości goleniowych	108
Reumatyzm stawowy ostry	387, 197
Rtęć w otworkach kości	106
Soczewki obrażenie traumatyczne	847
Sporyszu użycie	53
<i>Syphilis vaccinalis</i>	348
Szczęk otwierania trudność	414
Sztuczne odnogi w Ameryce	140
Tężec (tetanus)	340
Tężec macicy	50
Torbieli jajnika pęknięcie	50

Torbiele wątroby	261
<i>Tinctura jodi</i> przeciwko wymiotom	267
<i>Tinctura jodi decolorata</i>	282
Towarzystwo medyko-psycholog. paryżkie	277
Towarzystwo epidemiologiczne w Rosyji	280
<i>Trichophyton</i>	237
Uretrotomia zewnętrzna	107, 411
Wiadomości o cholercy	109
Wskazania do ekstrakcyi	190
Wskazania do obrotu przy położeniu główkowym	192
Wycięcie macicy i obu jajników	420, 435
Wycięcie jajnika zwyrodniał	334
Wycięcie łechtaczki	63
Wyłuszczenie gruczołu tarczowego zrakowaciałego	108
Wypłutowanie częściowe szczęki dolnej	411
— kości piszczelowej	417
— kości udowej	344
Zaciemka operowanie nowym sposobem	412
Zapalenie rogówki mięsaszowe	258
Zimnica	197
Znieczulenie miejscowe	177

SPIS NAZWISK

przytoczonych w tym tomie Pamiętnika.

A musat 362	Chopart 359	<i>Jodko</i> 347, 412
<i>Apte</i> 55, 115, 123, 189,	<i>Chwat</i> 106, 115, 180,	Ivanchich 377
190, 6, 7; 264, 267,	405, 413	K inderfreund 341
283, 336, 339, 356, 434	Cohn 282	Knop 268
Arnott 362	B esormeaux 366	Koeberlé 935
Astruc 361	Dessault 359	<i>Konitz</i> 50, 53
Atlas Jakób 68	Dévergie 245	<i>Korzeniowski</i> 48, 121,
B aliński 177	<i>Dobieszewski</i> 115, 129	184, 337, 340, 345, 349
Baker-Brown 63, 438	<i>Dorantowicz</i> 123, 336	<i>Kośmiński St.</i> 11, 237,
<i>Baranowski Ig.</i> 121, 325	<i>Dudrewicz Jan</i> 52	379, 427
<i>Bartoszewicz</i> 56	<i>Dudrewicz Leon</i> 1	Kowalewski 113
Bazin 237	Dumont 281	<i>Kwaśnicki</i> 107, 108, 180,
<i>Bącewicz</i> 313	<i>Dziarkowski Jacek</i> 167	343
<i>Belke Teofil</i> 62, 426	F udakowski H. 58, 329,	L aënnec 206
Bouillaud 62	331	Lambert 404
Bourée 204	G erdy 180	Langgaard 378
<i>Braun</i> 50, 176, 260,	<i>Girsztowt</i> 108, 169, 177,	<i>Langowski</i> 128
327, 404	179, 180, 181, 343,	<i>Lebel</i> 313
Braxton Hicks 194	345, 348, 409, 410,	<i>Le Brun</i> 104, 141, 176,
Breisky 190	416, 418	177, 180, 313, 408,
Breslau 68, 279	Gogojewicz 204	411, 414
<i>Brodowski Wince.</i> 399	<i>Grabowski L.</i> 113	Lemchen 66
<i>Brodowski Włod.</i> 175,	Graefe 412	<i>Libchen</i> 114
260, 261, 333, 334,	H ebra 380	Lippert 377
423.	<i>Heinrich Al.</i> 125	M aisonneuve 366
<i>Bruner Mikoł.</i> 258, 328,	<i>Helbich</i> 119, 123, 277,	<i>Majewski</i> 119
337, 401, 406.	342	<i>Malcz Mieczysław</i> 112,
C apodieci Simone 282	Hihgins 204	128, 186, 188
Civiale 363	<i>Hoyer</i> 57, 139, 175, 330	<i>Malcz Wilhelm</i> 313
<i>Chatubiński</i> 323	<i>Janikowski Andrzej</i> 313	<i>Mianowski J.</i> 177
<i>Chojnowski Broni.</i> 167,	<i>Janikowski St.</i> 115, 317	Mosler 168
205, 285, 437.	<i>Ignatowski</i> 184	

Natanson L. 109, 111, 169, 175, 176, 183, 189, 324, 355, 424	Pecholier 63 Placer Bolesław 140 Poluta Jerzy 167	Stankiewicz 34. 108, 115, 343, 375 Städeler 332 Steiner 431
Nawrocki Feliks 437	Portner 61, 335, 423	Struve Henryk 268
Nelaton 281	Purkynie Jan 110, 204	Szkoda 206, 285
Neugebauer L. 313, 399	Reybard 364	Szokalski 48, 111
Neureuter 431	Ritter v. Vinsthgau 204	Tejchmann 139
Nolta 281	Schlager 281	Traube 268
Nowakowski (J. F.) 108, 110, 115, 167, 168, 170—7, 180, 187, 189, 312	Sédillot 363 Seitz 206 Śikorski 375	Weinberg 115 Wintrich 206 Witkowski St. 69, 141
Olivier 278	Śniadecki Jędrzej 437	Wszebor 109, 182, 349, 359, 421
Orłowski 107, 407, 411, 417	Sniadkowski 347 Sommer 418 Staniek 140	Zamminer 206
Paré Amb. 360		

Kursywą wydrukowane są nazwiska lekarzy i autorów krajowych.

SPROSTOWANIE.

W sprawozdaniu z posiedzenia 38 Oddziału położnictwa, czytelnik raczy poczynić zmiany:
na str. 53, drugi wiersz od dołu: zamiast „zajęciach“ winno być: „zagięciach.“

Na str. 54, ustęp pod literą g. zmienić w ten sposób: „przy długo trwających porodach, albo po ciężkich operacjach zadaje go jako środek profilaktyczny w pierwszych dniach położu.“
